UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

TÍTULO:

CONOCIMIENTOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y DETERMINAR EL NÚMERO DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN LA UNIDAD EDUCATIVA "MARIANA DE JESÚS" DEL CANTÓN MACARÁ EN EL AÑO LECTIVO 2014-2015

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO GENERAL

AUTORA:

Isabel María Zambrano Pontón

DIRECTOR:

Dr. Ernesto Rodrigo Ortiz Flores Mg. Sc.

Loja - Ecuador

2015

CERTIFICADO DE ACEPTACIÓN DEL DIRECTOR

DR. ERNESTO ORTIZ
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.

CERTIFICO:

Que luego de haber dirigido el trabajo de investigación titulado **CONOCIMIENTOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y DETERMINAR EL NÚMERO DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN LA UNIDAD EDUCATIVA "MARIANA DE JESÚS" DEL CANTÓN MACARÁ EN EL AÑO LECTIVO 2014-2015;** de autoría de la Srta. Isabel María Zambrano Pontón estudiante de la Carrera de Medicina Humana, previo a la obtención del título de MEDICO GENERAL, y por considerar que ha sido revisada en su integridad y se encuentra concluida en su totalidad, autorizo su presentación final ante el tribunal respectivo.

Loja, 21 de Noviembre de 2014.

Dr. Ernesto Rodrigo Ortiz Flores Mg Sc

AUTORÍA

Yo Isabel María Zambrano Pontón declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

Autora: Isabel María Zambrano Pontón

Firma:

Cedula: 0703414060

Fecha: 22 de Enero del 2015.

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Isabel María Zambrano Pontón declaro ser autor de la tesis titulada **CONOCIMIENTOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y DETERMINAR EL NÚMERO DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN LA UNIDAD EDUCATIVA "MARIANA DE JESÚS" DEL CANTÓN MACARÁ EN EL AÑO LECTIVO 2014-2015"**,como requisito para optar al grado Médico General; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los 22 días del mes de Enero del dos mil quince.

Firma: Autora: Isabel María Zambrano Pontón

Cedula: 0703414060 Dirección: Av. Pablo Palacios y Edmundo Samaniego

Correo Electrónico: mariza_0588@hotmail.com

Teléfono: 2540862

Celular: 0969317987

Datos Complementarios:

Director de tesis: Dr. Ernesto Rodrigo Ortiz Flores Mg Sc

Tribunal de Grado: Dra. Alba Beatriz Pesantez González Mg Sc

Dr. Lyndon Bismark Zapata Loaiza GINECÓLOGO- OBSTETRA

Dra. Karina Yesenia Calva Jirón GINECÓLOGA- OBSTETRA

DEDICATORIA

El presente trabajo se lo dedico a Dios, por sus bendiciones que han hecho que siempre cumpla con mis propósitos.

A mi Familia en especial a mi Madre, Padre y Hermano por ser las personas que más amo y la razón de mi esfuerzo, gracias por el apoyo incondicional que me han brindado para que hoy cumpla uno de mis grandes sueños.

A mi abuela Isabel por su amor, cuidado y guía durante toda mi vida.

Y a esa persona especial que desde que llegó a mi vida me ha brindado su amor y apoyo incondicional para cumplir mis metas.

AUTORA.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de Loja, al Área de Salud Humana y a sus Docentes que brindan lo mejor para sus alumnos contribuyendo así a una formación integral y humanística.

A las Autoridades de la Unidad Educativa Mariana de Jesús del Cantón Macará y a sus estudiantes por permitirme realizar la presente investigación en esta distinguida institución.

A mi Director de tesis, quien con su apoyo y guía en cada momento me ha permitido la realización de la misma.

AUTORA.

CONOCIMIENTOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y DETERMINAR EL NÚMERO DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN LA UNIDAD EDUCATIVA "MARIANA DE JESÚS" DEL CANTÓN MACARÁ EN EL AÑO LECTIVO 2014-2015.

2. RESUMEN

El embarazo adolescente, el conocimiento sobre métodos anticonceptivos y su poco uso por parte de los adolescentes generan un grave problema económico, social y de salud en nuestro país.

La presente investigación busca determinar si los estudiantes tienen conocimientos sobre métodos anticonceptivos, el nivel de los mismos, además de establecer el medio de información; si existe conocimiento sobre el método que previene las ITS; identificar el método anticonceptivo más utilizado; además determinar el porcentaje de estudiantes que usaron anticoncepción en su primera relación sexual; establecer el porcentaje de utilización de la píldora del día después y finalmente determinar el número de adolescentes embarazadas. La investigación es de tipo descriptivo, prospectivo, transversal y la recolección de datos se realizó por medio de una encuesta y la observación directa en una población de 145 estudiantes que están dentro de las edades de 14 a 19 años.

