



MINISTERIO
DE EDUCACIÓN

Protocolo de actuación frente a situaciones de
**EMBARAZO, MATERNIDAD
Y PATERNIDAD**
de estudiantes en el sistema educativo



Protocolo de actuación frente a situaciones de
**EMBARAZO, MATERNIDAD
Y PATERNIDAD**
de estudiantes en el sistema educativo

PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

Lenín Moreno Garcés

MINISTRO DE EDUCACIÓN

Fánder Falconí Benítez

Viceministro de Educación

Álvaro Sáenz Andrade

Viceministro de Gestión Educativa

Jaime Roca Gutiérrez

Subsecretaría para la Innovación y Buen Vivir

Mónica Reinoso Paredes

Director Nacional de Educación para la Democracia y Buen Vivir

Pablo Luis Ormaza Mejía

Equipo técnico

Sonia Patricia Sobrino Andrade

Mayra Alejandra Fárez Rubio

Manel Ortega Fernández

Validación

Universidad Central del Ecuador

Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación

Celia Rocío Amores, Johanna Patricia Bustamante, Jorge Alberto Naranjo, Carmen Marcela Olmedo, Nelly Violeta Rosero e Isabel Ruiz

Ministerio de Salud Pública

Marivel Illapa, Ana Lucía Bucheli y María José Mendieta

Fondo de Población de las Naciones Unidas (Unfpa)

Mario Vergara y Marcia Elena Álvarez

**Asociación Flamenca de Cooperación
al Desarrollo y Asistencia Técnica VVOB**

Caroline Decombel

Programme Manager VVOB

Diseño

Carla Aguas González

H₂OStudio Comunicación Visual

Corrección de Estilo

Nicolás Jara Miranda

Fotografías de portada e interiores

Ministerio de Educación

(excepto página 47- Fundación Cepam Guayaquil)

© Ministerio de Educación del Ecuador, 2017

Amazonas N34-451 y Atahualpa

Quito, Ecuador

www.educacion.gob.ec

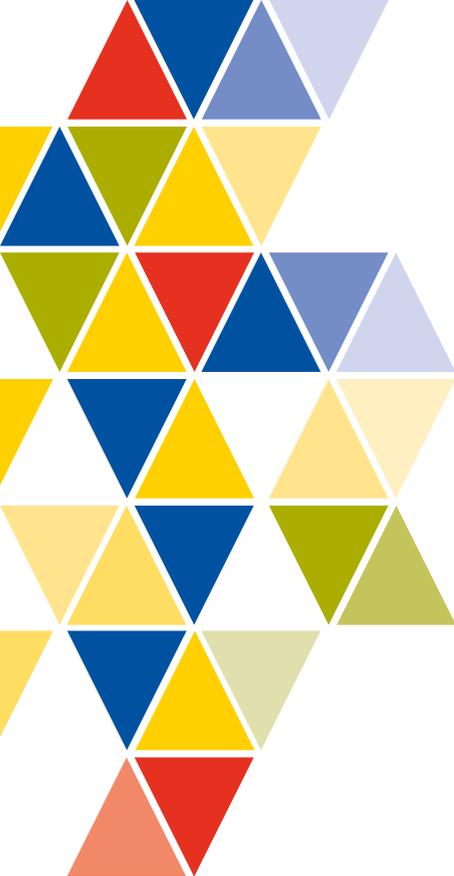
La reproducción parcial o total de esta publicación, en cualquier forma y por cualquier medio mecánico o electrónico, está permitida siempre y cuando sea autorizada por los editores y se cite correctamente la fuente.

ISBN: 978-9942-22-192-6

DISTRIBUCIÓN GRATUITA - PROHIBIDA SU VENTA



**MINISTERIO
DE EDUCACIÓN**



1. Información general	7
Introducción	9
Ámbito y población objetivo	18
Objetivos	18
a. General	18
b. Específicos	19
Enfoques de la guía	19
a. Enfoque de derechos	19
b. Enfoque de género	20
c. Enfoque de bienestar	20
d. Enfoque intercultural	21
e. Enfoque intergeneracional	21
f. Enfoque inclusivo	22
g. Enfoque pedagógico	22
2. Marco teórico referencial	23
Salud sexual y reproductiva	25
a. Sexo	26
b. Sexualidad	26
c. Género	27
d. Masculinidad y feminidad	27
e. Relación entre sexualidad y género	27
f. Identidad sexual	28
g. Violencia sexual	28
h. Orientación sexual	29
Derechos sexuales y derechos reproductivos	30
3. Embarazo en la adolescencia	33
a. Embarazo en niñas menores de 14 años de edad	37
b. Principales consecuencias de un embarazo en la niñez y la adolescencia	38
c. Factores de riesgo y factores de protección en el embarazo en la niñez y la adolescencia	43

4. Proyectos de vida y su incidencia en la prevención del embarazo adolescente	49
Recomendaciones para potenciar la construcción de proyectos de vida	54
a. Personal directivo y docentes	54
b. Profesionales de los DECE	55
c. Madres, padres de familia y/o representantes legales	56
5. Estrategias de acompañamiento en casos de embarazo en la niñez y la adolescencia	57
Para personal directivo de las instituciones educativas	60
Para docentes	61
Para personal del DECE	62
a. Acompañamiento ante la detección de una situación de embarazo o paternidad	62
b. Acompañamiento durante y después del embarazo	63
c. Acompañamiento a las familias de estudiantes en situación de embarazo	64
d. Orientación a docentes y personal directivo para fortalecer el abordaje de embarazos en estudiantes	65
6. Sexualidad, embarazo adolescente y discapacidad	67
7. Protocolo de actuación frente a embarazos en la niñez y la adolescencia	71
Detección	73
Intervención	74
Derivación	76
Seguimiento	76
8. Referencias bibliográficas	79
9. Anexos	85
Anexo 1: Marco legal	87
a. Convención sobre los Derechos del Niño	87
b. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD)	87
c. Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)	88
d. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém Do Pará”	88

e. Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes	88
f. Constitución de la República del Ecuador	89
g. Ley Orgánica de Educación Intercultural	90
h. Reglamento de la LOEI	90
i. Código de la Niñez y la Adolescencia	90
j. Código Orgánico Integral Penal	91
k. Ley Orgánica de Salud	92
l. Normas y protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida	93
m. Plan Nacional para el Buen Vivir	93
n. Plan Multisectorial de VIH/Sida, 2015-2020	93
ñ. Agenda Social al 2017	94
Anexo 2: Adaptaciones curriculares para estudiantes en condición de embarazo	95
a. Aplicación de adaptaciones curriculares para estudiantes en condición de embarazo	95
b. Adaptación curricular grado 1	96
c. Adaptación curricular grado 2	97
d. Adaptación curricular grado 3	98
Anexo 3: Indicadores generales que se pueden presentar en niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de violencia	100
Anexo 4: Formato de informe de hecho de violencia	101



1

Información general

Introducción

El Ministerio de Educación, en concordancia con lo que establecen la Constitución de la República del Ecuador y la Ley Orgánica de Educación Intercultural (LOEI), tiene entre sus obligaciones implementar un modelo de formación de niños, niñas y adolescentes centrado en la promoción del desarrollo humano integral, bajo los principios y valores del Buen Vivir. En este contexto, es responsabilidad del MinEduc garantizar las condiciones necesarias para su protección y su desarrollo integral, en el marco del respeto a sus derechos y a partir de los principios de no discriminación, equidad de género, justicia, libertad, dignidad, solidaridad y paz.

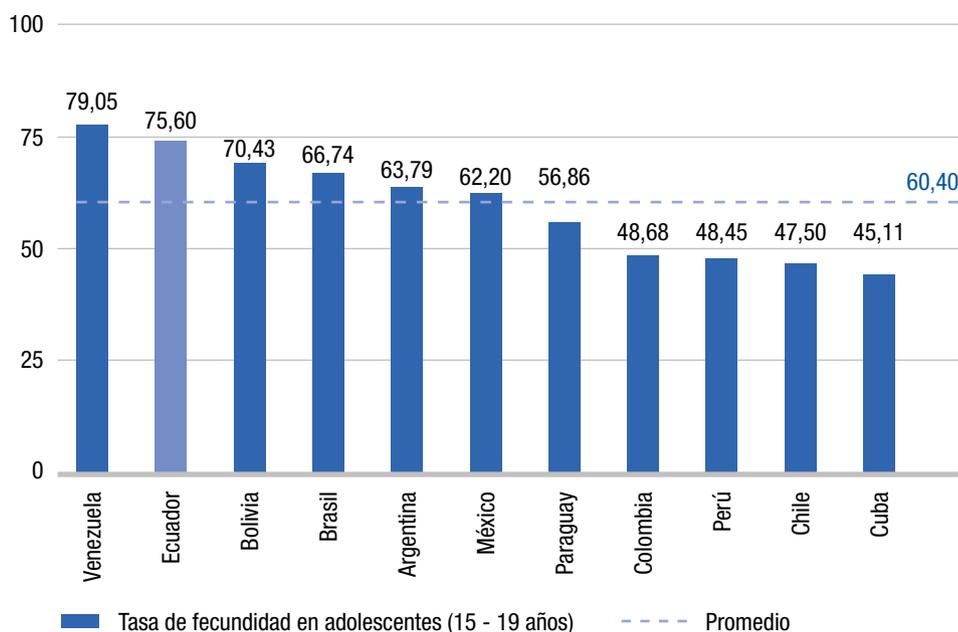
Una de las problemáticas sociales que afectan el desarrollo de niños, niñas y adolescentes es el embarazo a una edad temprana. Según el *Informe hemisférico sobre violencia sexual y embarazo infantil en los Estados parte de la Convención de Belém do Pará*, elaborado por el Comité de Expertas del Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (Mesecevi, 2016), “las tasas de embarazo infantil y adolescente en los países de esta región [...] se encuentran entre las más altas del mundo”; y de acuerdo con diversas investigaciones, en la región, “entre el 7 % y el 36 % de las mujeres informan haber sufrido algún tipo de abuso sexual en la infancia (Jewkes *et al.*, 2002), siendo el embarazo infantil una de las más dramáticas consecuencias de esta violencia” (Mesecevi, 2016). En este sentido, el mismo documento señala que, según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se estima que “entre el 11 y el 20 % de los embarazos en niñas y adolescentes son resultado de violencia sexual” (Mesecevi, 2016).

Panorama internacional

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹, la adolescencia se define como “el período que se presenta después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años”. Unicef (2011)², considera como en *adolescencia temprana* a jóvenes que tienen entre 10 y 14 años de edad y en *adolescencia tardía* a jóvenes que tienen entre 15 y 19 años de edad.

Un indicador que permite comparar entre países los nacimientos en madres adolescentes es la tasa de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años³. En 2015, de los diez países latinoamericanos analizados por el Banco Mundial (2017)⁴, Venezuela presenta la mayor tasa: 79 (nacimientos) por cada mil (mujeres), mientras Cuba tiene la más baja, con 45 por cada mil. Ecuador tiene la segunda tasa más alta: 75 nacimientos por cada mil mujeres, cifra que está por encima del promedio de los demás países analizados, tal como se muestra en el Gráfico 1.

Gráfico 1
Tasa de fecundidad en mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad (2015)



Elaboración: SIEBV

Fuente: Banco Mundial (Health Nutrition and Population Statistics)

¹ Tomado de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/es/

² Unicef (2011). *La adolescencia. Una época oportuna*. Disponible en https://www.unicef.org/honduras/Estado_mundial_infancia_2011.pdf

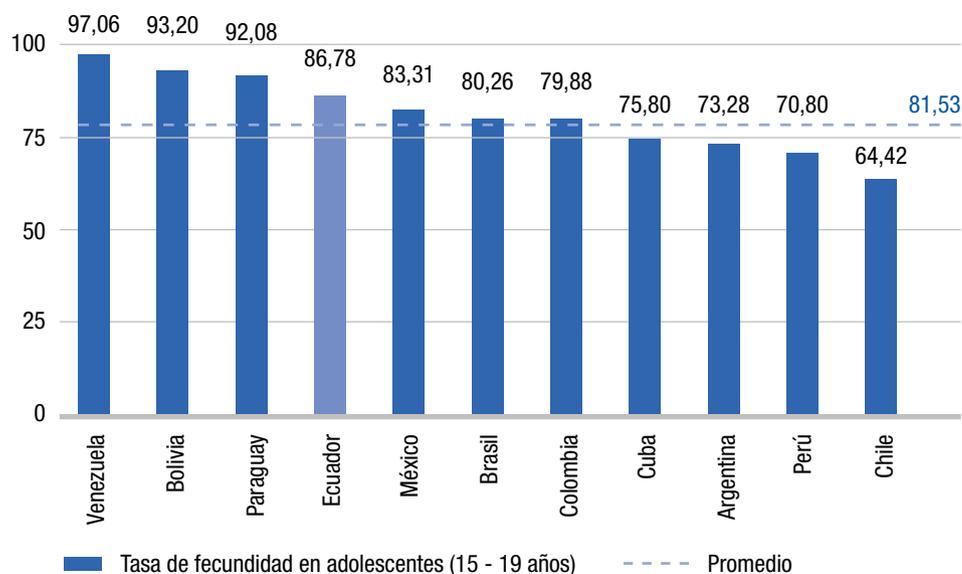
³ La **tasa de fecundidad en adolescentes** es el número de nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 19 años de edad.

⁴ Tomado de <http://data.worldbank.org/data-catalog/health-nutrition-and-population-statistics>

Entre 1990 y 2015, la tasa de embarazos en adolescentes disminuyó de 86 a 75 nacimientos por cada mil mujeres. Sin embargo, en 1990 esta tasa ubicaba a Ecuador en cuarto lugar frente a los embarazos adolescentes en la región; mientras que, en 2015, a pesar de la reducción, lo ubicó en segundo lugar. De estas cifras se podría concluir que, si bien Ecuador mejoró sus resultados, no lo hizo a la velocidad de los demás países de la región.

Gráfico 2

Tasa de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años de edad (1990)



Elaboración: SIEBV

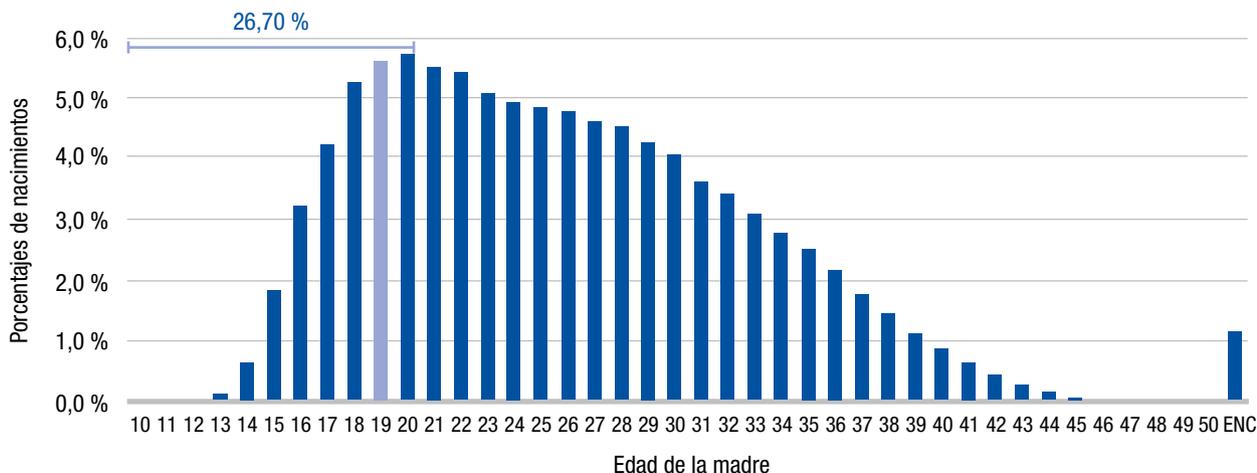
Fuente: Banco Mundial (Health Nutrition and Population Statistics)

Panorama en Ecuador

De acuerdo con el *Anuario de estadísticas vitales: nacimiento y defunciones* (2015), publicado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), el número de nacidos vivos registrados⁵ en 2015 fue de 273 280. Al analizar la distribución poblacional de nacimientos por edades simples de las madres, se observa una alta concentración de nacimientos en madres que tienen una edad entre los 10 y 20 años: del total de nacimientos vivos registrados, el 26,67 % corresponde a madres en ese rango de edad (Gráfico 3). Asimismo, las madres de 19 años de edad son las que tienen más nacidos vivos registrados en 2015, con un 5,67 % (ver barra celeste en el Gráfico 3). En 2015, los datos registran madres desde los 11 años de edad, lo que no ocurría en 1990, donde se presentaban madres desde los 14 años.

⁵ Para el año 2015, los **nacidos vivos registrados** corresponden a los nacidos vivos en 2015 que fueron inscritos hasta junio de 2016.

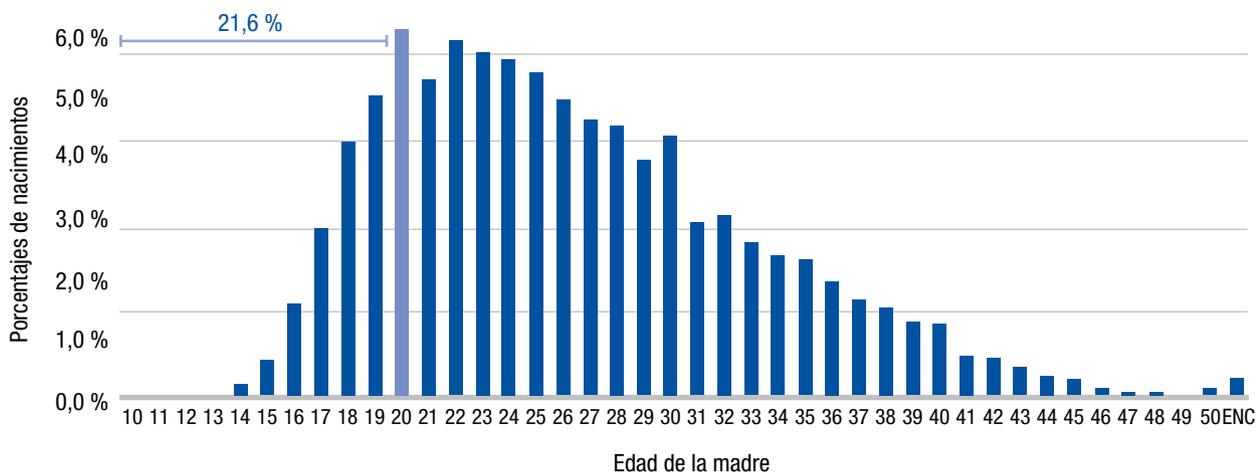
Gráfico 3
Distribución poblacional de nacimientos por edades simples de la madre (2015)



Elaboración: SIEBV
 Fuente: INEC (Anuario de estadísticas vitales: nacimientos y defunciones, 2015)
 Nota: ENC significa Edad Desconocida.

A través del tiempo, se observa un incremento de nacimientos de madres con edades entre 10 y 20 años: en 1990, del total de nacimientos vivos registrados (263 629), el 21,6 % correspondía a madres de 10 a 20 años de edad (cifra inferior en 5,02 puntos porcentuales respecto de 2015); además, en el mismo año se muestra que las madres de 20 años de edad son las que más nacimientos vivos registraron, con un 6,38 % (ver barra celeste en el Gráfico 4).

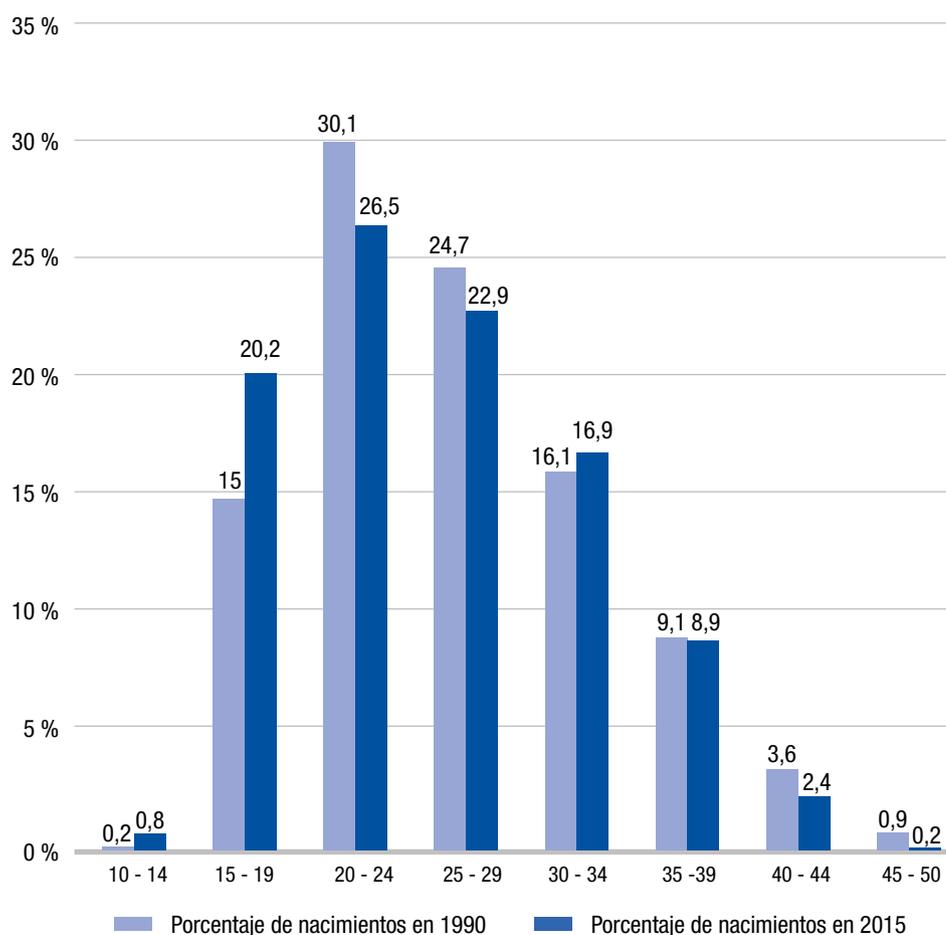
Gráfico 4
Distribución poblacional de nacimientos por edades simples de la madre (1990)



Elaboración: SIEBV
 Fuente: INEC (Anuario de estadísticas vitales: nacimientos y defunciones, 2015)
 Nota: ENC significa Edad Desconocida.

En el Gráfico 5 se comparan los resultados presentados en 2015 con respecto a los de 1990. Se observa que, de los ocho rangos de edad analizados, las madres de entre 15 y 19 años de edad tienen un mayor incremento: 5,2 puntos porcentuales en los últimos veinticinco años. Los otros rangos de edad presentan disminuciones, con excepción de las madres de 30 a 34 años y de 10 a 14 años de edad. Sin embargo, el incremento en los dos rangos mencionados es menor que el 1 %.

Gráfico 5
Distribución poblacional de nacimientos por rangos de edad de la madre (2015 frente a 1990)



Elaboración: SIEBV

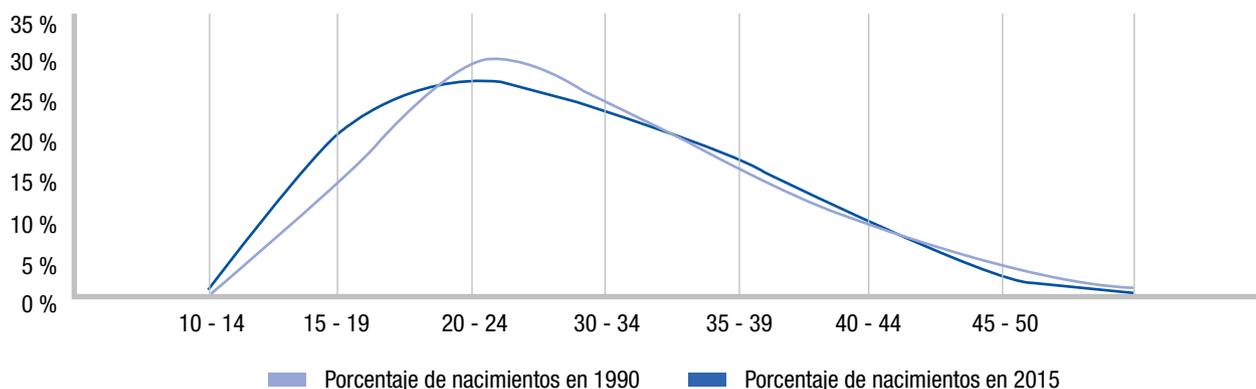
Fuente: INEC (Anuario de estadísticas vitales: nacimientos y defunciones, 2015)

Nota: En este gráfico no consta el porcentaje de nacimientos de madres con edad desconocida.

Una conclusión que se puede extraer de los datos anteriores es que la composición poblacional de las madres de nacidos vivos está cambiando, de forma que los nacimientos se están concentrando en la cola izquierda de la campana, es decir, en madres con una edad menor a 20 años, como se observa en el Gráfico 6.

Gráfico 6

Campana poblacional de nacimientos por rangos de edad de la madre (2015 frente a 1990)



Elaboración: SIEBV

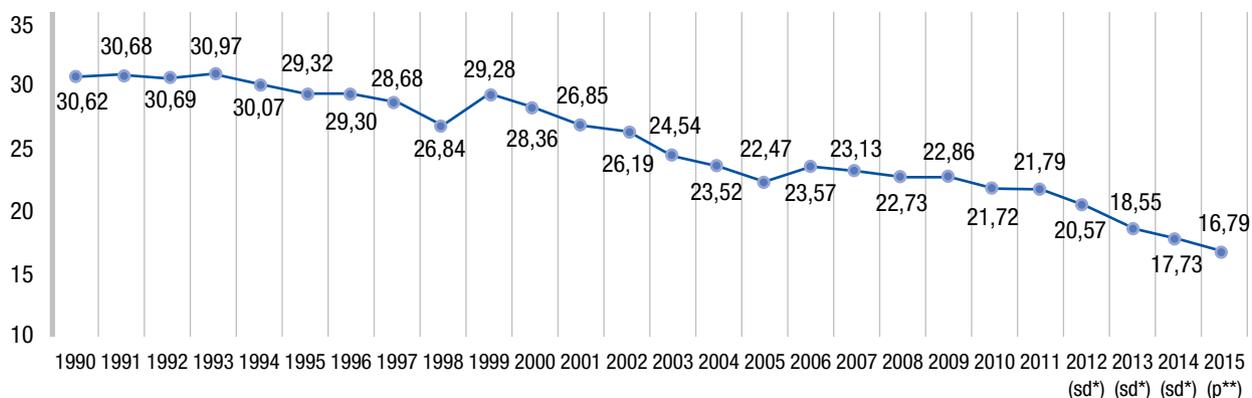
Fuente: INEC (Anuario de estadísticas vitales: nacimientos y defunciones, 2015)

Nota: En este gráfico no consta el porcentaje de nacimientos en madres con edad desconocida.

Por otro lado, históricamente se observa una tendencia negativa de la tasa de natalidad nacional⁶ (Gráfico 7): en 1990, la tasa fue de 30,62 (31 nacimientos por cada mil habitantes), mientras que en 2015, la tasa disminuyó en 13,83 puntos, es decir, 17 nacimientos por cada mil habitantes.

Gráfico 7

Tasa de natalidad a nivel nacional⁷



Elaboración: SIEBV

Fuente: INEC (Anuario de estadísticas vitales: nacimientos y defunciones, 2015)

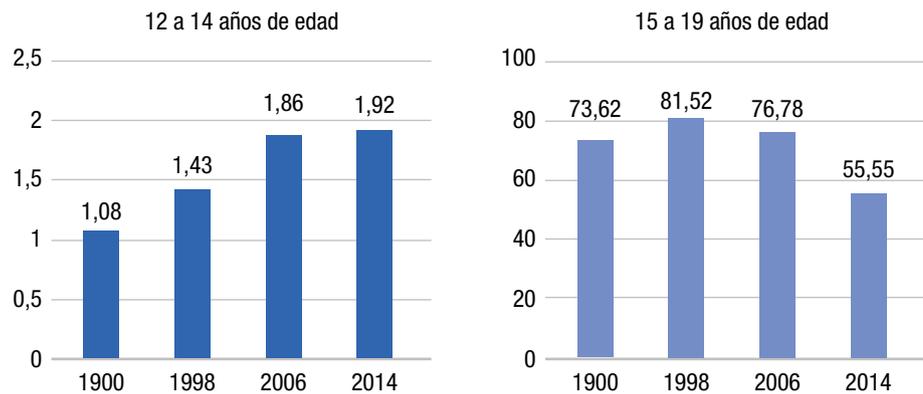
6 La **tasa de natalidad** es igual a los nacimientos vivos registrados en un período t para el total de la población, por mil habitantes.

7 Para los años 2012, 2013, 2014 y 2015, el INEC maneja la siguiente nomenclatura:

- **sd* cifras semidefinitivas:** corresponden a los datos o indicadores que se generan con información de nacidos vivos ocurridos en el año de estudio e inscritos entre uno y tres años posteriores a la ocurrencia del hecho.
- **p** cifras provisionales:** corresponden a los datos o indicadores que se generan con información de nacidos vivos ocurridos en el 2015 y que están sujetos a ajustes por registros posteriores.

Si bien la tasa de natalidad a nivel nacional muestra una disminución, la tasa específica de madres adolescentes⁸ muestra un incremento, sobre todo en la población menor a 18 años de edad. Es así que en la población de 12 a 14 años la tasa se incrementó en 0,8 puntos, pasando de 1,08, en 1990, a 1,92, en 2014, lo que supone un total de 1 515 niñas que han sido madres a una edad en la que, según el Código Integral Penal (COIP), este hecho es producto de la violencia sexual. En cambio, si se considera a la población de 15 a 19 años (edad en la que las jóvenes deberían asistir a Bachillerato) la tasa muestra una reducción de 18,07 puntos.

Gráfico 8
Tasa específica de madres adolescentes



Elaboración: SIEBV

Fuente: INEC (Anuario de estadísticas vitales: nacimientos y defunciones, 2015)

Es decir, el embarazo adolescente en niñas menores de 15 años de edad es mayor que entre los 15 y los 19 años de edad, lo que alerta sobre un grave problema de violencia sexual. Un análisis comparativo de la tasa específica de nacimientos de madres adolescentes a nivel nacional, entre los años 1990 y 2014, presente en la investigación *Vidas robadas: situación de la maternidad forzada en niñas del Ecuador* (Fundación Desafío, 2015) indica que cerca de 2 000 niñas menores de 14 años quedan embarazadas anualmente en el país. También se indica que, según datos del Servicio de Atención Integral de la Fiscalía General del Estado, las niñas y adolescentes menores de 14 años son las principales víctimas de abuso sexual, situaciones que ocurren principalmente en entornos familiares o conocidos.

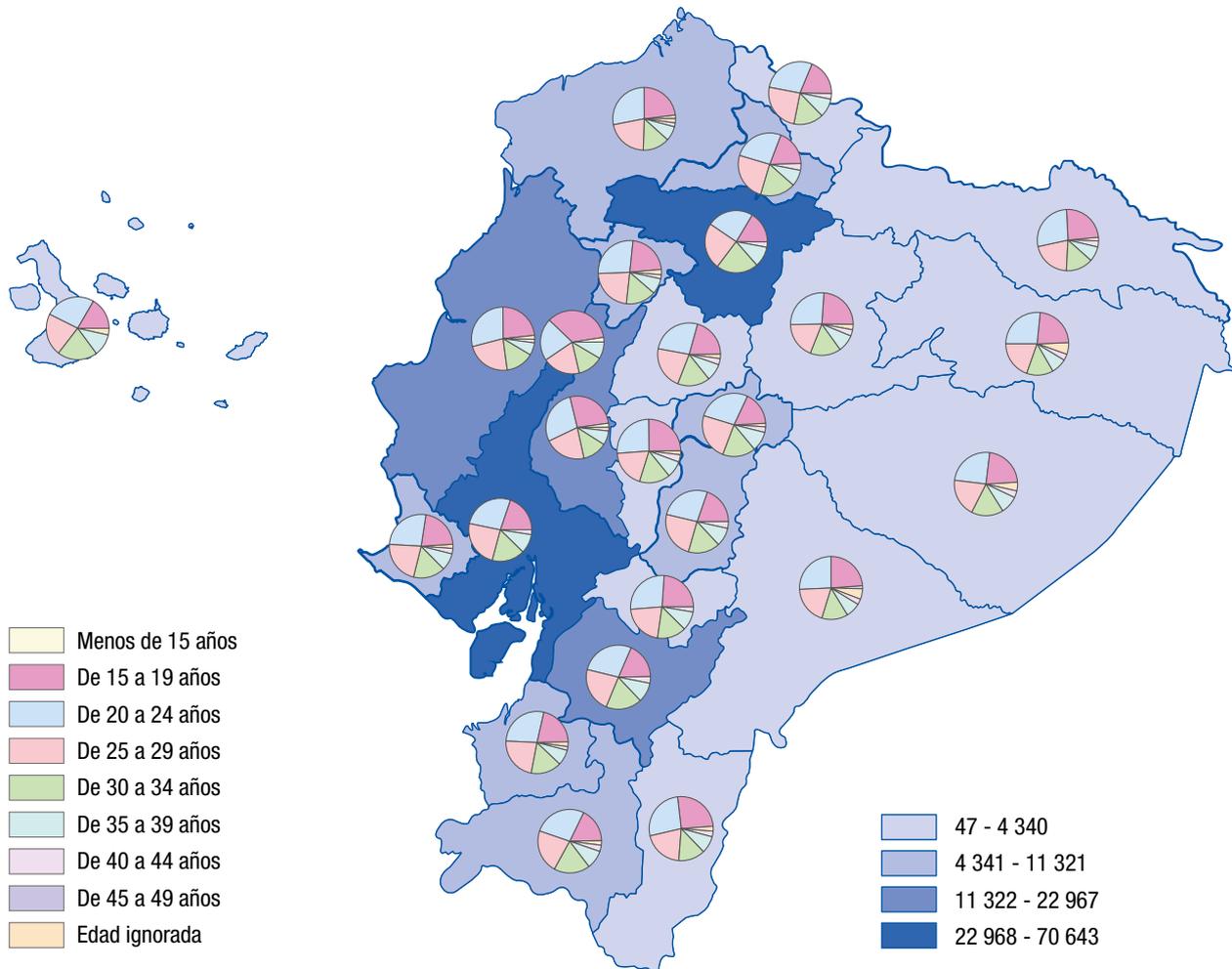
De cada 10 víctimas de violación, 6 son niñas, niños y adolescentes. En 2011, del total de 241 muertes maternas, 1 correspondió a una menor de 14 años y 33 a adolescentes de entre 15 y 19 años. Es decir, del total de muertes maternas, el 14 % fue de adolescentes (Observatorio Social del Ecuador, 2014).

8 La **tasa específica de madres adolescentes** es la relación del número de nacimientos en mujeres adolescentes en un rango específico de edad en un período determinado, para la proyección de la población de mujeres en ese mismo rango de edad, por mil.

A nivel territorial, es válido el análisis en función del número de nacidos vivos registrados oportunamente⁹. El Gráfico 9 muestra que las provincias con mayor número de nacimientos en 2015 son Pichincha, Guayas, Manabí, Los Ríos y Azuay. Hay una característica que se presenta en todas las provincias: aproximadamente el 20 % de nacidos vivos son de madres que tienen un rango de edad de entre 15 y 19 años.

Gráfico 9

Mapa de nacimientos vivos por grupos de edad de la madre, según provincia de residencia habitual



Elaboración: INEC

Fuente: INEC (Anuario de estadísticas vitales: Nacimientos y defunciones, 2015)

La *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición* (Ensanut, INEC-MSP, 2012) indica que el 39,2 % de las mujeres de 15 a 19 años de edad reporta haber tenido experiencias sexuales. De este grupo, el 7,5 % mantuvo su

9 Nacidos vivos registrados oportunamente, corresponden a los nacimientos vivos ocurridos en el año de estudio e inscritos hasta el 31 de marzo del año siguiente.

primera relación sexual antes de los 15 años de edad y el 30,1 %, antes de los 18 años. Además, el 89,9 % de mujeres adolescentes menores de 15 años de edad mantuvo su primera relación sexual con personas mayores a ellas. De este grupo, el 9,1 % lo hizo con una persona mayor a los 24 años de edad. Otras cifras indican que el 7,8 % de las mujeres que se embarazaron antes de los 15 años de edad lo hizo con una persona de 30 años o más. Por último, cabe señalar que el 7,5 % de embarazos en menores de 15 años de edad puede terminar en aborto.

Según datos del Censo Nacional de Población y Vivienda de 2010, la mayor parte de mujeres en edad fértil (MEF) con discapacidad tuvo su primer hijo o hija entre los 15 y 19 años y aproximadamente un 3 % dio a luz entre los 10 y 14 años.

Es importante indicar que la mortalidad materna sigue siendo una de las principales causas de muerte en mujeres. En Ecuador, el 16 % de las muertes maternas corresponde a adolescentes, según el *Informe de niñez y adolescencia en el Ecuador contemporáneo* (CNII, 2014), convirtiéndose en la tercera causa de muerte en mujeres adolescentes.

Ante esta realidad compleja, es importante mencionar que el Código Orgánico Integral Penal (COIP) establece como edad legal de consentimiento sexual los 18 años de edad. Se considera estupro cuando una persona mayor de 18 años recurre al engaño para mantener relaciones sexuales con otra persona que tiene entre 14 y 18 años de edad. Finalmente, se considera un delito de violación cuando la persona es menor a 14 años.

Cuando el embarazo ocurre antes de los 15 años de edad, amerita un análisis particular por la complejidad de sus causas y la gravedad de sus consecuencias. El embarazo es resultado de ausencia de poder de decisión y circunstancias que están fuera del control de la adolescente (violencia sexual) y representa un problema que tiene graves consecuencias físicas, psíquicas y sociales.

La niñez y la adolescencia son etapas en la vida de las personas que deben centrarse en la formación, el desarrollo de habilidades y capacidades, la adquisición de conocimientos y herramientas para la vida y el desarrollo del autoconocimiento y la autodefinition. Esta etapa es fundamental para establecer bases sólidas y afianzar los proyectos de vida personales que permitan, entre otras metas, insertarse en el sistema laboral con las competencias necesarias. Así, cuando se presentan un embarazo y la consiguiente maternidad o paternidad en edades tempranas (niñez y adolescencia), esta situación implica una experiencia de vida que requerirá del apoyo de quienes integran la familia y/o personas cercanas para redefinir los proyectos de vida de las personas que enfrentan esta situación.

En ese sentido, el Ministerio de Educación considera necesario implementar estrategias y protocolos de actuación encaminados a prevenir el

embarazo en la niñez y la adolescencia, y garantizar los derechos de niñas, niños y adolescentes que se convierten en madres o padres precoces, para facilitar su permanencia y participación en el sistema educativo. Por esta razón, la Subsecretaría para la Innovación Educativa y el Buen Vivir, a través de la Dirección Nacional de Educación para la Democracia y el Buen Vivir, en concordancia con lo establecido en la Constitución del Ecuador, la Ley Orgánica de Educación Intercultural y el Plan Nacional del Buen Vivir, ha elaborado este documento.

Este protocolo ha sido concebido con el objetivo de brindar una herramienta concreta y técnica de apoyo en los proyectos que implementan los Departamentos de Consejería Estudiantil (DECE) en cuanto a la atención de embarazos en las instituciones educativas y, a su vez, definir lineamientos claros para la intervención de los integrantes de la comunidad educativa frente a casos de embarazos detectados en menores de 14 años y en casos de embarazo producto de presuntos hechos de violencia sexual¹⁰. En este sentido, se busca garantizar una atención integral y sistémica a través del fortalecimiento de la corresponsabilidad familiar y facilitar el acceso a la información y a los servicios de calidad mediante una apropiada articulación con los organismos, entidades y programas que velan por los derechos de la niñez y la adolescencia.

Ámbito y población objetivo

Los lineamientos del presente documento son de aplicación obligatoria para todas las instituciones educativas de sostenimiento fiscal, municipal, fiscomisional y particular del sistema nacional de educación y regularán las acciones que debe implementar toda la comunidad educativa en beneficio de niños, niñas y adolescentes.

Objetivos

a. General

Dotar de lineamientos claros y específicos a los profesionales que conforman los Departamentos de Consejería Estudiantil (DECE) y la comunidad educativa, para atender los casos de embarazo temprano dentro del sistema educativo nacional, para garantizar su derecho a la educación, la permanencia y la culminación de estudios.

¹⁰ El Código de la Niñez y Adolescencia define en el artículo 4: “**niño o niña** es la persona que no ha cumplido doce años de edad. **Adolescente** es la persona de ambos sexos entre doce y dieciocho años de edad”.

b. Específicos

- Establecer protocolos que pongan en contexto el embarazo adolescente desde sus determinantes sociales y sus implicaciones en el sistema educativo, y la importancia de promover una adecuada salud sexual y reproductiva para prevenir embarazos en adolescentes, incluidos los embarazos subsecuentes.
- Desarrollar estrategias que permitan la detección, la intervención, la derivación y el seguimiento oportuno a estudiantes en situaciones de embarazo temprano, con énfasis en aquellos casos de menores de 14 años de edad.
- Brindar condiciones que garanticen la permanencia de adolescentes embarazadas y madres y padres adolescentes en el sistema escolar.

Enfoques de la guía

Las diferentes perspectivas o puntos de vista filosóficos y conceptuales para la atención, el desarrollo y la garantía de los derechos de niños, niñas y adolescentes, de acuerdo con las demandas de la Constitución y la LOEI, buscan fundamentar las actividades de promoción y prevención, detección, intervención, derivación y seguimiento de casos (ejes de acción expresados en el Modelo de funcionamiento de los DECE).

Dichos enfoques permiten a toda la comunidad educativa tomar de decisiones sustentadas que favorezcan el desarrollo humano integral de niños, niñas y adolescentes (NNA). En el presente protocolo de actuación social, cada uno de los enfoques se evidencia como se describe a continuación.

a. Enfoque de derechos

Este enfoque se fundamenta en el reconocimiento de que los niños, niñas y adolescentes son titulares plenos de derechos en ejercicio de su ciudadanía. El Estado debe brindar protección y garantizar los que corresponden a su salud integral (biopsicosocial) y el acceso a una vida libre de violencia que estimule su desarrollo, entre otros.

El trabajo de prevención y protección integral a niñas, niños y adolescentes en situación de embarazo, maternidad o paternidad es un trabajo prioritario, así como la observación de sus derechos sexuales y reproductivos, que deben ser un marco de referencia y guía de las acciones y los diferentes abordajes que se le proporcione a esta temática según las competencias de cada persona dentro de la comunidad educativa.

Cabe mencionar en ese punto que en el Modelo de Funcionamiento de los Departamentos de Consejería Estudiantil elaborado por el Ministerio de Educación, se menciona que se debe mantener el principio de universalidad de los derechos e invita reconocer la obligación del Estado, representado en Ministerio de Educación, para establecer las condiciones en el ejercicio, la protección y la restitución de los derechos (Mineduc, 2016).

Los derechos sexuales y reproductivos, por tanto, son derechos humanos universales que se fundamentan en la libertad, la dignidad y la igualdad inherentes a todas las personas.

b. Enfoque de género

El enfoque de género permite entender las diferencias socialmente construidas que existen entre hombres y mujeres, y cómo estas han estructurado relaciones de poder desiguales entre ambos sexos, limitando el acceso en igualdad de condiciones a oportunidades sociales, educativas y laborales, entre otras. El enfoque de género también permite identificar y reflexionar sobre los estereotipos de género que crean situaciones de discriminación y marginación y que limitan el desarrollo integral de las personas, y asimismo, comprender las incongruencias entre clases sociales, etnias, edades, territorios, etc., que dificultan el ejercicio pleno de los derechos humanos.

El género es un determinante social para el ejercicio de los derechos de los adolescentes y las adolescentes, especialmente de sus derechos sexuales y reproductivos. El matrimonio a temprana edad y la maternidad y la paternidad precoz o no planeada pueden producir un impacto profundo y prolongado en la educación, la situación laboral y la salud de niñas, niños y adolescentes (Freire, 2015).

Trabajar desde el enfoque de género en la prevención y la actuación ante situaciones de embarazo en la infancia y la adolescencia permite entender y abordar las causas y consecuencias que se derivan de la desigualdad entre los géneros y formular estrategias de prevención que tomen en cuenta a hombres y mujeres.

c. Enfoque de bienestar

El enfoque de bienestar orienta medidas multisectoriales encaminadas a la promoción de la salud durante todo el ciclo vital, para garantizar a las personas un desarrollo saludable en la niñez y la adolescencia y evitar, de esta forma, posibles alteraciones físicas y mentales en la edad adulta y la vejez.

Considerar el enfoque de bienestar implica que las estrategias de promoción y prevención que se diseñen deben estar enmarcadas en garantizar

la salud integral desde el ámbito educativo, teniendo en cuenta la comprensión de los diferentes procesos biológicos, psicológicos (afectivos, emocionales y subjetivos) y sociales que presentan los niños, niñas y adolescentes.

Especial énfasis se ha de poner en la promoción de una educación integral de la sexualidad con procesos permanentes de formación y capacitación que apoyen al fortalecimiento de las capacidades de los niños, niñas y adolescentes y el fomento del liderazgo estudiantil. Asimismo, la preparación docente en el tema y la vinculación de la escuela con el entorno educativo y familiar asegurarán la duración y el seguimiento del proceso de prevención de embarazo adolescente en el sistema educativo nacional.

d. Enfoque intercultural

La interculturalidad abarca el reconocimiento, la aceptación, la valoración, el aprendizaje y el respeto de culturas diferentes y de la diversidad de las cosmovisiones, opciones, concepciones y prácticas de vida existentes, aspectos que permiten ampliar la visión frente a las diferentes formas de vivir según la edad, la etnia, el género, la religión, la opción sexual, la ideología o la posición política. Por tanto, el diálogo intercultural se centra en el reconocimiento de la otra persona como sujeto de derechos, sin ninguna barrera ni jerarquía social.

La adecuada contextualización étnica y cultural en situaciones de embarazo adolescente apoyará en la definición de aquellos mecanismos de acompañamiento y prevención que se implementarán en el contexto educativo para fortalecer la vivencia de los derechos personales de niños, niñas y adolescentes.

e. Enfoque intergeneracional

El enfoque intergeneracional reconoce las necesidades específicas que poseen las personas en relación con la etapa de desarrollo por la que trascurren. Los ciclos de vida se encuentran cargados de determinantes biológicos, pero, sobre todo, responden a una construcción sociocultural. Por tanto, los límites entre una etapa y otra no dependen únicamente de la edad biológica, sino más bien de todas las condiciones y valoraciones sociales con que cuenta una persona para ser considerada en las distintas etapas de su vida.

El adultocentrismo establece condiciones para pensar, actuar y decidir en nombre de quienes no son considerados como personas adultas, pudiendo provocar abusos y excesos en contra de niñas, niños, adolescentes y personas mayores, bajo una dinámica de relaciones de poder inequitativas.

Para efectos de este documento, abordar la prevención de embarazo en la adolescencia desde el enfoque intergeneracional permite el reconocimiento de las diferencias y particularidades que poseen los niños, niñas y adolescentes en concordancia con la edad y el desarrollo evolutivo, por lo que las metodologías, actividades, prácticas y formas de abordaje deben realizarse en función del respeto, el reconocimiento de las etapas de desarrollo evolutivo y la trayectoria educativa de cada estudiante.

f. Enfoque inclusivo

Busca hacer efectivo el derecho a la educación, independientemente de la diversidad de necesidades educativas especiales asociadas o no con la discapacidad que presenten niños, niñas y adolescentes, logrando así su permanencia, aprendizaje, participación activa, promoción y culminación de estudios dentro del sistema educativo.

Visibilizar y reconocer las dificultades que una adolescente embarazada, una madre o un padre adolescente pueden tener a la hora de permanecer y culminar sus estudios permite establecer estrategias de prevención de embarazos subsecuentes, garantizando siempre el ejercicio de su derecho a la educación. Esta situación cobra aún más relevancia en el abordaje de casos de embarazos que se producen en edades aún más tempranas.

g. Enfoque pedagógico

Se fundamenta en los conceptos de *educación para la vida*, que posibilita la formación y el desarrollo humano desde una visión integral en que cada estudiante tiene contacto con experiencias significativas afines a sus intereses, aptitudes y actitudes. Este marco filosófico educativo incentiva la toma de decisiones personales y el debate de experiencias dentro de aspectos como la observación y la sistematización de la teoría científica y la indagación científica, cultural, sociopolítica y tecnológica contemporánea con el empleo de una metodología acorde con las necesidades de las estudiantes y los estudiantes.



2

**Marco
teórico
referencial**

Con el objetivo de establecer un marco conceptual que permita comprender y abordar la problemática del embarazo adolescente, a continuación se presentan algunos conceptos clave que permitirán ampliar el espectro cognitivo de lo que implica. Cabe recalcar que existe un sinnúmero de referencias bibliográficas que abordan el tema desde distintos enfoques, por ello, se exhorta a que este documento sea revisado desde una mirada integral y ecológica¹¹, considerando que dicha problemática es multidimensional.

Salud sexual y reproductiva

Los derechos sexuales y reproductivos son reconocidos como derechos humanos en diferentes instrumentos internacionales. La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo (CIPD, 1994) es el principal instrumento que los recoge. Entre sus objetivos y metas, figuran el crecimiento económico en el marco del desarrollo sostenible, la educación —sobre todo de las niñas—, la igualdad entre los sexos, la reducción de la mortalidad neonatal, infantil y materna y el acceso universal a servicios de salud reproductiva —en particular, de planificación familiar— y de salud sexual (Programa de acción de la CIPD, 1994).

“La salud sexual y de la reproducción es un derecho de hombres y mujeres [...] que se basa en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos; a

¹¹ El modelo ecológico considera la influencia del ambiente en el desarrollo del individuo. Dicha influencia se da debido a la interacción de varios niveles (microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema) (Bronfenbrenner, 1987).

disponer de la información y los medios para ello; y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva” (Unfpa, 2013). Esto significa que el acceso a la salud sexual y reproductiva es una parte inseparable e indivisible del derecho a la salud y de los derechos humanos. “La salud sexual y reproductiva y el disfrute completo de los derechos son fundamentales para la transición de las adolescentes y los adolescentes a la adultez y son vitales para la identidad, la salud, el bienestar y su crecimiento personal y para desarrollar y alcanzar su potencial en la vida” (Unfpa, 2013)¹².

Específicamente, los derechos sexuales y reproductivos implican:

- Disfrutar una sexualidad segura, placentera, responsable y libre de coacción o violencia.
- Tener libertad para decidir si tener o no relaciones sexuales y decidir si tener o no hijos e hijas, cuántos y cuándo.
- Acceder a servicios de salud sexual y reproductiva integrales en cualquier etapa del ciclo de vida.
- Acceder a información oportuna y científica en cuanto al funcionamiento del cuerpo, la sexualidad, los métodos anticonceptivos, las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el embarazo, entre otros aspectos.

A continuación, se exponen términos que son fundamentales para el manejo y la ejecución del protocolo:

a. Sexo

Conjunto de características biológicas que definen a hombres o mujeres, comprendido desde la morfología y la fisiología, incluye también la reproducción sexual.

b. Sexualidad

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la sexualidad es “un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, las identidades y los roles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se experimenta y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, roles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se

¹² United Nations Fund for Population Activities, Unfpa por sus siglas en inglés. El Fondo de Población de las Naciones Unidas, FPNU.

experimentan o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales” (OMS, 2006).

La sexualidad es un aspecto integral del ser humano con diversas manifestaciones en cada etapa evolutiva. Es la forma particular de ser, identificarse y relacionarse. Al ser un aspecto que se construye, no solo está sujeta a las experiencias corporales, al placer genital o a la reproducción, sino también a las relaciones externas que se construyen en la interacción con las otras personas.

c. Género

El género es un enfoque de análisis que nos ayuda a comprender las diferencias que existen entre el ser hombres y el ser mujeres, diferencias que estructuran relaciones de poder entre ambos sexos. Estas diferencias se deben a una construcción social, cultural e histórica, a través de la cual se ha asignado a cada sexo una serie de actitudes, roles y comportamientos diferenciados, conformándose las identidades masculinas —hombre— y femeninas —mujer—. En este sentido, Scott (1986) establece que el género incluye conceptos normativos que “se expresan en doctrinas religiosas, educativas, científicas, legales y políticas, que afirman categóricamente el significado de *varón* y *mujer*, *masculino* y *femenino*”. Estos conceptos confieren a las personas una manera de pensar, sentir e interpretar el mundo de manera determinada en función del sexo.

Considerando que la escuela es un espacio de socialización y difusión de patrones de convivencia a partir de “sus estructuras, cultura, currículo oficial y currículo oculto, que forma a los estudiantes y las estudiantes en modos de conceptualizar lo que es *masculino* y lo que es *femenino*” (Unfpa, 2012), la educación debe transformarse a sí misma para convertirse en un espacio libre de discriminación por género. Esto es posible a través de cada uno de los actores que participan e influyen en el proceso educativo.

d. Masculinidad y feminidad

Ambos términos se refieren a las identidades que la sociedad ha atribuido a hombres (masculinidad) y a mujeres (feminidad). Según el análisis de género, estas definiciones se actualizan y cambian paulatinamente hacia lo que se conoce como *nuevas masculinidades* y *nuevas feminidades*: identidades promovidas para una participación equitativa y en igualdad de condiciones.

e. Relación entre sexualidad y género

La práctica de la sexualidad ha estado determinada y condicionada por las identidades de género, al atribuirse a hombres y mujeres ciertos roles,

conductas y actitudes con respecto a las vivencias sexuales y afectivas diferenciadas a cada quien. En este sentido, a la hora de abordar la sexualidad es necesario tratar estas diferencias de género como un tema transversal que permite cuestionar las relaciones de poder entre hombres y mujeres y que pueden llegar a vulnerar los derechos de las personas. El androcentrismo¹³ implica una importante influencia en el desarrollo de la identidad en la medida en que a los hombres se les motiva para ser auto-suficientes e independientes, ocultar sus emociones, dejar de lado su salud física y emocional. Es decir, la sociedad promueve la comprobación de la masculinidad a través de acciones como el número de parejas sexuales. Por su lado, se espera que las mujeres deben restringir sus impulsos y su atracción sexual para mantener una imagen pura. En este sentido, Fraser (2000) refiere que la sexualidad es una construcción cultural que responde a estructuras y relaciones de poder que deben ser modificadas para poder construir relaciones de respeto y empatía mutua entre las personas.

f. Identidad sexual

Implica el sentimiento y la conciencia de reconocerse como *hombre o mujer*, considerando no solo el aspecto biológico, sino también en relación con la identidad de género y la autopercepción cognitiva que cada persona tenga de sí misma.

Hay personas que nacen con un sexo biológico con el que no se sienten identificadas y, por el contrario, psicológicamente se identifican con la identidad del otro género. Estas personas tienen una identidad de género transexual.

g. Violencia sexual

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define *violencia sexual* como “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”¹⁴.

Las formas de violencia sexual que se pueden presentar contra niños, niñas y adolescentes pueden ser las siguientes:

¹³ El androcentrismo sitúa al hombre como centro de todas las cosas. Esta concepción de la realidad parte de la idea de que la mirada masculina es la única posible y universal, por lo que se generaliza para toda la humanidad. Recuperado de <http://www.mujeresenred.net/spip.php?article1600>

¹⁴ Organización Mundial de la Salud, 2010. Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: análisis de datos secundarios.

- Toqueteos, caricias, manoseos o acercamientos consentidos o no por parte de una persona adulta hacia un niño, niña o adolescente. Estos toqueteos pueden ser sobre cualquier parte del cuerpo y no exclusivamente en zonas íntimas, como los pechos, área genital o nalgas.
- Forzar a que un niño, niña o adolescente toque las partes íntimas de la presunta persona agresora o de otras personas.
- Hacer comentarios de índole sexual respecto a su cuerpo o apariencia.
- Uso de palabras eróticas, propuestas verbales sexuales, intenciones eróticas sexualizadas que sobrepasan los límites emocionales apropiados entre adultos y niños, niñas y adolescentes (contar intimidades sexuales de la pareja, convertir al estudiante o a la estudiante en confidente emocional).
- La invención de juegos con la finalidad de que el niño, niña o adolescente muestre o toque partes de su cuerpo.
- Producción de material pornográfico utilizando a niños, niñas y adolescentes, o la exposición/facilitación de pornografía a niños, niñas y adolescentes.
- En el ámbito educativo, la solicitud de favores sexuales a cambio de calificaciones o pases de año.
- Espiar al estudiante o a la estudiante cuando se encuentra en el baño o mientras se cambia de ropa.
- Solicitar o llevar a cabo encuentros con finalidad sexual fuera de la institución educativa.
- Insinuaciones o comentarios con respecto a su vida o prácticas sexuales privadas.

h. Orientación sexual¹⁵

Es la capacidad de cada persona de sentir una profunda atracción sexual y afectiva por personas de un género diferente al suyo, de su mismo género o de más de un género, así como a la capacidad de mantener relaciones íntimas y sexuales con personas. Es un concepto complejo cuyas formas cambian con el tiempo y difieren entre las diferentes culturas.

¹⁵ Tomado de: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas (2013). *Orientación sexual e identidad de género en el derecho internacional de los derechos humanos*.

Existen tres tipologías de orientación sexual:

- La **heterosexualidad** es la capacidad de una persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un género diferente al suyo y la capacidad de mantener relaciones íntimas y sexuales con estas personas.
- La **homosexualidad** es la capacidad de una persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un mismo género y la capacidad mantener relaciones íntimas y sexuales con estas personas. Se utiliza generalmente el término *lesbiana* para referirse a la homosexualidad femenina y *gay* para referirse a la homosexualidad masculina.
- La **bisexualidad** es la capacidad de una persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un género diferente al suyo o también de su mismo género y a la capacidad mantener relaciones íntimas y sexuales con estas personas.

Derechos sexuales y derechos reproductivos

En 1997, se llevó a cabo el XIII Congreso Mundial de Sexología, en donde se formuló la Declaración Universal de los Derechos Sexuales. Posteriormente, en 1999, en el XIV Congreso Mundial de Sexología, estos derechos fueron revisados y aprobados por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Salud Sexual (conocida por sus siglas en inglés, WAS). Los derechos sexuales son derechos humanos universales que se encuentran reconocidos en los instrumentos internacionales, en la Constitución ecuatoriana y en las leyes nacionales.

A continuación, se citan aquellos derechos que guardan relación con la temática abordada en el presente documento.

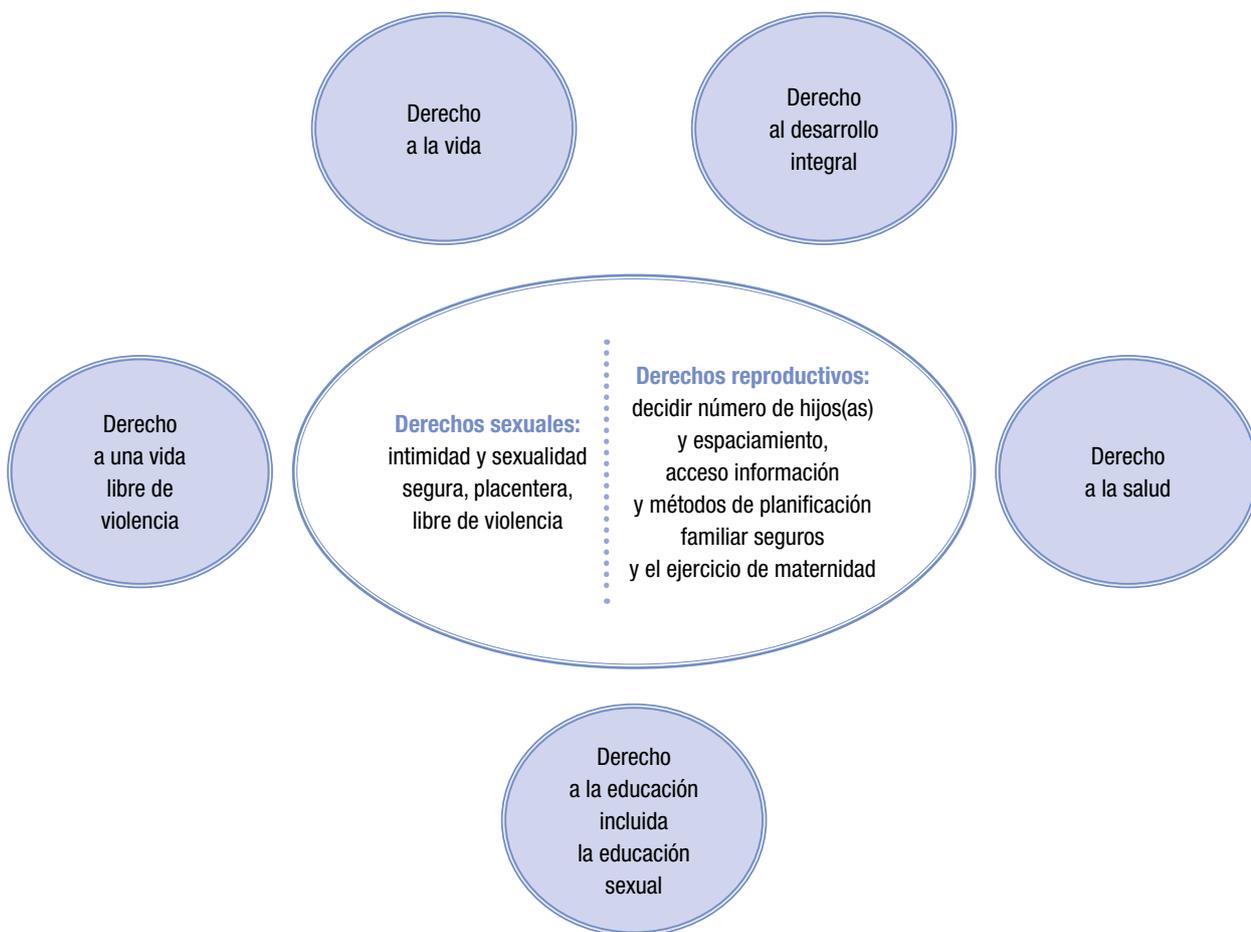
- **Derecho a la igualdad y la no discriminación**, que se opone a todas las formas de discriminación, independientemente del sexo, el género, la orientación sexual, la edad, la clase social, la religión, las discapacidades o cualquier otra condición de cada persona.
- **Derecho a la autonomía y la integridad del cuerpo**, para controlar y decidir libremente sobre asuntos relacionados con su cuerpo y su sexualidad. Esto incluye la elección de comportamientos, prácticas, parejas y relaciones interpersonales con el debido respeto a los derechos de las demás personas.

- **Derecho a una vida libre de tortura, trato o pena crueles, inhumanas o degradantes** relacionadas con la sexualidad, que incluyen prácticas tradicionales dañinas como la esterilización forzada, la anticoncepción o el aborto forzados, y otras formas de tortura, tratos crueles, inhumanos o degradantes cometidos por motivos relacionados con el sexo, el género, la orientación sexual, la identidad y la expresión de género y la diversidad corporal de la persona.
- **Derecho a la privacidad** relacionada con la sexualidad, la vida sexual y las elecciones relacionadas con su propio cuerpo, las relaciones sexuales consensuales y las prácticas sin interferencia ni intrusión arbitraria. Esto incluye el derecho a la no divulgación a otras personas de la información personal relacionada con la sexualidad.
- **Derecho al grado máximo alcanzable de salud, incluida la salud sexual, que comprende experiencias sexuales placenteras, satisfactorias y seguras;** esto requiere de servicios de atención a la salud sexual de calidad, disponibles, accesibles y aceptables, así como el acceso a las condicionantes que influyen y determinan la salud, incluida la salud sexual.
- **Derecho a la información** precisa y comprensible relacionada con la sexualidad, la salud sexual y reproductiva a través de diferentes recursos o fuentes. Esto implica el **derecho a gozar de los adelantos científicos y los beneficios que de ellos resulten** en relación con la sexualidad y la salud sexual.
- **Derecho a la educación y derecho a la educación integral de la sexualidad.** La educación integral de la sexualidad debe ser apropiada a la edad, científicamente correcta, culturalmente competente y basada en los derechos humanos, la igualdad de género y con un enfoque positivo de la sexualidad y el placer.
- **Derecho a contraer, formar o disolver el matrimonio y otras formas similares de relaciones basadas en la equidad y el pleno y libre consentimiento,** eligiendo casarse o no casarse y con libre y pleno consentimiento, contraer matrimonio, mantener una relación de pareja o tener relaciones similares. Este derecho incluye la igualdad de acceso a la asistencia social y otros beneficios, independientemente de la forma de dicha relación.

- **Derecho a decidir tener hijos e hijas, el número y su espaciamento, y a tener acceso a la información y los medios para lograrlo.** Para ejercer este derecho se requiere acceder a las condiciones que influyen y determinan la salud y el bienestar.

El reconocimiento de los derechos sexuales y derechos reproductivos de todas las personas, especialmente de los grupos que históricamente han sido discriminados, permite fortalecer la toma de decisiones libre, responsable, autónoma e informada de lo que implica su sexualidad.

Para esto, desde el ámbito educativo se considera pertinente brindar información científica y oportuna sobre lo que implica el embarazo adolescente, considerando que esta se ajuste a las diferentes franjas etarias. De esta forma se podrá seguir fortaleciendo ambientes educativos acogedores que busquen la construcción de relaciones interpersonales basadas en el respeto, y donde el acompañamiento a las estudiantes que se encuentran embarazadas, o a estudiantes que ya se encuentran en situación de maternidad o paternidad, sea una responsabilidad de toda la comunidad educativa.





3 Embarazo en la adolescencia

El embarazo en la adolescencia es considerado como un problema de salud pública en países de América Latina desde la década de 1980: “Desde el punto de vista de la salud pública, preocupaban los posibles riesgos para la vida y la salud de la madre y el hijo que podía entrañar la maternidad temprana. Desde el punto de vista social, se sostenía que convertirse en madre en la adolescencia conducía a un menor nivel de educación y de estatus socioeconómico” (Buvinic *et al.*, 1992). La evidencia también podía ser leída en forma inversa: Stern (1997), Geronimus y Korenman (1992) indican que “es la pobreza la que perpetúa situaciones que llevan al embarazo en la adolescencia”.

McAnarney *et al.* y Hendee (1989) definen *embarazo adolescente* como “las gestaciones, por lo general no planeadas y no deseadas, que ocurren en una edad temprana a niños, niñas o adolescentes que no cuentan con las capacidades y condiciones necesarias para enfrentar, manejar o superar la situación y las consecuencias que este evento implica”. Asimismo, este grupo de expertos ha demostrado que los riesgos y las consecuencias adversas del embarazo prematuro y el subsiguiente proceso de maternidad o paternidad no pueden ser solo atribuibles a la inmadurez física o psicológica de la etapa de la adolescencia, sino que deben considerarse también variables como la pobreza, la marginalidad, la desescolarización, la carencia de acceso a servicios de salud e, incluso, la forma como se desarrolla la sexualidad en los diferentes contextos culturales.

Por otro lado, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut-MSP-INEC, 2012), evidencia que el 45 % de adolescentes embarazadas

no está dentro del sistema escolar ni trabaja. Ambas actividades se consideran de vital importancia en una edad donde deben concretarse los niveles básicos de educación para definir proyectos de vida, tanto personales como laborales. Esta situación cobra dimensiones particulares en familias que experimentan situación de pobreza, ya que puede incidir en la perpetuación intergeneracional de la pobreza.

Al respecto, es importante considerar que, desde un enfoque de derechos, el embarazo es una decisión que debe ser tomada bajo los contextos de libertad y autonomía, ya que este hecho conlleva fuertes implicaciones en los diferentes ámbitos de la vida de una persona (personal, social, económico, familiar, profesional y académico, entre otros) que pueden verse minados si no existe un proceso de información y orientación adecuado.

Detrás de un embarazo ocurrido en la adolescencia suelen existir condiciones sociales, económicas y culturales que dificultaron su prevención, tal como lo señalan la Comisión Económica para América Latina y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia: “En América Latina y el Caribe se destaca que la fecundidad en la adolescencia es alta y no descende, lo que se relaciona con contextos de mayor pobreza y desprotección para la joven madre, familia y su prole” (Cepal-Unicef, 2007). En ese sentido, la tasa de fecundidad adolescente tiene relación directa con las condiciones socioeconómicas, políticas y, en general, con el nivel de desarrollo del área donde habitan las adolescentes: condicionantes que explican las diferencias entre las tasas de embarazo y el curso de prevalencia que presenta este fenómeno en cada persona, familia y comunidad.

Cabe recalcar que el embarazo adolescente puede tener repercusiones en la salud de la persona en niveles físico, psicológico y social, situando a los adolescentes que van a ser padres o madres, y a su hijo, en un contexto socioeconómico de riesgo. Por tanto, se considera al embarazo temprano como un problema de salud pública¹⁶, con mayor énfasis cuando estos embarazos son el resultado de situaciones de violencia sexual infligidas en niñas menores de 14 años de edad. Esta realidad merece una especial preocupación, tanto por las complicaciones físicas que existen a edades tempranas, como por el hecho de que a una menor edad es más probable que el embarazo sea “producto de abuso sexual, relaciones forzadas o explotación sexual” (Ministerio de Salud de Argentina, 2016).

16 La Organización Mundial de la Salud considera la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (OMS, 2006).

En cuanto a la paternidad adolescente, es necesario tener presente la relación de las construcciones de la masculinidad con las vivencias de lo que implica ser padre.

La masculinidad es una forma de aprender a vivir la vida, de cómo relacionarse con las demás personas y con el mundo. Todavía hoy suele reforzarse un tipo de masculinidad que deriva en roles parentales tradicionales, como el hecho de convertirse en el proveedor y protector de la familia y de decidir sobre la vida de su mujer y sus hijos e hijas. En este sentido, es preciso promover nuevas masculinidades, que se basen en modelos de relacionamiento más empáticos y menos autoritarios, que implique una mayor participación en la crianza de hijas e hijos y en la construcción de relaciones familiares basadas en relaciones de equidad y corresponsabilidad. En este sentido, desde el ámbito educativo es preciso trabajar con los padres adolescentes para promover la corresponsabilidad del hombre y la mujer en el cuidado de la familia y evitar que se responsabilice exclusivamente a la mujer de las actividades de crianza (Romero, 2012)¹⁷.

También es importante pensar que la maternidad y la paternidad durante la adolescencia pueden vivirse con mayores dificultades si la adolescente o el adolescente no sabe a quién solicitar ayuda, qué hacer y cómo actuar durante la gestación y el cuidado de su hijo o hija, principalmente cuando tienen un bajo nivel socioeconómico, viven en el sector rural apartado y existe poca o ninguna información sobre sexualidad y poco o ningún acceso a los servicios de salud, entre otras condiciones. Muchas veces, la madre y el padre se ven obligados a abandonar los estudios para trabajar y cuidar de su hijo o hija. Por esta razón es necesario brindar todo el apoyo a madres y padres menores de edad desde los ámbitos educativo, familiar y social, con el fin de reducir cualquier factor de riesgo asociado.

a. Embarazo en niñas menores de 14 años de edad

El embarazo en menores de 14 años de edad es considerado un problema de salud pública que, a su vez, visibiliza la existencia de un delito sexual, tal como lo señala el artículo 171 del Código Orgánico Integral Penal (COIP, 2014)¹⁸. Este tipo de situaciones da cuenta de una realidad que permanece oculta y que representa un grave atentado a los derechos humanos de niñas y mujeres.

¹⁷ Romero von Buchwald, M. (2012). *Embarazo adolescente: identidades masculinas y ejercicio de la paternidad*. Quito: Universidad San Francisco de Quito, Colegio de Posgrados.

¹⁸ Cualquier acto sexual con una niña menor de 14 años de edad será considerado como delito de violación.

El embarazo y la maternidad en niñas menores de 14 años interfieren con el desarrollo de habilidades como la consolidación de la autonomía, la socialización y la capacidad de regulación afectiva y generan miedo, culpa y resentimiento, condiciones que elevan el riesgo de suicidio (hasta en un 13 %) y aumentan la incidencia de depresión y una percepción negativa de las redes de apoyo¹⁹. A su vez, las niñas embarazadas menores de 14 años sufren un elevado riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto, lo que conlleva un incremento de las tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal. Adicionalmente, presentan cuadros de malnutrición y un mayor número de abortos espontáneos y partos prematuros. Los recién nacidos registran un peso bajo debido a que el útero de la madre no se ha desarrollado completamente y pueden presentar mayores problemas de salud, trastornos del desarrollo y mayor probabilidad de sufrir malformaciones (Gómez Pío, 2011).

Por otro lado, tal como señala la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, “iniciar relaciones sexuales en adolescentes menores de 15 años no siempre es una decisión consciente o libre, aun cuando hayan sido relaciones consentidas, muchas veces tienen poco control sobre la iniciación sexual. A estas situaciones se las denomina de *coacción*, por la presión ejercida para mantener relaciones sexuales y, por lo general, la adolescente no lo identifica como una violación. Cuanto más joven es la adolescente, mayor es la probabilidad de una iniciación sexual forzada” (Flasog, 2011).

b. Principales consecuencias de un embarazo en la niñez y la adolescencia

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (Unfpa, por sus siglas en inglés) destaca que la mayoría de los hijos de madres adolescentes tiene como padre a un adulto. En los casos en que el padre es también adolescente, ocurre con frecuencia que desconocen dicha paternidad o no cumplen las responsabilidades que derivan de la situación (Unfpa, 2007).

Sin embargo, es importante reconocer que cuando ambas partes se hacen responsables del proceso del embarazo y del hijo e hija que resulta, las dos personas pueden ver modificada su trayectoria de vida debido a las responsabilidades y los retos personales que implica la crianza.

Entre las principales consecuencias de un embarazo en la niñez y la adolescencia se encuentran las siguientes:

- **Deserción escolar:** durante la niñez y la adolescencia existe una mayor probabilidad de abandonar la educación como consecuencia

¹⁹ XVI Congreso Latinoamericano de Pediatría (2012). *Atención integral de la adolescente menor de 15 años embarazada*. Alape.

de las nuevas responsabilidades que adquieren la madre y el padre debido a la necesidad de cuidados que requiere el hijo. Según el estudio *Costos de omisión en SSR en el Ecuador*, se estima un total de 6 487 casos de adolescentes que abandonan los estudios por motivos de embarazo. Más de la mitad (56 %) se encontraba cursando la Educación General Básica al momento del abandono, por lo que la mayor pérdida de años de escolaridad se presenta en este subconjunto. Para el año 2015, se estimó un total de 36 871 años de escolaridad perdidos, con una media de 5,8 años por mujer (MSP, 2017).

Según estadísticas del Instituto Nacional de Estadística y Censos (2010), el 22,1 % de las madres adolescentes asiste regularmente a un establecimiento educativo, frente al 77,9 % que ha abandonado la educación, mientras que del total de adolescentes que no son madres, el 81,4 % asiste al sistema educativo. En este sentido, las madres adolescentes completan entre 1,8 y 2,8 años menos de educación. Además, estos obstáculos son mayores en familias de bajos recursos o cuando no se ejerce la responsabilidad paterna.

En algunos casos, se puede crear un riesgo de deserción escolar cuando algunas instituciones educativas, por cuidar el “prestigio institucional” o evitar el “estigma social” y, a veces, también por el temor a la “mala influencia” hacia el resto del grupo de estudiantes, proponen otros espacios educativos que denominan *extraordinarios* o *especiales*, pudiendo ser estos la vinculación a modalidades educativas nocturnas, semipresencial o virtual, tal como lo señala el informe *Vivencias y relatos de sobre el embarazo en adolescentes* (Plan Internacional y Unicef, 2014).

Estas concepciones generan discriminación y acentúan la posibilidad de abandono escolar tanto para la mujer como para el hombre, más aún. Sumadas al hecho de que la adolescente embarazada o madre, por su misma condición, establece prioridades de desarrollo y la escuela no necesariamente está dentro de ellas. Esto ocurre particularmente cuando existen factores de riesgo o no hay un clima acogedor dentro de la familia o en la institución educativa.

- **Pobreza y efectos intergeneracionales en la familia de origen y en descendencia:** Unfpa destaca que un nacimiento en la adolescencia reduce el nivel de ingresos de una mujer en un 30 % (2007), cuestión que se relaciona con el aumento de la probabilidad de encontrarse en situación de pobreza (Celade y Cepal, 2008).

Además, el 75,2 % de las madres adolescentes está considerado dentro del grupo de población económicamente inactiva, condición

que determina el desarrollo vital del recién nacido, la madre y el propio núcleo familiar, perpetuando el ciclo de pobreza intergeneracional.

Un embarazo adolescente deriva en que muchas veces las familias de origen pasan a cumplir un rol de “manutención ampliada”, lo que implica una importante baja en la economía del hogar debido a que los gastos se amplían al mantener tanto a la madre adolescente como a su hijo.

Por otro lado, en aquellos casos en que la madre o el padre abandonan sus estudios debido al ejercicio de la maternidad o la paternidad, se ven expuestos a trabajos informales y precarios. Dicha situación de precariedad económica impacta sobre el hijo o hija, “con lo que se perpetúa un ciclo intergeneracional de marginalización, exclusión y pobreza” (Unfpa, 2013). Otro efecto colateral del embarazo adolescente, es la migración de niños, niñas o adolescentes de zonas rurales a urbanas para buscar plazas de trabajo, que les posibilite mantener al infante, lo cual les expone a condiciones de riesgo y vulnerabilidad. La pobreza se acentúa más con la particularidad de que “las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos” (Unfpa, 2014).

- **Salud de la madre:** según la Organización Mundial de la Salud, “las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de muerte en mujeres adolescentes” (OMS, 2012). A nivel mundial, se producen 70 000 muertes en adolescentes todos los años por complicaciones del embarazo y el parto. En este sentido, datos recogidos por la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología señalan que las madres adolescentes tienen hasta el triple de posibilidades de morir por causas maternas, en comparación con las mujeres adultas (Flasog, 2010). En menores de 15 años de edad, estos riesgos son cinco veces mayores, según datos recogidos por Unfpa (2013).

Un segundo embarazo y nacimiento a edades tempranas no solo supone intervalos intergenésicos cortos y no recomendables desde una aproximación de salud, sino que también evidencia las oportunidades perdidas de intervención exitosa durante la atención del primer embarazo y el nacimiento y los cuidados de los hijos de madres adolescentes. En ese marco, un dato auspicioso es la reducción de la repetición de la maternidad, que ha ocurrido en todos los países. Alrededor del 20 % de los nacimientos de adolescentes corresponde a un segundo hijo, con excepción de Chile, con un 14 % (Binstock, 2016a), resultado de un sostenido descenso

de la maternidad adolescente con al menos dos nacimientos, que fue particularmente importante entre 2002 y 2009 (Flasog, 2011).

A su vez, el embarazo adolescente se relaciona con un mayor riesgo de anemia, hipertensión o infecciones de transmisión sexual. Asimismo, la preclamsia, la eclampsia, la poca ganancia de peso, las hemorragias y el trabajo de parto prolongado, entre otras, son complicaciones a las que están predispuestas las mujeres adolescentes (Noguera, 2012).

A nivel emocional, la madre adolescente puede presentar problemas de depresión, síndrome del fracaso de la madre, sentimiento de pérdida de la juventud o pensamientos suicidas (Minchon, 2008). Por ello, es de vital importancia que la comunidad educativa y la comunidad ampliada puedan apoyar y dar soporte a la adolescente madre o adolescente padre.

- **Abortos inseguros:** la niña o la adolescente puede enfrentar un embarazo no deseado por diferentes motivos (violencia sexual, incesto, expectativas de vida, aspectos económicos, pobreza extrema o prejuicios sociales, entre otras razones). En estos casos —y tomando en cuenta que de acuerdo con la normativa ecuatoriana el aborto es legal en dos condiciones: cuando el embarazo amenaza la vida o la salud de la mujer o si es el resultado de la violación de una mujer con discapacidad intelectual—, recurren a realizarse un aborto de manera clandestina en condiciones de inseguridad que ponen en alto riesgo su vida. En el mundo se estima que se practican 3,2 millones de abortos inseguros en adolescentes al año (Unfpa, 2013).

Por otra parte, la maternidad obligada —en referencia a mujeres adolescentes que pese a que enfrentan situaciones de pobreza, desempleo y violencia, deben cuidar de la vida de sus hijos (Varea, 2008)— debe ser cuestionada por parte de la sociedad y de sus instituciones, porque valiéndose de un constructo “maternal-amoroso”, “sacrificio-abnegación” son las personas adultas quienes motivan la obligatoriedad en nombre del amor o la culpa, desconociendo que la adolescente en estas circunstancias atraviesa por fuertes sentimientos de tristeza, rencor e ira, que requieren intervención psicológica más allá del discurso culturalmente construido del cuidado o el amor materno como natural (Scheper-Hughes, 1997).

En definitiva, el objetivo de la sociedad debe ser reducir el aborto inseguro en las adolescentes, respaldando la necesidad de desarrollar planes, programas y proyectos orientados a informar sobre los riesgos de un aborto inseguro y mejorar el acceso a los servicios de salud.

- **Salud infantil:** según la Organización Mundial de la Salud, “la mortalidad y la muerte del recién nacido son un 50 % más altas entre hijos de madres adolescentes que entre hijos de madres de entre 20 y 29 años de edad” (OMS, 2012). Este fenómeno puede obedecer a que existe un mayor riesgo de partos prematuros o partos obstruidos entre madres menores o que no cuentan con los conocimientos y habilidades adecuadas para la atención y el cuidado del recién nacido, factores de riesgo que aumentan cuando no cuentan con apoyo familiar o del padre.

Las complicaciones para la salud infantil pueden resumirse en bajo peso, malformaciones, poco estímulo, vínculo materno filial conflictivo o maltrato (PAHO, 2013). Otro estudio señala la presencia de patologías respiratorias, patologías cardíacas, infecciones bacterianas, ictericia, mortalidad neonatal, cada uno en diferentes proporciones respecto a la adolescencia temprana, media y tardía (Mendoza, 2012). El hijo o la hija de una madre adolescente tiene mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional (Unfpa, 2014).

Los hijos e hijas de adolescentes tienen de dos a siete veces más riesgo de sufrir complicaciones perinatales y neonatales, trastornos de aprendizaje y de conducta, desescolarización e involucramiento en conductas de riesgo cuando alcanzan la adolescencia (Unfpa, 2014).

- **Matrimonios forzados:** en Ecuador, el 3 % de las adolescentes y los adolescentes entre 12 y 17 años de edad vive o ha vivido en pareja. De este grupo, el 1 % tiene un compromiso en unión libre y el 0,6 % se ha casado (INEC, 2012). Esta cifra se eleva cuando se trata de mujeres adolescentes: 2 % de ellas vive en unión libre (Observatorio Social del Ecuador, 2014).

Estos datos reflejan que, debido a las tradiciones y los mandatos de género, muchas mujeres que se quedan embarazadas fuera del matrimonio se ven forzadas a casarse por “resguardar el honor familiar” para ser socialmente “aceptadas”, lo que perpetúa el ciclo de la violencia y la desigualdad entre géneros.

El matrimonio a edades tempranas es un factor de riesgo para el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos; además de que perpetúa el ciclo de poca educación y pobreza (OMS-Unfpa, 2012). Las consecuencias del matrimonio precoz pueden ser problemas de salud, abandono de la educación y malos tratos, entre otras. En el año 2015, se reformó el Código Civil en Ecuador, y se estableció como edad mínima para el matrimonio los 18 años de edad.

c. Factores de riesgo y factores de protección en el embarazo en la niñez y la adolescencia

Con el objetivo de comprender los principales determinantes sociales del embarazo en adolescentes, es importante considerarlos en el marco de un sistema integral y ecológico, inserto en una sociedad ampliada, denominada *macrosistema*, que genera una serie de experiencias de aprendizajes históricos y culturales que se transmiten de generación a generación. Esta serie de experiencias, a su vez, se organiza a través de microsistemas, llamados *escuela*, *familia* y *comunidad*, que se encuentran mancomunados y enlazados para la adquisición de valores, hábitos y habilidades. En ese camino, sin duda, aparecen factores y consecuencias mediados por la construcción de patrones socioculturales frente a las relaciones de pareja, la autonomía, la toma de decisiones, la sexualidad, el acceso a la salud y a la educación, la participación y la exigibilidad de derechos, entre otros. A continuación, se exponen algunos elementos relevantes.

Factores de riesgo y de protección en situaciones de embarazo en la niñez y en la adolescencia

ÁMBITO	FACTORES DE RIESGO	FACTORES PROTECTORES
INDIVIDUAL	Valores, creencias y roles adquiridos por la desigualdad de género	Niñas y adolescentes empoderadas con valores, creencias y roles basados en la equidad de género
	Desconocimiento de derechos y su vulneración	Niñas, niños y adolescentes con identidades de género diversas, que no reproducen las relaciones de poder entre los géneros
	Dificultad para planear proyectos de vida	Niñas y adolescentes empoderadas que conocen y exigen sus derechos
	Abuso de sustancias psicotrópicas y estupefacientes	Niñas, niños y adolescentes que poseen información sobre aquellos factores internos y externos que inciden en la toma de decisiones
	Bajo nivel educativo o carencia de este	Niñas, niños y adolescentes que conocen los riesgos del consumo de sustancias psicotrópicas y estupefacientes
	Falta de acceso a educación integral de la sexualidad	Contar con acceso y comprometerse en permanecer en el sistema educativo hasta finalizar los estudios obligatorios
	Factores psicosociales: baja autoestima, desesperanza y ausencia de habilidades sociales	Contar con educación integral de la sexualidad enmarcada en el enfoque de derechos y el desarrollo de habilidades para la vida
		Alta autoestima, habilidades de negociación y de toma de decisiones

ÁMBITO	FACTORES DE RIESGO	FACTORES PROTECTORES
FAMILIAR	Ausencia o poco diálogo familiar	Diálogo familiar fluido
	Expectativas, discursos y tratos que afianzan roles y estereotipos de género	Discursos y tratos que fomenten la equidad de género en el seno familiar: acceso a la educación, actividades recreativas y autonomía para la toma de decisiones
	Actitudes favorables con respecto al matrimonio temprano	Prohibición del matrimonio temprano, no promoción en las hijas de proyectos de vida asociados exclusivamente a la maternidad
	Familias disfuncionales	Familias con relaciones basadas en el respeto y la afectividad, informadas y que respetan los derechos de sus hijos e hijas
	Violencia intrafamiliar	
	Violencia de género	
ESCOLAR	Falta de acceso a información sobre educación sexual integral	Escuelas que brindan información actualizada sobre educación sexual integral de manera oportuna, científica, laica, respetuosa y continua, desprovista de prejuicios sociales y morales
	Currículo nulo y oculto que normaliza la desigualdad de género	
	Búsqueda de reconocimiento entre pares mediante la exposición a conductas de riesgo	Actitud responsable con su propia vida Toma de decisiones personales según información científica
	Obstáculos para asistir a la escuela	Escuelas que facilitan el acceso a la educación y la permanencia en el sistema educativo, y promueven la construcción de climas de convivencia armónicos
	Actitudes negativas o prejuicios en torno a la sexualidad adolescente	Comunidad educativa que cuenta con una actitud favorable al diálogo sobre sexualidad, que brinde información científica sobre ella
SOCIAL	Falta de oportunidades socioeconómicas	Acceso a oportunidades sociales y económicas que favorecen la toma de decisiones
	Migración	
	Barreras legales, culturales, sociales y económicas de acceso a métodos anticonceptivos	Facilidad de acceso a métodos anticonceptivos de acuerdo con la necesidad de cada persona
	Violencia sexual y de género	Entornos libres de violencia
	Concepciones y normas sociales de género basadas en la desigualdad	Concepciones y normas sociales de género basadas en el empoderamiento de la mujer con respecto a sí misma, hacia la familia y hacia la comunidad
	Mensajes comunicacionales e informacionales estereotipados con respecto al género y la sexualidad, en general	Instituciones públicas y privadas, sociales y gubernamentales que reproducen mensajes libres de estereotipos, sustentados en evidencia científica

A continuación se presentan algunos datos relevantes de cada ámbito antes descrito, con el objeto de instar a la reflexión sobre la importancia que posee cada uno al momento de abordar el embarazo adolescente.

- **Ámbito individual:** según el Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, la adolescencia se concibe como una etapa de “nuevos desafíos para la salud y el desarrollo debido a su vulnerabilidad relativa y la presión de la sociedad, incluidos los grupos de pares, que les empujan a adoptar comportamientos riesgosos para la salud. Entre estos desafíos está forjar una identidad personal y lidiar con la propia sexualidad. El período de transición dinámica hacia la edad adulta también suele ser un período de cambios positivos, impulsados por la gran capacidad que tienen las adolescentes y los adolescentes de aprender rápido, vivir situaciones nuevas y diversas, desarrollar y utilizar el pensamiento crítico, familiarizarse con la libertad, ser creativos y socializar” (ONU, 2003). En este sentido, la adolescencia se caracteriza por el desarrollo de capacidades y habilidades como la negociación, la toma de decisiones responsables o la capacidad para planificar metas a medio y largo plazo de forma autónoma.

Sin embargo, el nivel de autoestima de cada adolescente influye en su toma de decisiones y la asunción de riesgos. Las investigaciones indican que la confianza que las mujeres tienen en sí mismas juega un papel importante en la negociación con la pareja y la exigibilidad del uso de preservativos (Banco Mundial, 2011). Por otro lado, existen creencias socioculturales que favorecen el ideal de la maternidad como única opción de vida, donde una adolescente puede desear ser madre para sentirse adulta y reconocida por su comunidad. En este sentido, cabe señalar que en Ecuador, el 67 % de los embarazos en adolescentes fue deseado (INEC, 2013), lo que implica que todavía persiste la transmisión de proyectos de vida femeninos asociados fuertemente a la maternidad como un fin último de desarrollo personal.

- **Dimensión familiar:** con respecto a los factores familiares de riesgo, se identifican cuestiones como el nivel de conflicto, la estabilidad, las relaciones que establecen entre quienes integran el hogar, los estilos parentales, la comunicación, el nivel de afectividad, los valores culturales y religiosos, las creencias y roles de género que cada persona adulta asume, así como las expectativas de género que tienen hacia sus hijos e hijas. En este marco, varias investigaciones refieren que es más probable que las adolescentes embarazadas sean hijas de madres adolescentes, ya que en las familias en que se repite la maternidad adolescente existirían normas o creencias culturales que contribuyen a la ocurrencia del embarazo precoz (Celade-Cepal, 2008), o factores sociales y económicos que se transmiten *intergeneracionalmente* de madre a hija (bajos recursos, falta de información, bajo nivel educativo y disfuncionalidad familiar,

entre otros) (Unfpa, 2013; Banco Mundial, 2011). Es posible que en contextos familiares precarios o conservadores las adolescentes y los adolescentes busquen otras oportunidades de desarrollo por medio de la unión temprana o de un embarazo. Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) indica que aquellas adolescentes que pertenecen a los quintiles más bajos tienen siete veces más probabilidades de tener un embarazo. Se podría inferir, por lo tanto, que aquellas familias multiproblemáticas²⁰ son proclives a acentuar factores de riesgo que expongan a un adolescente o una adolescente a experimentar un embarazo no planificado.

- **Dimensión escolar y grupo de pares:** “Cuanto más tiempo las niñas se queden en la escuela, más probable es que usen un método anticonceptivo y prevengan el embarazo, y menos probable es que se casen jóvenes” (Lloyd, 2006; Unicef, 2006; Lloyd y Young, 2009, citado por Unfpa, 2013). Al respecto, la Organización Panamericana de la salud señala que “la probabilidad de una adolescente sin instrucción de quedar embarazada es nueve veces más alta que la de una adolescente con educación” (2015). En este sentido, es necesario saber que en Ecuador la tasa de analfabetismo en madres adolescentes es de 1,8 %; el 34 % ha accedido solo a la primaria, y el 56,7 % ha recibido formación secundaria (INEC, 2013).

Durante la adolescencia, la escuela y el grupo de pares cobran especial importancia como espacios de acceso a la información y el fortalecimiento de la interacción entre hombres y mujeres. Muchas veces las adolescentes y los adolescentes no cuentan con la información correcta, completa y oportuna sobre sexualidad, reproducción y métodos anticonceptivos, siendo esto uno de los motivos que pueden decantar en embarazos no planificados. Al respecto, la institución educativa tiene un papel importante a la hora de transmitir información despojada de mitos y tabúes que permitan a cada estudiante tomar sus decisiones con base en el respeto a sí mismos y a las demás personas. Según Unfpa, la educación sexual “debe tener un enfoque adecuado a la edad y la cultura y enseñar sobre la sexualidad y las relaciones, ofreciendo información científicamente precisa, real y sin prejuicios que les permita tomar decisiones informadas y responsables” (2016). A su vez, la presión del grupo puede influir en el inicio de relaciones sexuales tempranas, “en la opinión de las adolescentes sobre quedar embarazadas y sobre su actitud con respecto

²⁰ Se define como *familia multiproblemática* a aquella que no es capaz de realizar de forma satisfactoria sus tareas organizativas y expresivas y que presenta déficits importantes de recursos y habilidades para hacer frente a los problemas que se le presenten. Cabe recalcar que este tipo de familia no es exclusiva de situaciones de marginalidad, ya que puede ser encontrada en cualquier contexto social, económico y cultural.

a prevenir el embarazo, abandonar la escuela o permanecer en la escuela hasta graduarse” o en la edad de la pareja y su opinión sobre el matrimonio, el sexo, los papeles asignados a cada género, los métodos anticonceptivos, el embarazo y el parto (Unfpa, 2016).

- **Dimensión social:** los factores sociales —costumbres, tradiciones, creencias y actitudes que surgen desde la visión adultocéntrica y de las construcciones sociales donde están sumergidos los niños, niñas y adolescentes— pueden limitar el acceso a información, veraz y científica sobre el desarrollo de la sexualidad, el uso de métodos anticonceptivos y la prevención del embarazo. Como señala Unfpa, “la brecha entre actitudes adultas y realidades adolescentes es la fórmula del embarazo a temprana edad” (2013).

Adicionalmente, las expectativas de género influyen en las conductas sexuales y afectivas de hombres y mujeres pues, por lo general, “establecen y refuerzan la subordinación de la mujer al hombre y generan consecuencias negativas para la salud sexual y reproductiva tanto de los hombres como de las mujeres” (Unfpa, 2012a). En este sentido, es importante añadir que “en muchos países, está validado culturalmente que los niños y los hombres tengan varias parejas o tengan relaciones sexuales sin usar preservativo. Muchas niñas y mujeres jóvenes dicen que no usan ningún método anticonceptivo, incluso cuando saben que están disponibles y a pesar de que tienen derecho a él; no lo hacen porque su pareja se opone o tiene una opinión negativa sobre los métodos anticonceptivos” (Unfpa, 2013).



Por último, es importante señalar que detrás de la violencia sexual contra niñas y adolescentes se encuentran factores socioculturales de desigualdad de género y concepciones estereotipadas en torno a la mujer o la sexualidad. Al respecto, alrededor de 120 millones de niñas menores de 20 años en todo el mundo (alrededor de 1 de cada 10) han experimentado relaciones o actos sexuales por la fuerza u otros mecanismos (Unicef, 2013). Así, la primera experiencia sexual de muchas mujeres jóvenes ocurre de manera forzada (Krug *et al.*, 2002; García-Moreno *et al.*, 2005; Unfpa y Consejo de Población, 2009). A nivel nacional, según la Encuesta Nacional de Violencia de Género y la Agenda Nacional de las Mujeres e Igualdad de Género 2014-2017 una de cada 10 mujeres ha sufrido abuso sexual antes de cumplir los 18 años y el 70 % de las adolescentes (entre 15 y 19 años de edad) que se ha unido con su pareja sufre violencia de género. Muchos embarazos se dan en el marco de situaciones de violencia sexual, en especial todos aquellos embarazos en menores de 14 años (2,4 % del total de embarazos en adolescentes), cuyo agresor, en algunos casos, resulta ser una persona cercana que pertenece al entorno familiar, comunitario o escolar.

4 **Proyectos de vida y su incidencia en la prevención del embarazo adolescente**

En la adolescencia empieza un proceso de elaboración de expectativas frente a la vida, principalmente porque se desarrolla el pensamiento abstracto y la consecuente posibilidad de proyectarse al futuro, formular metas y tomar decisiones de cómo esbozar senderos de vida. En la consolidación de la identidad, es importante considerar la influencia que tienen sobre este proceso los referentes más cercanos (familia, contexto educativo y pares), tanto sobre la identidad, como sobre los proyectos de vida que se proponga alcanzar cada persona.

Pese al ímpetu de expectativas que presentan los adolescentes y las adolescentes, hay momentos en que la inseguridad y el miedo permean cualquier decisión. En este sentido, el acompañamiento de personas adultas que velen por su bienestar es una condición fundamental para brindar certezas y responder inquietudes propias de la fase transicional por la que cada adolescente atraviesa. Cabe recalcar que dicho acompañamiento no necesariamente implica dictaminar las expectativas personales de las adolescentes y los adolescentes en función de las vivencias o la escala de valores de aquellas personas adultas que los acompañan. Brindar información adecuada y pertinente es la mejor estrategia de guía y orientación individual.

Cotidianamente, las personas tomamos decisiones, desde las más sencillas hasta las más complejas, pero en la etapa de adolescencia es cuando comienza la planificación de metas y objetivos hacia el futuro y se toman decisiones en relación con la carrera profesional, el desempeño laboral, la construcción de relaciones afectivas y placenteras en pareja, el inicio o no de una vida sexual y el tipo de actividades de ocio y tiempo libre a desarrollar, entre otros ámbitos de elección. Estas decisiones están

directamente influidas por agentes sociales que contribuyen al fortalecimiento de una identidad personal, académica y profesional.

Para efectos de este protocolo de intervención, se comparte el concepto de proyecto de vida planteado por Baldivieso y Perotto (1995), quienes establecen que el proyecto de vida no se suscribe a períodos específicos, sino que es “la acción siempre abierta y renovada de superar el presente y abrirse camino hacia el futuro, a la conquista de sí mismo y del mundo en que se vive (...), es la realización de posibilidades que abre caminos, alternativas y proyectos nuevos”.

Definir un proyecto de vida implica tener las herramientas para proyectarse al futuro a través de ideas claras sobre lo que se pretende alcanzar o llegar a ser, con acciones enmarcadas en un sistema de valores y convicciones que permita, de forma organizada, caminar hacia la conquista de dichos ideales. El proyecto de vida es lo que una persona quiere hacer, son los deseos, sueños, ilusiones que se van construyendo y las decisiones que se van asumiendo.

En el proyecto de vida se plasman las expectativas que la persona tiene de sí misma y la autopercepción de sus habilidades, capacidades y limitaciones. Cabe recalcar que un elemento estructural con que debe contar cada adolescente para poder enrumbar sus sueños y expectativas hacia un fin último es la autonomía, que se construye con el aporte de los factores internos (personalidad, motivaciones, intereses y valores, entre otros) y los factores externos (escuela, grupo de pares y medio social, entre otros).

Por otro lado, al ser el proyecto de vida una "acción siempre abierta y renovada", es necesario tener la flexibilidad y la capacidad de análisis suficiente para reencauzar y modificar los planes en caso de que las circunstancias así lo requieran. Las metas a corto o mediano plazo sirven de guía en cualquier momento de la vida, independientemente de la edad, ya que favorecen el reconocimiento de actitudes y aptitudes (distinguir entre lo que se quiere y lo que puede hacer) y reconocer sus ideas y preocupaciones, y promover la criticidad y autonomía, la sensación de control sobre sus propias acciones, las limitaciones, virtudes y habilidades que les permite formular planes reales en función del contexto y definir estrategias para el logro de sus metas de vida.

Existen diferentes características que describen a los proyectos de vida. Parafraseando a Baldivieso y Perotto, se pueden identificar proyectos de vida abiertos, cerrados, a corto plazo, la largo plazo, dependientes, independientes, auténticos, inauténticos, coherentes, incoherentes, simples o complejos. En este escenario diverso de concebir el proyecto de vida, el género ha sido un factor determinante en su definición ya que se han establecido caminos diferenciados en función del sexo de cada persona.

Al respecto, muchas mujeres identifican como única meta de vida el ser madres y esposas, inhibiendo el deseo de construir adicionalmente metas profesionales y académicas. Por el contrario, los hombres tienden a ver el trabajo de cuidado del hogar como un espacio optativo y secundario, involucrando en dichas actividades exclusivamente al género femenino y, por ende, a una visión estereotipada de lo que implica el ser hombre o mujer. Por ello, es necesario que tanto hombres como mujeres puedan definir sus metas de vida independientemente de los roles de género socialmente establecidos y puedan decidir, de forma libre e informada, cómo compaginar sus objetivos de vida individual, social, laboral y profesional.

Diferentes estudios relacionan la influencia entre la existencia de un proyecto de vida y el deseo de realizarse personal y profesionalmente, con el retraso de la edad de inicio de las relaciones sexuales y el ejercicio de la maternidad o la paternidad. Las motivaciones personales y profesionales son un aliciente para retrasar el inicio de relaciones afectivas de pareja y, por ende, los embarazos no deseados.

Trabajar en el proyecto de vida implica trabajar en tres aprendizajes vitales importantes:

- **Aprender a anticiparse:** es la importancia de que cada persona aprenda a explorar (a sí misma y a su entorno) y de esta manera, construya su identidad personal y colectiva.
- **Aprender a construir proyectos:** implica que la persona aprenda a tomar decisiones y elabore un plan o un proyecto de sí misma.
- **Aprender a actuar:** se vincula con la realización, es decir, el desarrollo de competencias participativas relacionadas con futuras ocupaciones, acciones, decisiones o empleos e, incluso, de planificación del ocio y el tiempo libre.

Cuando una estudiante se encuentra en situación de embarazo, va a ser necesario que ella y el futuro padre se cuestionen sobre sus proyectos de vida, con el fin de tomar decisiones acordes con la nueva situación por la que atraviesan: qué y cómo continuar estudiando, cuáles son las expectativas laborales que les gustaría alcanzar, qué estilo parental quieren desarrollar (independientemente de que sean pareja o no), cómo compaginar los diferentes ámbitos de sus vidas con el ejercicio de la maternidad o la paternidad, con qué apoyo social cuentan, entre otras. Cabe recalcar que dichas reflexiones no tienen por objeto aplacar las expectativas de desarrollo personal; por el contrario, buscan apoyar en la consolidación de nuevas vías para alcanzar aquellos propósitos que pu-

dieron esbozarse en algún momento y que, por su condición de embarazo, simplemente podrían retardar su consolidación.

A su vez, trabajar el proyecto de vida durante el período de gestación, con un padre o una madre adolescentes, ayudará a despejar miedos, dudas e inquietudes con respecto a la maternidad y la paternidad, su futuro personal y proponerse metas alcanzables a corto y mediano plazos que faciliten la continuación de su proceso formativo.

Recomendaciones para potenciar la construcción de proyectos de vida

a. Personal directivo y docentes

- Incluir en el Proyecto Educativo Institucional (PEI) y en la planificación curricular la construcción del proyecto de vida como un tema transversal a la malla curricular.
- Trabajar la construcción de proyectos de vida en el salón de clase desde una edad temprana y favorecer espacios de autoconocimiento y toma de decisiones en la cotidianidad.
- Incluir actividades de clase que permitan el desarrollo de habilidades para la vida, como actividades grupales, de investigación y colaborativas, entre otras.
- De acuerdo con la edad, incluir en las tareas escolares, actividades reflexivas sobre lo aprendido, por ejemplo: en el deber de Matemática, solicitar a cada estudiante que responda: ¿Para qué me servirá en el futuro conocer lo realizado en la tarea? ¿En qué aspecto de mi vida personal podría utilizar lo aprendido en clase?
- Fortalecer las prácticas democráticas y participativas en el salón de clase, reconociendo las capacidades de liderazgo que poseen niños, niñas y adolescentes.
- Potenciar el funcionamiento de los círculos participativos de adolescentes en donde se aborden temas relacionados con la sexualidad y la prevención del embarazo y que, como consecuencia, realicen actividades que les permita aprender sobre sus derechos para ser responsables de su salud sexual y reproductiva.
- Brindar información sobre los diferentes estilos de vida a nivel personal y profesional, desmitificando estereotipos, prejuicios

y aportando a la deconstrucción de roles por género o pertenencia étnica y promoviendo la diversidad cultural.

- Coordinar con los equipos de los DECE la implementación de actividades formativas y lúdicas cuyo objetivo sea el autoconocimiento, el conocimiento de la realidad local, nacional e internacional y la toma de decisiones.
- Mantener un contacto sistemático con madres y padres de familia o representantes legales de las estudiantes y de los estudiantes, para fortalecer el rol de corresponsabilidad que cumplen las familias en la orientación de sus hijos e hijas, la educación en derechos, el cambio de patrones de género negativos, la transmisión de valores, la promoción del autoconocimiento, el aprendizaje de la toma de decisiones autónomas y el respeto a las decisiones que puedan tomar.

b. Profesionales de los DECE

- Coordinar con las autoridades y docentes la construcción de proyectos de vida de estudiantes desde una edad temprana basados en los derechos, y adaptarlos a las necesidades de sus estudiantes en función de su edad, etnia, género, discapacidad y contexto social. Además, deben ser sostenidos en el tiempo, con el fin de generar cambios en las actitudes del estudiantado.
- Implementar estrategias que permitan la identificación y el desarrollo de habilidades (como la comunicación, la capacitación en derechos para la toma de decisiones autónomas e informadas o la negociación) y valores (como el respeto, la confianza, la solidaridad, la responsabilidad, entre otros) de forma autónoma.
- Identificar y deconstruir estereotipos y prejuicios de género que sustentan situaciones de discriminación y exclusión.
- Establecer espacios de diálogo entre pares y con las respectivas familias, en donde se trabajen creencias, tabúes y patrones socioculturales respecto de la sexualidad y la construcción de proyectos de vida autónomos.
- Motivar y orientar a cada estudiante para que su proyecto de vida se centre en desarrollar habilidades sociales en función de sus potencialidades y definir metas personales, académicas y profesionales autónomas que le permita alcanzar el nivel de estudios y la actividad laboral que anhela.

- Utilizar metodologías lúdicas participativas y vivenciales que permitan construir aprendizajes basados en los enfoques de derechos y género, a partir de las propias experiencias y los imaginarios sociales adolescentes. Por ejemplo, analizar las letras de la música que escuchan: qué significan, cómo influyen en su pensamiento y comportamiento, con qué otro texto se podrían reemplazar para fomentar el respeto y los valores universales.

c. Madres y padres de familia y/o representantes legales

- Establecer reuniones periódicas con el equipo de docentes, para tener retroalimentación sobre el desarrollo y el avance académico de su hijo o hija, haciendo énfasis en la identificación de fortalezas y debilidades que deberán potenciarse desde el hogar.
- Asistir a talleres, conferencias o espacios de interacción que establezca la institución académica. Mientras más información se tenga sobre el proceso formativo, mayores herramientas tendrán a la hora de orientar la toma de decisiones de su hijo o hija.
- Hablar con su hija o hijo sobre el desarrollo sexual, utilizando palabras adecuadas sin sobrenombres o con un contexto alejado de la realidad.
- Estimular el trabajo colaborativo y la planificación de metas a corto o mediano plazos, por ejemplo: ahorrar para comprar algún bien que el joven o la joven requiera. El establecimiento de metas significativas permite fortalecer la visión de planificación y responsabilidad.
- No existen proyectos de vida estándar. Eso implica que cada joven tendrá una visión diferente de lo que implica el éxito o el cumplimiento de metas; por ello, no deben estigmatizarse o encasillarse conductas, denominándolas adecuadas e inadecuadas.
- Reflexionar con cada joven sobre aquellos aspectos propios de la vida, estimulando el análisis y la reflexión individual, por ejemplo: ¿Qué piensas sobre las amistades, los deportes, el descanso, la diversión, los estudios, la formación profesional, las relaciones familiares, la salud, el trabajo, los viajes, la vida social o el voluntariado, entre otros temas?
- Procurar no construir una barrera de protección entre el desarrollo individual y la realidad. El diálogo constante sobre los posibles problemas que viven las sociedades permitirá desarrollar una visión crítica de la realidad y, por ende, un mecanismo de autodefensa.

5

**Estrategias
de acompañamiento
en casos
de embarazo
en la niñez y
la adolescencia**

Una adolescente embarazada, una madre o un padre adolescente tienen derecho a continuar sus estudios. El sistema educativo debe brindar diferentes alternativas educativas y ofrecer espacios de acompañamiento oportuno para que la adolescente pueda continuar con el proceso de aprendizaje a la vez que empieza las etapas de gestación y maternidad. Si bien la probabilidad de deserción puede aumentar durante el embarazo o el ejercicio de la maternidad o la paternidad, en muchos casos esto se debe a que la comunidad educativa no ha implementado estrategias suficientes para que el adolescente o la adolescente pueda compaginar sus estudios con su maternidad o paternidad o para evitar la estigmatización o discriminación que pueden sufrir.

La escuela o el colegio puede y debe convertirse en un espacio de contención, apoyo y acompañamiento a estudiantes que se encuentran en situación de embarazo y maternidad o paternidad adolescente, a través de estrategias psicopedagógicas y de gestión institucional que faciliten a sus estudiantes la redefinición de su proyecto de vida y afronten los desafíos que encuentren en su desarrollo académico y personal.

El acompañamiento que se realice desde la institución educativa ante la detección de un embarazo adolescente se centrará en motivar a la adolescente o al adolescente a continuar vinculado en el sistema educativo, sostener un buen rendimiento académico que le permita concluir el proceso formativo, facilitando a su vez el acceso a servicios de salud y protección integral. Esto se logra a través de la **flexibilización horaria, la aplicación de adaptaciones curriculares y el abordaje, la intervención, la derivación y el seguimiento oportuno,** estrategias que

irán orientadas tanto a la persona en situación de embarazo, maternidad o paternidad y sus familias.

A continuación, se detallan las principales acciones que los actores de la comunidad educativa deben realizar frente a una situación de embarazo, maternidad o paternidad.

Tabla 2
Resumen de las acciones que la comunidad educativa debe realizar en el marco de una situación de embarazo, maternidad o paternidad

PERSONAL DEL DECE	Acompañar y brindar seguimiento psicosocial y académico al estudiante o la estudiante y a su familia.
	Asesorar a la comunidad educativa con respecto a las necesidades que requiere el estudiante o la estudiante.
	Informar a las autoridades y docentes de la situación y coordinar estrategias de apoyo.
PERSONAL DIRECTIVO	Garantizar la continuidad en el sistema educativo y facilitar el acceso a la salud integral, incluida la salud sexual y reproductiva y el ejercicio de su maternidad o paternidad.
DOCENTES	Apoyar y reforzar el proceso académico.
	Flexibilizar las actividades y formas de evaluación.
ESTUDIANTE	Continuar con los estudios formales.
	Justificar debidamente las inasistencias.
	Asistir a los controles médicos prenatales oportunamente.
FAMILIA	Apoyar al estudiante o a la estudiante en la continuación de sus estudios y su desarrollo integral, orientando y acompañando las decisiones que tome con respecto a su vida personal, académica y profesional.

Para personal directivo de las instituciones educativas

- Garantizar la permanencia de la estudiante o del estudiante en el sistema educativo coordinando la implementación de adaptaciones curriculares (**Anexo 2**) oportunas y necesarias a la condición de embarazo, maternidad y/o paternidad.
- No se exigirá el 85 % de asistencia a clases durante el año escolar, siempre que la causa de las inasistencias esté relacionada con la atención de la salud prenatal y posnatal, o el cuidado de la salud de su hijo o hija, y que estén debidamente justificadas. Se debe facilitar que el padre adolescente también acuda a los controles médicos que su pareja o que su hijo o hija requiera.

- Permitir que el uniforme escolar sea adaptado a las necesidades del embarazo y el uso de instalaciones seguras durante los recreos (por ejemplo, bibliotecas o aulas).
- Facilitar a la madre y el padre adolescentes, el cumplimiento de los controles prenatales y posnatales que se requieran, siempre que estén justificados con un certificado médico.
- Bajo responsabilidad del personal de salud que atiende el caso, se facilitará la inclusión y la participación de la adolescente en el Programa de atención educativa hospitalaria y domiciliaria, permitiendo que pueda recibir en casa los contenidos y materiales escolares durante el período de convalecencia u hospitalización.
- A su vez, se debe garantizar el derecho a la licencia por maternidad de 12 semanas y la licencia de paternidad de 10 días, tiempo en el que se facilitará la continuidad del ciclo académico mediante tutorías de seguimiento.
- En caso de que la estudiante lo solicite, se debe permitir y garantizar el derecho a amamantar a su hijo o hija para el beneficio biopsicosocial en su desarrollo, permitiendo tiempos diarios de hasta 2 horas durante 9 meses, tiempo que debe ser fijado previamente y registrado formalmente a la institución.
- Generar las facilidades (por ejemplo, espacio y permisos) para que la madre pueda dar de lactar a su hijo o hija, o extraerse oportunamente la leche y conservarla adecuadamente.
- Garantizar la ejecución de actividades participativas de promoción y prevención en beneficio de los derechos de adolescentes mujeres y hombres que se encuentran en esta situación.

Para docentes

- Realizar las respectivas adaptaciones curriculares (**Anexo 2**) que el estudiante o la estudiante requiera.
- Establecer un calendario académico flexible con la adolescente o el adolescente, que resguarde su derecho a la educación y facilite su permanencia y participación.
- Otorgar las facilidades necesarias para que la adolescente embarazada, la madre y el padre adolescentes puedan ser evaluados con normalidad en las asignaturas.

En caso de que durante el período de evaluación la adolescente no pueda asistir a clases por motivos médicos, se debe buscar una modalidad alternativa, flexibilizando los períodos de evaluación (por ejemplo, a distancia, por medio de otro tipo de pruebas o retrasar la fecha).

- No se debe exigir a la adolescente embarazada cumplir actividades físicas que, bajo recomendación médica, estuviera eximida de realizar. Por el contrario, sin una recomendación médica, no se debe excluir a la adolescente de la participación en actividades educativas (ferias, eventos, etc.), buscando la forma de garantizar su seguridad y protección durante su desarrollo.
- Mantenerse en comunicación frecuente con la familia de la adolescente o el adolescente para informar sobre el avance académico, las medidas de adaptación implementadas o los posibles signos o síntomas que alerten sobre algún problema, físico, emocional o social que pueda estar experimentando el adolescente o la adolescente.
- Evitar la discriminación o la emisión de juicios de valor inadecuados con respecto a la maternidad o la paternidad adolescente.
- Fortalecer la comunicación activa con el adolescente o la adolescente que permita consolidar un vínculo de apoyo dentro de la institución.
- El equipo docente debe fomentar la comunicación con el DECE, a fin de asegurar un trabajo en equipo en búsqueda de un mayor bienestar de sus estudiantes.

Para personal del DECE

a. Acompañamiento ante la detección de una situación de embarazo o paternidad

- Mantener un registro actualizado de adolescentes embarazadas, madres y padres en el sistema educativo, identificando si su condición fue producto de violencia sexual.
- Acoger a las estudiantes y los estudiantes en esta situación, señalando que el establecimiento apoyará su proceso educativo y flexibilizará las actividades y los procesos de evaluación (**Anexo 3**). Aclarar que el embarazo no imposibilita la ejecución y la finalización de metas.

- No se debe discriminar, estigmatizar o culpabilizar al adolescente o la adolescente por su embarazo ni por la condición de maternidad o paternidad.
- Escuchar sus miedos, dudas e inquietudes. Ofrecer la información que requiera a partir de fuentes fiables y basadas en evidencia científica por ejemplo, (Unfpa, Unesco, OMS) y dirigir a la persona para que hable con sus familiares y profesionales de salud.
- Acordar en conjunto una estrategia para informar a la familia de la situación, en caso de que aún no tenga conocimiento del hecho.
- Identificar las dificultades que podrían presentarse en la trayectoria de estudios y proponer alternativas de solución e identificar la red social de apoyo con que cuenta para fortalecer dichos vínculos
- Apoyar a la adolescente embarazada a comprender este proceso, indicando los diferentes cambios que tendrá su vida, por ejemplo, con su cuerpo, su estado de ánimo o sus relaciones interpersonales.
- Apoyar u orientar al futuro padre adolescente a comprender la responsabilidad que implica ser padre, los posibles retos que tendrá que experimentar y las experiencias positivas que la experiencia traerá consigo.
- Facilitar el descubrimiento de las habilidades y los recursos que posee la futura madre adolescente y al futuro padre adolescente e informar cómo estos influirán en el desarrollo de su hija o hijo.
- Coordinar con la instancia correspondiente del Ministerio de Salud con el objetivo de favorecer el acceso a la información que la adolescente o el adolescente requieran y realizar un adecuado seguimiento a los controles prenatales, control posparto y asesoría en anticoncepción. En este marco, definir una ruta coordinada y consensuada entre el servicio de salud y la adolescente sobre qué hacer en caso que la adolescente embarazada entre en labor de parto en la institución educativa.

b. Acompañamiento durante y después del embarazo

- Acompañar a la estudiante o al estudiante, promoviendo su participación y permanencia en la institución educativa, a través del apoyo socio emocional y académico requeridos.
- Cuando, a pesar de la intervención y el acompañamiento, la adolescente o el adolescente se retiran del sistema educativo, se debe realizar un adecuado seguimiento cuyo objeto será

identificar los motivos de la deserción, proponer alternativas a las dificultades identificadas y promover la reinserción escolar en las modalidades de educación ordinarias o extraordinarias. Para esto es importante realizar la visita domiciliaria.

- Cuando los adolescentes se convierten en padres y madres, es importante promover que las responsabilidades que conlleva cada rol se repartan equitativamente entre ambos, y que puedan ser compaginadas con la continuación de los estudios académicos. Por ejemplo, es importante facilitar que puedan asistir a las citas médicas y generar conciencia sobre la necesidad de que ambos se involucren.
- Definir y apoyar la construcción de proyectos de vida autónomos, fortaleciendo sus propias habilidades y capacidades y considerando las directrices establecidas en este documento.
- Promover hábitos de autocuidado durante y después del embarazo e identificar sus fortalezas y potencialidades.
- Identificar entidades públicas o privadas locales que brindan servicios de cuidado, salud, apoyo financiero e información relativa a la situación de maternidad paternidad y la prevención de embarazos subsecuentes.



c. Acompañamiento a las familias de estudiantes en situación de embarazo

- Realizar reuniones informativas con los familiares, para identificar estereotipos que puedan perjudicar el bienestar de la estudiante o el estudiante.
- Ofrecer información sobre las causas y consecuencias de un embarazo en la adolescencia y relacionarlas con la propia situación que vive la adolescente o el adolescente.
- Promover la corresponsabilidad de los familiares en los cuidados de salud que se necesitan, la importancia de que sus representados se mantengan en el sistema educativo y facilitar acuerdos en la repartición de roles y responsabilidades con respecto a la nueva situación familiar.
- Informar de los servicios de atención y protección disponibles en la localidad.
- Sensibilizar a los familiares sobre la importancia que tienen las decisiones del o la adolescente sobre su vida futura, en los ámbitos académico, profesionales y personal. Es importante informar sobre los riesgos que implica el obligar a establecer una unión formal con el padre/madre de su hijo o hija, sin que ellos lo deseen. Recordar que muchas veces, estas relaciones pueden sustentarse en contextos de violencia o el marco de relaciones de poder inequitativas.
- Organizar talleres, por medio de redes de apoyo posparto, para el cuidado de la salud del bebé en lo relacionado con la alimentación, la higiene y las rutinas, entre otros aspectos.
- Informar sobre los servicios de atención del Estado que brinda el Ministerio de Salud, el MIES y los centros infantiles del Buen Vivir, entre otros.

d. Orientación a docentes y personal directivo para fortalecer el abordaje de embarazos en estudiantes

- Realizar talleres de sensibilización con el objetivo de orientar sobre lo que implica ser padre o madre durante la adolescencia y el apoyo que requieren del equipo docente de la institución. Dicho espacio de sensibilización permitirá prevenir la deserción escolar o cualquier situación de violencia, abuso, discriminación o maltrato. Para esto, el DECE deberá considerar dentro de dicha actividad:

- Identificar estereotipos de género, clase social o étnica, en torno a la situación de embarazos en adolescentes y confrontarlos con datos e información.
- Informar sobre las causas y consecuencias de un embarazo en adolescentes de manera objetiva, compartiendo la responsabilidad entre toda la sociedad.
- Informar sobre las consecuencias legales establecidas en el Código Orgánico Integral Penal de Ecuador en relación con abusos sexuales, violaciones y estupro.
- Identificar actitudes negativas hacia adolescentes que incidan en estigmatizar o discriminar a la joven o el joven.
- Sensibilizar a docentes con el fin de que no se impida el derecho a la salud al prohibir las faltas a clases o incidir en las calificaciones por este motivo.
- Asesorar al equipo docente de las adaptaciones pedagógicas que la estudiante o el estudiante requiera para que pueda asistir a las atenciones médicas correspondientes, que serán justificadas por medio del correspondiente certificado, sin que esto afecte su desempeño académico (actividades para casa, tutorías o trabajos académicos, entre otras).
- Asesorar al equipo docente acerca de las adaptaciones de espacio que requieren el embarazo y la lactancia dentro de las aulas o en otros espacios de la institución.
- Orientar sobre las necesidades que puede tener una estudiante embarazada durante su proceso de gestación (por ejemplo, la necesidad de alimentarse, de ir al baño continuamente y contar con espacios de ocio protegidos) y durante el ejercicio de la maternidad o la paternidad adolescente.
- Establecer acciones estratégicas coordinadas e intersectoriales para garantizar una protección especial a las niñas menores de 14 años embarazadas, por ser consecuencia de una situación de violencia sexual.

6 Sexualidad, embarazo adolescente y discapacidad

Como se ha revisado en temas anteriores, la educación sexual *transversaliza* la interrelación que tienen todos los seres humanos con su medio familiar y social, esto implica que todas las personas tenemos los mismos derechos sexuales y reproductivos, independientemente de la condición física o cognitiva que presentemos.

En ese sentido, es necesario comprender que una persona con discapacidad vive sus derechos sexuales y reproductivos conforme a sus experiencias, habilidades y expectativas desarrolladas, y, como las demás personas, tienen necesidades de amor, placer y ternura.

Existe un variado espectro de discapacidades que dictaminan la vivencia y el ejercicio de la sexualidad, por lo que las acciones de orientación y asesoría deben adecuarse a las necesidades de cada persona, considerando que el objetivo es el desarrollo de una sexualidad sana, autónoma y responsable. La discapacidad no necesariamente afecta el deseo sexual de una persona, pero sí podría incidir en las habilidades de comunicación y la imagen de sí mismo, resultando un factor condicionante de la vida emocional y sexual. En este sentido, es preciso adaptar el contenido, el lenguaje y las metodologías educativas conforme el nivel de comprensión en casos de discapacidad cognitiva o en función de las necesidades que tienen los estudiantes con discapacidad física.

Para esto, es necesario que, además de las directrices de acompañamiento antes citadas, equipos docentes y de los DECE puedan trabajar en:

- Hablar con el adolescente o la adolescente acerca del futuro y ayudarles a proponerse metas y alcanzar objetivos.
- Aprovechar cualquier oportunidad de diálogo para estimularles a tomar sus propias decisiones.

- Demostrarles que conocen sus habilidades y posibilidades.
- Trabajar con el resto del grupo de estudiantes en comprender que las discapacidades físicas, intelectuales o psicosociales no son barreras para constituir proyectos de vida orientados a la profesión, la familia o el trabajo.
- Es importante mantener la sinceridad y hablar con naturalidad, dirigiéndose siempre directamente al adolescente o a la adolescente. Evitar pensar que no van a comprender. Las explicaciones simples, concretas, y oportunas contribuyen a fortalecer una visión adecuada de lo que implica la sexualidad y, por ende, la prevención de embarazos.
- Todos los niños y niñas o adolescentes con discapacidades necesitan informarse acerca de las relaciones sexuales, las formas de prevenir un embarazo y las infecciones de transmisión sexual. En relación con el embarazo, es necesario explicarles cómo funcionan los cuerpos del hombre y de la mujer, en qué consiste la fertilidad y de qué manera se produce un embarazo.
- Los niños, niñas y adolescentes con discapacidad también son altamente vulnerables al abuso sexual. Puede ocurrir que, por aislamiento, dificultades para comprender las intenciones de otras personas o baja autoestima, se vean inducidos o coercionados a realizar prácticas sexuales. Es muy importante mostrarles cómo reconocer aquello que no les gusta o les hace sentir mal y a no tener miedo a decir que no.

Adicionalmente, el personal DECE puede aportar en la asesoría para una paternidad y una maternidad responsables de sus deberes:

- Asistir a controles de embarazo, postparto y de su hijo o hija en el centro de salud familiar.
- Justificar oportunamente los controles de embarazo y de infante con el carné de control de salud o el certificado médico.
- Justificar oportunamente las inasistencias a clases por problemas de salud, con certificados médicos, y mantener informado al equipo docente.
- Asistir a clases de Educación Física o los programas psicoprofilácticos —que se adaptarán por sugerencia del DECE—, preparto y de rehabilitación y fortalecimiento posparto.
- Realizar todos los esfuerzos para que la estudiante termine su año escolar, asista a clases y cumpla con el calendario de evaluaciones, en función de su condición de embarazo.



7 **Protocolo de actuación frente a embarazos en la niñez y la adolescencia**



Recuerde que:

- El embarazo en menores de 14 años de edad **siempre** está vinculado a la violencia sexual y necesita un abordaje intersectorial.
- En caso de embarazo por violencia sexual, es importante activar la respectiva ruta intersectorial de protección integral.
- En ningún caso, la estudiante o el estudiante debe ser excluido del sistema nacional de educación.
- Siempre se deben garantizar sus derechos y los de su hija o hijo.
- Es importante mantener una actitud profesional que demuestre respeto ante la detección de un embarazo y no discriminar o emitir cualquier prejuicio que atente a la integridad del o de la estudiante.
- Es necesario resguardar el derecho a la intimidad y la dignidad del o de la estudiante y no exponer a personas no autorizadas las medidas que se están implementado.

Detección

- Si una persona de la comunidad educativa identifica que una estudiante se encuentra embarazada o que un estudiante va

a ser padre, se debe informar inmediatamente al personal del DECE para que proceda a realizar una intervención. En caso de que la institución educativa no cuente con este servicio, informar al docente tutor o docente tutora, recordando la importancia de resguardar la confidencialidad de las personas implicadas. Igualmente, cada estudiante en esta situación puede acudir por sus propios medios al DECE, ante lo cual el profesional debe brindar una escucha activa para generar confianza.

- El personal del DECE determinará el momento oportuno para abordar a la estudiante o el estudiante implicado e iniciar la valoración pertinente. La ayuda que puede brindar de acuerdo con sus competencias es la de orientación, consejería e intervención en crisis, si es que alguno de los casos lo ameritara.
- Si existiera una emergencia médica con la estudiante embarazada o un desconocimiento de su estado gestacional, se debe informar a las autoridades de la institución, el personal del DECE y a los familiares de la estudiante y coordinar inmediatamente con el establecimiento de salud más cercano para su traslado.
- Es importante identificar la edad de la estudiante y la edad del padre para descartar indicios o presunciones de un embarazo producto de violencia sexual (**Anexo 4**). Recuerde que cuando es **un embarazo en niñas menores de 14 años, este hecho se considera un acto de agresión sexual y, por tanto, se procederá de acuerdo con el Protocolo de actuación ante situaciones de violencia cometidas o detectadas en el ámbito educativo** (Capítulo 6 del documento, Ministerio de Educación, 2017) y **se tendrá que elaborar el informe del hecho de violencia (Anexo 5) y poner la denuncia respectiva en Fiscalía.**

Intervención

- El personal del DECE debe llevar a cabo una valoración de la situación familiar, social y psicológica del estudiante o de la estudiante que se encuentra en situación de embarazo, maternidad o paternidad, e identificar los factores de riesgo y protección. Según la información obtenida, **se planificará una estrategia de atención**, siguiendo los lineamientos establecidos en el *Modelo de Funcionamiento de los Departamentos de Consejería Estudiantil* (Ministerio de Educación, 2016). Recuerde que el personal del DECE no debe realizar procesos

de psicoterapia, pero sí es su responsabilidad brindar apoyo, contención y acompañamiento a cada estudiante y su familia.

- Para implementar una intervención adecuada dentro del contexto educativo, a continuación, se detalla el enfoque GATHER²¹, que ha demostrado ser eficiente al momento de atender e intervenir situaciones con adolescentes.

Tabla 3
Pasos de atención del enfoque GATHER

SALUDE	Garantice la privacidad	Explique la confidencialidad y sus límites	Lo ideal es entrevistar al estudiante o a la estudiante solo y preguntarle lo que prefiera
PREGUNTE	Indague sobre el comportamiento de la familia, la escuela, los pares (amistades) y la pareja	Utilice preguntas abiertas	Utilice la escucha activa
DIGA	Enfatice en la importancia de construir proyectos de vida	Evite utilizar la palabra <i>deberías</i>	Diga <i>me permites</i> antes de dar asesoría
AYUDE	Use ayudas visuales para discutir las opciones	Pregunte cuál es su decisión luego de la información	Revise y oriente a la definición de un plan de acompañamiento con cada estudiante
EXPLIQUE	Resuma las opciones	Repita la información	Verifique si el estudiante entendió lo tratado
ACUERDE UN NUEVO ENCUENTRO	Dé mensajes cortos y concisos	Use eventos y fechas especiales para facilitar el seguimiento	Use recordatorios para concretar el nuevo encuentro (llamadas telefónicas, comunicados a través del docente tutor o tutora)

Adaptado de: Ministerio de Salud Pública (2014). *Salud de adolescentes. Guía de Supervisión*. Quito: Dirección Nacional de Normatización.

- El personal del DECE o el docente tutor o tutora (en caso de no contar con el profesional del DECE) debe **promover y facilitar el acceso al servicio de salud** mediante asesoría y generar espacios de diálogo con sus estudiantes que se encuentren en situación de embarazo o en el ejercicio de la maternidad o la paternidad.
- El personal directivo, el docente tutor o la docente tutora y el personal del DECE deben **coordinar actividades de tutoría y refuerzo académico y realizar el acompañamiento a la persona, con el fin de facilitar su permanencia en clases**.
- El personal del DECE debe orientar a la estudiante o al estudiante sobre otras instancias que puedan informar y resolver dudas

²¹ Rinehart, Rudy S. y Drennan, M. (1998). *GATHER: guide to counseling*. Baltimore: Population Report. (48): 1-31.

con respecto al embarazo y las posibilidades de parto y crianza (MSP, MIES u ONG relacionadas, entre otras instituciones).

Derivación

- En caso de que el embarazo sea fruto de una situación de violencia sexual (cuando la estudiante es menor de 14 años) se debe seguir lo establecido en el *Protocolo de actuación ante situaciones de violencia cometidas o detectadas en el ámbito educativo* (Capítulo 6 del Protocolo de actuación ante casos de violencia sexual detectada o cometida en el ámbito educativo, Ministerio de Educación, 2017).
- El personal del DECE debe coordinar con la entidad correspondiente del MSP, para que la estudiante acceda al servicio de salud y reciba la atención pertinente. Además, debe acompañar y monitorear para que la niña o adolescente cuente con las condiciones necesarias en cuanto a los cuidados preparto, puerperio y asesoría posterior al evento obstétrico. Finalmente, velará por que desde el sistema educativo se faciliten las condiciones necesarias para garantizar a la estudiante su acceso efectivo a las mencionadas prestaciones.



- En caso de requerirlo, el personal del DECE podrá identificar alternativas locales de cuidado del hijo o la hija, mientras el estudiante o la estudiante se encuentre en la institución educativa.
- En caso de haber identificado situaciones de vulneración de derechos, el personal directivo debe informar a la Junta Cantonal de Protección de Derechos o a las unidades de justicia competentes, por medio del informe de hecho (**Anexo 5**) realizado por el personal del DECE.

Seguimiento

1. El personal directivo, en conjunto con el personal del DECE y el equipo docente, debe garantizar que la madre y el padre adolescentes se mantengan en el sistema educativo, motivándoles a construir proyectos de vida personales, libres y autónomos.
2. El personal del DECE o el docente tutor o tutora (en caso de no contar con profesionales del DECE) debe brindar acompañamiento y seguimiento oportuno, facilitando y promoviendo que el estudiante o la estudiante accedan a los servicios de salud pública.
3. El personal del DECE o la docente tutora o tutor (en caso de no contar con representación del DECE), podrá asesorar y promover el desarrollo de habilidades para la crianza durante el ejercicio de la maternidad y la paternidad.



8

Referencias bibliográficas

- Baldivieso, Laura y Perotto, Carlo (1995). “Prevención y proyecto de vida”. En *La salud de adolescentes y del joven*. Publicación científica N° 552. Washington: Organización Panamericana para la Salud.
- Banco Mundial (2011). *Embarazo adolescente y oportunidades en América Latina y el Caribe. Sobre las decisiones de fecundidad adolescente, la pobreza y los logros económicos*.
- Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (2011). *Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe*. Perú.
- Gómez, Virginia (2015). *Vidas robadas, situación de la maternidad forzada en niñas del Ecuador*. Fundación Desafío.
- Gómez, Pío, Molina, Ramiro y Zamberlin, Nina (2013). *Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe*. Flasog.
- Guijarro, Susana (s. f.). *Plan nacional de prevención de embarazo en adolescentes en Ecuador*.
- Ministerio de Educación (2015). *Caja de herramientas para la inclusión educativa. Material para administradores de distritos y circuitos*. Recuperado de https://www.unicef.org/ecuador/CAJA_DE_HERRAMIENTAS_OPT.pdf.

- Ministerio de Educación (2015). *Instructivo para la evaluación y promoción de estudiantes con Necesidades Educativas Especiales*. Recuperado de http://www.educarecuador.gob.ec/anexos/ayuda/sasre/instructivo_de_evaluacion_de_estudiantes_con_nee.pdf.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Unfpa, Instituto de Salud Pública de México, Sendas y Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (2017). *Estudio de costos de omisión en salud sexual y reproductiva de Ecuador*.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (s. f.). *Guía de prevención del embarazo en la adolescencia*. Guatemala.
- Ministerio de Salud y Protección Social (s. f.). *Determinantes sociales del embarazo en menores de 15 años*. Colombia.
- Ministerio de Salud Pública (2014). *Salud de adolescentes. Guía de supervisión*. Quito: Dirección Nacional de Normatización. Recuperado de <http://salud.gob.ec>.
- Naciones Unidas (1994). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. El Cairo.
- Noguera, Norma y Alvarado, Herly (2012). *Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería*.
- Organismo Regional Andino de Salud (s. f.). *Plan andino de prevención del embarazo en la adolescencia*. Recuperado de <http://www.planandino.org/portal/?q=node&page=6>.
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias*.
- Plan Internacional (2014). *Por ser niña: el estado mundial de las niñas, 2014. Camino hacia el poder: Crear un cambio sostenible para las adolescentes*.
- Salinas, Silvia; Castro, María y Fernández, Claudia (2014). *Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes*. Plan-Unicef.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (Unfpa) (2007). *Tu cuerpo, tu sexualidad, tus derechos... Guía sobre salud sexual y reproductiva*. Argentina.

- Fondo de Población de las Naciones Unidas (Unfpa) (2013). *El Estado de la Población Mundial 2013. Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes.*
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (Unfpa) (2011). *Parte de la vida: material de apoyo sobre educación sexual y discapacidad para compartir en familia.* Uruguay.
- Varea, Soledad (2008). *Maternidad adolescente: entre el deseo y la violencia.* Quito: Flacso, Sede Ecuador.
- Velasco, Margarita; Álvarez, Soledad; Carrera, Gioconda y Vásconez, Alison (2014). *La niñez y adolescencia en el Ecuador contemporáneo.* Quito: Observatorio Social del Ecuador. Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional.

9 Anexos

Anexo 1: Marco legal

A continuación, se describe el marco legal (constitucional, legal y normativo) que sustenta la aplicación de los lineamientos dispuestos en el presente documento.

a. Convención sobre los Derechos del Niño

Ecuador es suscriptor de este instrumento legal, por lo tanto, debe tomarse en cuenta el artículo 34 que manifiesta “los Estados partes tomarán todas las medidas de carácter nacional, bilateral y multilateral que sean necesarias para impedir el secuestro, la venta o la trata de niños para cualquier fin o en cualquier forma.

- La incitación o la coacción para que un niño se dedique a cualquier actividad sexual ilegal
- La explotación del niño en la prostitución u otras prácticas sexuales ilegales
- La explotación del niño en espectáculos o materiales pornográficos”.

b. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD)

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, que se realizó en 1994 en El Cairo (Egipto), se convirtió dentro de la lucha por la defensa de los derechos de las mujeres, en un hito histórico, en particular en el ámbito de la salud, al incluir la salud reproductiva y establecer

que la salud es “un proceso y un derecho ciudadano”. Los derechos reproductivos fueron legitimados y se establecieron medidas para que la capacidad de decisión en aspectos de salud reproductiva sea posible, con especial énfasis en el acceso universal a servicios de salud reproductiva y planificación familiar y la atención a las necesidades cambiantes en materia de salud.

c. Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)

El artículo 11 indica que “a fin de impedir la discriminación contra la mujer por razones de matrimonio o maternidad y asegurar la efectividad de su derecho a trabajar, los Estados parte tomarán medidas adecuadas para: a) prohibir, bajo pena de sanciones, el despido por motivo de embarazo o licencia de maternidad y la discriminación en los despidos sobre la base del estado civil [...]; d) prestar protección especial a la mujer durante el embarazo en los tipos de trabajo que se haya probado que puedan resultar perjudiciales para ella”.

El artículo 16 de la Convención, en su numeral 1, establece: “Los Estados parte adoptarán todas las medidas adecuadas para eliminar la discriminación contra la mujer en todos los asuntos relacionados con el matrimonio y las relaciones familiares y, en particular, asegurarán los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos [...]” (literal e).

d. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém Do Pará”

En su artículo 9, manifiesta que “para la adopción de las medidas a que se refiere este capítulo, los Estados parte tendrán especialmente en cuenta la situación de vulnerabilidad a la violencia que pueda sufrir la mujer en razón, entre otras, de su raza o de su condición étnica, de migrante, refugiada o desplazada. En igual sentido, se considerará a la mujer que es objeto de violencia cuando está embarazada, es discapacitada, menor de edad, anciana o está en situación socioeconómica desfavorable o afectada por situaciones de conflictos armados o de privación de su libertad”.

e. Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes

Establece que “la educación sexual se impartirá en todos los niveles educativos y fomentará una conducta responsable en el ejercicio de la sexualidad, orientada a su plena aceptación e identidad, así como, a la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, el VIH (sida), los

embarazos no deseados y el abuso o la violencia sexual” (artículo 23, numeral 2).

f. Constitución de la República del Ecuador

Este documento garantiza en diversas áreas los derechos de las mujeres y consagra el principio de igualdad y no discriminación por motivos de género, que son los ejes transversales de todo el texto constitucional y la base de su accionar político.

También establece que el Estado ecuatoriano es constitucional, social y democrático, de derechos y justicia (art. 1); y debe garantizar el efectivo goce de esos derechos y de aquellos establecidos en los instrumentos internacionales (en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes) sin discriminación alguna (art. 3). El artículo 11 establece la garantía constitucional de aplicabilidad directa e inmediata de los derechos humanos.

El artículo 32 de la Carta Magna manifiesta que “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 [...] y al acceso permanente y oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de la salud sexual y salud reproductiva [...]”.

La Constitución de la República del Ecuador garantiza el derecho a vivir una vida libre de violencia desde una perspectiva integral de prevención, protección, garantía, restitución y reparación del derecho, en todos los ámbitos. En este sentido, el artículo 35 de la Norma Suprema establece que “las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas ... recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado”.

Además, el artículo 43 señala que “el Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en período de lactancia los derechos a:

- No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral
- La gratuidad de los servicios de salud materna
- La protección prioritaria y el cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto
- Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el período de lactancia

Por su parte en el artículo 66, numeral 10, se reconoce y garantiza a las personas “el derecho a tomar decisiones libres, responsables e informadas sobre su salud y vida reproductiva y a decidir cuándo y cuántas hijas e hijos tener”, asimismo, en el artículo 363, literal 6, se tipifica que el Estado será responsable de “asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, el parto y el posparto”.

g. Ley Orgánica de Educación Intercultural

En el artículo 3, en el literal e, dentro de los fines de la educación, manifiesta “la garantía del acceso plural y libre a la información sobre la sexualidad, los derechos sexuales y los derechos reproductivos para el conocimiento y ejercicio de dichos derechos bajo un enfoque de igualdad de género, y para la toma libre, consciente, responsable e informada de las decisiones sobre la sexualidad”.

En la misma Ley, el artículo 7, en el literal p, dentro de los Derechos de los estudiantes, manifiesta “no ser sancionados por condiciones de embarazo, maternidad o paternidad, y recibir el debido apoyo y atención en lo psicológico, académico y lo afectivo para culminar sus estudios y acompañar un proceso de maternidad y paternidad saludable”.

h. Reglamento de la LOEI

En su artículo 234, manifiesta las condiciones de vulnerabilidad de las personas que se encuentran en el sistema educativo. El numeral 10 señala que una de las situaciones es “ser menores en condiciones de embarazo [...]”.

i. Código de la Niñez y la Adolescencia

En el artículo 6 se manifiesta que “todos los niños, niñas y adolescentes son iguales ante la ley y no serán discriminados por causa de su nacimiento, nacionalidad, edad, sexo, etnia; color, origen social, idioma, religión, filiación, opinión política, situación económica, orientación sexual, estado de salud, discapacidad o diversidad cultural o cualquier otra condición propia o de sus progenitores, representantes o familiares [...]”.

El artículo 25 tipifica, en relación a la atención al embarazo y al parto, que “el poder público y las instituciones de salud y asistencia a niños, niñas y adolescentes crearán las condiciones adecuadas para la atención durante el embarazo y el parto, a favor de la madre y del niño o la niña, especialmente tratándose de madres adolescentes y de niños o niñas con peso inferior a dos mil quinientos gramos”.

El artículo 41, literal 4, prohíbe a los establecimientos educativos la aplicación de “medidas que impliquen exclusión o discriminación por causa

de una condición personal del estudiante, de sus progenitores, representantes legales o de quienes lo tengan bajo su cuidado. Se incluyen en esta prohibición las medidas discriminatorias por causa de embarazo o maternidad de una adolescente...”.

En el artículo 50 del Código en mención, se manifiesta que “niños, niñas y adolescentes tienen derecho a que se respete su integridad personal, física, psicológica, cultural, afectiva y sexual. No podrán ser sometidos a torturas, tratos crueles y degradantes”.

j. Código Orgánico Integral Penal

El Código Orgánico Integral Penal ecuatoriano, COIP, establece los siguientes artículos relacionados:

- El artículo 150 establece dos causales bajo las cuales el aborto es no punible: 1) si se ha practicado para evitar un peligro para la vida o la salud de la mujer embarazada y si este peligro no puede ser evitado por otros medios, y 2) si el embarazo es consecuencia de una violación en una mujer que padezca de discapacidad mental.
- El artículo 166 señala, en relación al acoso sexual, lo siguiente: “la persona que solicite algún acto de naturaleza sexual, para sí o para un tercero, prevaliéndose de situación de autoridad laboral, docente, religiosa o similar, sea tutora o tutor, curadora o curador, ministros de culto, profesional de la educación o de la salud, personal responsable en la atención y cuidado del paciente o que mantenga vínculo familiar o cualquier otra forma que implique subordinación de la víctima, con la amenaza de causar a la víctima o a un tercero un mal relacionado con las legítimas expectativas que pueda tener en el ámbito de dicha relación, será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años”. Indicando, además, como agravante, el hecho de que la víctima sea menor de dieciocho años de edad o persona con discapacidad o cuando la persona no pueda comprender el significado del hecho o por cualquier causa no pueda resistirlo.
- Se considera estupro (artículo 167) cuando “la persona mayor de dieciocho años que, recurriendo al engaño, tenga relaciones sexuales con otra, mayor de catorce y menor de dieciocho años, y será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años”.
- En relación al delito de violación el artículo 171, en su numeral 6, especifica que será considerado este delito cuando la víctima sea

menor de catorce años, teniendo en cuenta además los siguientes agravantes:

- La víctima, como consecuencia de la infracción, sufre una lesión física o un daño psicológico permanente
 - La víctima, como consecuencia de la infracción, contrae una enfermedad grave o mortal
 - La víctima es menor de diez años
 - La o el agresor es tutora o tutor, representante legal, curadora o curador o cualquier persona del entorno íntimo de la familia o del entorno de la víctima, ministro de culto o profesional de la educación o de la salud o cualquier persona que tenga el deber de custodia sobre la víctima
 - La agresora o el agresor es ascendiente o descendiente o colateral hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad
 - La víctima se encuentre bajo el cuidado de la agresora o el agresor por cualquier motivo
- El artículo 175, relacionado con las Disposiciones comunes a los delitos contra la integridad sexual y reproductiva, señala en el numeral 5: “en los delitos sexuales, el consentimiento dado por la víctima menor de dieciocho años de edad es irrelevante”.

k. Ley Orgánica de Salud

En este contexto, actualmente Ley Orgánica de Salud, en su artículo 6, establece que “es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública [...] formular e implementar políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo con el ciclo de vida que permitan la vigencia, respeto y goce de los derechos, tanto sexuales como reproductivos, y declarar la obligatoriedad de su atención en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera”.

El artículo 7 estipula que toda persona, sin discriminación por motivo alguno, en relación a la salud, tiene derecho al d) “respeto a su dignidad, autonomía, privacidad e intimidad; a su cultura, sus prácticas y usos culturales; así como a sus derechos sexuales y reproductivo [...]”.

I. Normas y protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida

En el capítulo III de la salud sexual y la salud reproductiva destaca: [...] “Art. 27. El Ministerio de Educación, en coordinación con la autoridad sanitaria nacional, con el organismo estatal especializado en género y otros competentes, elaborará políticas y programas educativos de implementación obligatoria en los establecimientos de educación a nivel nacional, para la difusión y orientación en materia de salud sexual y reproductiva, a fin de prevenir el embarazo en adolescentes, el VIH-sida y otras afecciones de transmisión sexual, el fomento de la paternidad y maternidad responsables y la erradicación de la explotación sexual; y, asignará los recursos suficientes para ello”.

m. Plan Nacional para el Buen Vivir

Dentro de las políticas estratégicas se establecen las siguientes:

- Política 3.5.: “Garantizar el acceso efectivo a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, como un componente del derecho a la libertad sexual de las personas [...]”. Literal e: “Impulsar acciones de prevención del embarazo adolescente e implementar estrategias de apoyo integral a madres y padres adolescentes, así como a sus familias [...]”. Literal f: “Generar protocolos y demás herramientas para la atención integral del embarazo adolescente [...]”.
- Política 4.4.: establece que es necesario “mejorar la calidad de la educación en todos sus niveles y modalidades, para la generación de conocimiento y la formación integral de personas creativas, solidarias, responsables, críticas, participativas y productivas, bajo los principios de igualdad, equidad social y territorialidad [...]”. Literal g: “Impartir de manera especializada para cada edad y género la educación en derechos sexuales y reproductivos, con enfoque laico y con pertinencia cultural, de manera obligatoria para instituciones públicas y privadas y a través de diversos mecanismos [...]”.

n. Plan Multisectorial de VIH/sida 2015-2020

El Plan Nacional Concertado de Salud 2007-2020 (2007) es el instrumento de gestión y de implementación de políticas de salud. Se basa en los compromisos que el Estado ha asumido en materia de salud, en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en las prioridades de salud que fueron determinadas en el Acuerdo Nacional del año 2002 y en el Acuerdo de Partidos Políticos en Salud realizado el año 2006. El plan prioriza dentro de los problemas sanitarios la mortalidad materno-infantil y la alta preva-

lencia de enfermedades transmisibles como VIH- sida, planteándose dentro de los objetivos sanitarios nacionales para el período 2007-2020 reducir la mortalidad materno-infantil y controlar las enfermedades transmisibles como VIH sida.

Esta normatividad relacionada con las ITS y el VIH sida está en marcada dentro del ámbito internacional, nacional y regional, la misma es de fiel cumplimiento.

ñ. Agenda Social al 2017

- Estrategia 7.4. Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes. “El embarazo de adolescentes presenta riesgos debido a las repercusiones que tiene sobre la salud y educación de la madre, las secuelas psicosociales sobre el proyecto de vida de las y los jóvenes, y las posibles negligencias en el cuidado de las niñas y niños producto de los embarazos no deseados”.

Anexo 2: Adaptaciones curriculares para estudiantes en condición de embarazo

La condición de embarazo en una estudiante es considerada una situación de vulnerabilidad según el artículo 234 del Reglamento General de la Ley Orgánica de Educación Intercultural, por lo cual es susceptible de recibir un trato preferencial con el fin de garantizar la permeancia en el sistema educativo, tal como lo establece el artículo 235 del mismo reglamento.

Durante los períodos de gestación, cuidados posparto y ejercicio de la maternidad o la paternidad, la estudiante o el estudiante van a presentar necesidades educativas especiales no asociadas a discapacidad, relacionadas con el acceso y el rendimiento escolar, para las cuales debe recibir atención oportuna, según lo estipulado en el artículo 229, a través de la implementación de diferentes estrategias de enseñanza-aprendizaje y apoyo a lo largo de la escolarización.

En cumplimiento con lo antes mencionado, se deben establecer las adaptaciones curriculares necesarias para dar respuesta a la necesidad educativa específica de estudiantes en situación de embarazo. Las adaptaciones curriculares de grado 1 y grado 2 facilitan el acceso a los aprendizajes, de modo que estudiantes del mismo nivel educativo puedan rendir las mismas pruebas elaboradas. Quienes presenten mayores dificultades, podrán acceder a adaptaciones curriculares de grado 3 o significativas, que deben estar bien sustentadas y justificadas, dando la posibilidad de que rindan las pruebas diferenciadas o su proceso de evaluación académico sea diferenciado, tal como lo plantea el Instructivo de evaluación para estudiantes con NEE (Ministerio de Educación, 2016).

a. Aplicación de adaptaciones curriculares para estudiantes en condición de embarazo

Para la elaboración de las adaptaciones curriculares, deben tomarse en cuenta los siguientes aspectos:

- Atendiendo a los principios de normalización y significatividad, el diseño de una adaptación debe intentar ir de fuera hacia adentro, es decir, la primera opción a tener en cuenta para subsanar las dificultades será a través de adaptaciones de grado 1, a continuación las de grado 2 y en última opción se deberán implementar adaptaciones de grado 3, para así evitar las adaptaciones en el diseño del currículo.
- Determinar las condiciones que deben darse para que los distintos elementos del proyecto institucional y sus componentes curriculares respondan a la diversidad del estudiantado.

- Evaluación de los elementos de acción educativa de la institución en función de las condiciones de respuesta.
 - Características del contexto socio-cultural en que la institución se encuentre
 - Características de cada estudiante (tomar en cuenta que un estudiante o una estudiante en condición de embarazo será, a futuro, padre o madre)
 - Características de los recursos de la institución educativa
 - Características de la propuesta curricular establecida para el año lectivo en curso
- Toma de decisiones sobre las adaptaciones para responder a la necesidad de la estudiante o del estudiante en condición de embarazo.
- Ejecución de las adaptaciones curriculares y evaluación del proceso de adaptación.

b. Adaptación curricular grado 1

Las adaptaciones de grado 1 son aquellas modificaciones que se realizan en el espacio, recursos o materiales, infraestructura y tiempo que requiere el estudiante o la estudiante para realizar una determinada tarea.

- **Personas involucradas:** docente titular, personal del DECE, equipo de la UDAI
- **Recursos espaciales:** adaptar las condiciones físicas de acceso (iluminación, rampas, señales visuales y estructuras arquitectónicas), establecer la planificación en tiempos considerando los períodos: gestante, maternal y de lactancia, según el calendario académico
- **Seguimiento:**
 - El personal del DECE debe realizar el seguimiento del caso, estableciendo reuniones periódicas para brindar contención emocional al estudiante o a la estudiante y la familia
 - Se deben realizar reuniones entre el personal del DECE, el equipo docente y el personal directivo para establecer las estrategias escolares y revisar las adaptaciones curriculares vigentes

- Crear redes de apoyo para asistencia oportuna entre instituciones como unidades de salud, unidades de cuidados infantiles (guarderías) y fundaciones de apoyo socioeconómico
- **Recursos para la comunicación:** a través de un programa de estudio en casa para adolescentes (si se tratara de una adolescente que está en reposo en cama o cerca del final de su embarazo, es posible que no pueda asistir a las clases regulares), entrega de tareas mediante una persona representante y tutor o tutora asignada, envío de tareas y trabajos por medio de correo electrónico, establecimiento de un cronograma de trabajos anticipados o para entrega posterior, entre otras estrategias
- **Recursos materiales:** materiales adaptados para mejorar la funcionalidad de la estudiante o el estudiante, por ejemplo, modificaciones al uniforme, la silla o el pupitre del aula de clase

c. Adaptación curricular grado 2

Avanzando al siguiente nivel, el primer elemento básico del currículo que debe abordarse es el de estrategias metodológicas, donde la modificación más ligera es intentar una disminución en la dificultad de las actividades, sin modificar su naturaleza ni su mecánica. De allí en adelante, la necesidad puntual será la que determine la parte de la metodología que es necesario cambiar, llegando incluso al caso de tener que sustituir una actividad por otra o aplicar una metodología diferente para algún contenido. En este nivel se incluye la variable de las características del estilo de aprendizaje de cada estudiante. De hecho, esas características son, en este tipo de adaptaciones, el elemento referencial para el diseño de la adecuación a la metodología. Es importante, además, tener presente que al modificar parte o la totalidad del componente metodológico y de actividades de la enseñanza, se deberán también realizar las adecuaciones correspondientes al sistema de evaluación.

Se modifican los aspectos del grado 1 y, además, se incluyen adaptaciones a la metodología y la evaluación. Sin embargo, se mantienen los objetivos educativos y las destrezas con criterios de desempeño, que son iguales para todo el grupo de estudiantes.

Algunas de estas estrategias pueden ser:

- Proyectos de interés relacionados con los contenidos estudiados
- Las evaluaciones pueden ser remplazadas con proyectos, actividades prácticas, y evaluaciones domiciliarias, entre otras estrategias

- Es posible establecer el cronograma de tiempos de evaluación y modificar las estrategias que se aplicarán, si lo requiere por su condición de embarazo

d. Adaptación curricular grado 3

Este es el nivel más significativo en las adaptaciones curriculares, pues se modifican conocimientos y objetivos y, en consecuencia, los criterios de evaluación. Se pueden clasificar las posibles modificaciones a estos componentes del currículo, de la siguiente manera:

- **Modificaciones a la secuencia y la priorización de destrezas con criterios de desempeño, objetivos y criterios de evaluación:** modificar la secuencia significa alterar el orden en que se abordan ciertos conocimientos o se procura alcanzar ciertos objetivos, pero sin eliminarlas total ni parcialmente. La priorización, por otro lado, significa dar más atención a unos conocimientos que a otros, lo que casi siempre implica redistribuir el tiempo asignado a cada uno y, claro, reestructurar la metodología.
- **Modificaciones a la temporalidad de destrezas con criterios de desempeño, objetivos y criterios de evaluación:** esencialmente implica aplazar o posponer parte o la totalidad de estos componentes, ya sea dentro del mismo año escolar o trasladarlos al año siguiente. Hay que tener en cuenta que los conocimientos y objetivos en sí no se alteran: el estudiante sigue participando de la misma programación que los demás, pero en tiempos diferentes.
- **Modificaciones que impliquen introducción o eliminación de destrezas con criterios de desempeño:** la introducción supone trabajar destrezas con criterios de desempeño u objetivos no contemplados originalmente en el currículo general para ese año. Es muy común que, al incluirlas, haya necesidad de eliminar otras, aunque no necesariamente. Esa eliminación implica la supresión de determinados aprendizajes, ya sea para una cierta fase o para todo el período escolar. Las adaptaciones curriculares siguen un patrón de menor a mayor significación para su elaboración, por lo que las modificaciones que implican eliminación o introducción de destrezas con criterios de desempeño y objetivos son la última opción. Para todos los grados de modificaciones, es importante siempre equilibrar los criterios de realidad y éxito, y considerar tanto los estilos individuales de aprendizaje como las capacidades del estudiante o la estudiante que se necesiten desarrollar.

Se modifican los elementos que constan en el grado 2, las destrezas con criterios de desempeño y los objetivos educativos como, por ejemplo:

- Pruebas orales, es decir, a través de una dinámica oral de preguntas y respuestas
- Pruebas escritas (objetivas), que se componen de preguntas de opción múltiple, complementación, ordenamiento, emparejamiento, de verdadero o falso
- Valoración objetiva actitudinal, que consiste en la observación y valoración del trabajo y esfuerzo de cada estudiante con NEE
- Conversatorios, a partir de un video o una lectura socializada, cada estudiante expone la idea principal del relato y da su opinión
- Rúbricas, que son matrices que evalúan diferentes aspectos de una tarea
- Otras estrategias evaluativas, como sustituir tareas escrita por un *collage*, una maqueta o un dibujo

Es de suma importancia recordar que las evaluaciones de una adaptación curricular de grado 3 deben estar debidamente justificadas. En situaciones de comorbilidad, es imprescindible establecer en el DIAC (informe diagnóstico) las necesidades educativas especiales presentadas y su debida respuesta.

Anexo 3: Indicadores generales que se pueden presentar en niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de violencia

Indicadores generales que se pueden presentar en niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de violencia

SIGNOS O INDICADORES FÍSICOS EVIDENTES ²²	SIGNOS O INDICADORES DE COMPORTAMIENTO	CONDUCTAS QUE SE PUEDEN IDENTIFICAR EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA
<ul style="list-style-type: none"> · Marcas en el cuerpo (heridas, moretones, mordeduras, quemaduras, etc.), irritación en boca, extremidades o dedos · Lesiones, fracturas o esguinces sin explicación coherente o que no concuerden con la causa alegada · Problemas de salud frecuentes como dolores abdominales, enuresis o encopresis 	<ul style="list-style-type: none"> · Somatizaciones²³ (dolores de cabeza, mareos, desmayos, taquicardia, sensación de ahogo y vómito, entre otras) · Trastornos alimenticios · Trastornos del sueño (pesadillas, terror nocturno, insomnio, etc.) · Comportamientos bruscos de comportamiento (agresivo, muy retraído, muy sumiso, muy pasivo, extremadamente hiperactivo, depresivo) · Sentimientos de culpa · Fantaseo (“ser rescatado”, “cambiar de familia”, “que desaparezca el profesor”, etc.) · Desgano, apatía, pasividad, silencio llamativo, aislamiento · Tristeza permanente, depresión, llanto fácil · Mentiras, tartamudeo · Uso de vestimenta inadecuada para el clima (ocultando las lesiones) · Hiperactividad, nerviosismo, mutismo selectivo²⁴ 	<ul style="list-style-type: none"> · Disminución del rendimiento académico, incumplimiento de tareas escolares y desinterés en el estudio · Falta de concentración, distracción constante · Conductas disruptivas frecuentes en clase · Temor a permanecer en el establecimiento, miedo de ir a su casa · Rehuir o negarse a hablar sobre sí mismo o su familia · Visitas frecuentes al departamento médico o enfermería · Cautela con respecto al contacto físico con adultos · Conductas agresivas (hacia pares y/o personas adultas) · Comportamientos extremos o temerarios · Conflictos con la autoridad

Ministerio de Educación (2017). *Protocolo de actuación frente a situaciones de violencia detectadas o cometidas en la institución educativa.*

22 Tomar en cuenta que ningún miembro de la comunidad educativa podrá solicitar a la víctima el mostrar signos o lesiones no visibles. Si se presupone la existencia de estos, debe contactarse con la Fiscalía inmediatamente para que realice el respectivo peritaje.

23 Se entenderá por *somatización* a la presencia de uno o más síntomas físicos que, tras llevarse a cabo un examen médico, no pueden ser explicados por una enfermedad médica y, por tanto, tienen como origen una condición psicológica (psíquica).

24 Se entenderá como *mutismo selectivo* un trastorno de la comunicación verbal de índole emocional (psíquica), por el cual la persona en cierto contexto o circunstancia, es incapaz de hablar o emitir palabras.

Anexo 4: Formato de informe de hecho de violencia

INFORME DE SITUACIONES DE VIOLENCIA DETECTADAS EN EL ÁMBITO EDUCATIVO			
Institución educativa:			
Informe N°:		Fecha:	
Nombre de profesional del DECE que maneja el caso:			
1. DATOS GENERALES DE IDENTIFICACIÓN DEL O DE LA ESTUDIANTE:			
Apellidos y nombres:			
Fecha de nacimiento:	Día:	Mes:	Año:
Edad:			
Grado o curso:			
2. DATOS GENERALES DE LA MADRE, EL PADRE Y/O EL REPRESENTANTE LEGAL			
Nombres y apellidos:			
Vínculo entre la persona y el estudiante / la estudiante:			
Dirección domiciliaria:			
Teléfono de contacto:			
3. ANTECEDENTES ACADÉMICOS Y/O FAMILIARES (Breve explicación de la configuración familiar, identificando posibles factores de riesgo)			

8. ENTREVISTA²⁵ RESUMA BREVEMENTE LO EXPRESADO POR EL/LA ESTUDIANTE, DE MANERA OBJETIVA

Artículo 78 de la Constitución de la República: “Las víctimas de infracciones penales gozarán de protección especial, se les garantizará su no re-victimización, particularmente en la obtención y valoración de las pruebas, y se las protegerá de cualquier amenaza u otras formas de intimidación. Se adoptarán mecanismos para una reparación integral que incluirá, sin dilaciones, el conocimiento de la verdad de los hechos y la restitución, indemnización, rehabilitación, garantía de no repetición y satisfacción del derecho violado”.

9. OBSERVACIONES

Nombres y apellidos de profesional del DECE
Firma del profesional del DECE

Nombres y apellidos de autoridad de la institución educativa
Firma de autoridad de la institución educativa

Recuerde el deber de denunciar, según el artículo 422 del COIP

La presente información deberá ser ingresada en el expediente del NNA habilitado en el módulo del DECE existente en el portal Educar Ecuador.

Fuente: Ministerio de Educación (2017). Protocolo de actuación frente a situaciones de violencia detectadas o cometidas en la institución educativa.

25 Recuerde que, en casos de violencia sexual, no se debe realizar una entrevista; lo anotado en este apartado será lo que libremente haya verbalizado la víctima del hecho de violencia o lo reportado por la persona que refiere el caso.



MINISTERIO
DE EDUCACIÓN



ISBN: 978-9942-22-192-6



9 17 8 9 9 4 2 | 2 2 1 9 2 6 |

Con el objetivo de garantizar el derecho a la educación formal a madres y padres que son estudiantes en el sistema nacional, el Ministerio de Educación emite este **Protocolo de actuación frente a situaciones de embarazo, maternidad y paternidad de estudiantes en el sistema educativo**. Brinda lineamientos claros y específicos para guiar a profesionales de los DECE y de los equipos directivos y docentes en la implementación de estrategias educativas para la atención integral y en la articulación entre el sistema educativo con los servicios de protección, con el fin de favorecer la permanencia, participación y culminación de los estudios académicos y el acceso a la salud integral.

Síguenos en:



www.educacion.gob.ec

Información: 1800 33 82 22
info@educacion.gob.ec