El estudio indica que el 86% de los adolescentes tienen conocimiento sobre anticoncepción, el 52% tiene un nivel regular de conocimientos, el 32% recibieron información por medio de campañas de salud, el 56% tiene conocimiento sobre el método de protección contra ITS, un 60.6% utilizaron anticoncepción en su primera relación sexual, el método anticonceptivo más utilizado es el preservativo con el 36.3%, el 3.85% refieren haber utilizado la Píldora anticonceptiva de emergencia, y el porcentaje de adolescentes embarazadas es de 1.9 %.

Como medidas planteamos reforzar las campañas de anticoncepción en la institución, enfatizar sobre los métodos anticonceptivos que protegen de Infecciones de transmisión sexual, además de dar a conocer que puede adquirir anticonceptivos y recibir mayor información en el Hospital Básico de Macará. Además garantizar el apoyo a la gestante adolescente y promover el uso de anticonceptivos y evitar así un segundo embarazo.

Palabras claves: Métodos Anticonceptivos, embarazo, adolescente.

.

SUMMARY

Teenager pregnancy, the knowledge about contraceptive methods and their little use by teenagers generate serious economic, social and health problem in our country.

The present research is carried out to determine if the students have knowledge about contraception methods, their level, and to establish the information mean; to know if there is knowledge about the method that prevents ITS; to identify the most widely used contraceptive method; also to determine the percentage of students who used contraception in their first intercourse; to establish the percentage of use of day-after pill and finally to determine the number of pregnancy teenagers. The research is descriptive, prospective and cross-sectional and the data collection was carried out through a survey and direct observation in a population of 145 students of 14-19 years old.

The study indicates that 86% of teens have knowledge about contraception, 52% have a regular level of knowledge, 32% received information through health campaigns, 56% have knowledge about the method of protection against ITS, 60.6% used contraception at first intercourse, the most used contraceptive method is the condom with 36.3%, 3.85% said they used the contraceptive pill of emergency, and the percentage of pregnant teenagers is 1.9%.

As measures we established to strengthen contraception campaigns in the institution, emphasizing on contraceptive methods which protect against sexually transmitted infections, in addition to give information that people can obtain contraceptives and receive more information in the Hospital Básico de Macará. Also to ensure support for pregnant teenager and to promote contraceptive use and to avoid a second pregnancy.

Key words: contraceptive methods, pregnancy, teenager.

3. INTRODUCCIÓN

La problemática del embarazo adolescente y el conocimiento sobre métodos anticonceptivos es un gran problema de salud, social y económico sobre todo en países en desarrollo según datos de la ONU, Cada día 20.000 menores de 18 años dan a luz y 200 mueren por problemas durante el embarazo y el parto, es decir que cada año son 7.3 millones, de los cuales 2 millones son menores de 15 años, cifra que de mantenerse llegara a 3 millones para el 2030.[1]

A nivel de la región andina, Colombia en el 2010 registro un 20% de adolescentes de 15 a 19 años que ya eran madre por primera vez. En Perú entre los años 2007-2008 se dio una cifra de 14% [2]

Ecuador ocupa el primer lugar en la región andina de embarazos en adolescentes, en América Latina ocupa el segundo lugar después de Venezuela. Por cada 1.000 niñas de 12 a 14 años, 9 son mamás. El 17.2 % de las adolescentes de 15 a 19 años son madres. Los grupos más pobres, de menor educación, rurales e indígenas, presentan mayor fecundidad.[3]

A nivel de nuestro país el embarazo en adolescentes se halla según los datos del ENDEMAIN 2004 e INEC 2006, que 43% de adolescentes sin educación versus 11% con secundaria completa es madre o está embarazada por primera vez. Una de cada tres adolescentes del quintil de pobreza es madre, en contraste con sólo una de cada diez de las de mayores recursos económicos. El 57.8% de mujeres de entre 15 y 24 años, eran estudiantes cuando supieron de su primer embarazo e interrumpieron sus estudios, de ellas tan solo el 16.5% volvió a estudiar y el 41.3% en promedio no volvió a hacerlo.[4]

Según datos de Population Reference Bureau 2013 La tasa de fertilidad adolescente en nuestro país es de 80 por cada 1000 adolescentes en el año de 2011 y durante los años del 2006 a 2011 solo el 47% de adolescentes casadas o con pareja utilizo algún método anticonceptivo [2]

En Ecuador, la tendencia del incremento del embarazo en menores de 15 años en la última década es del 74 por ciento, y en mayores de 15 años es del 9%[4].

A nivel de nuestro país el estudio del ENDEMAIN 2004 menciona que una adecuada educación y consejería en sexualidad y métodos anticonceptivos acorde a la etapa de desarrollo de los y las adolescentes y jóvenes contribuyen

positivamente a la salud y desarrollo de ellos(as), y permite la postergación de su vida sexual activa y precoz, de esto se desprende que el 81.6% de mujeres de 15 a 24 años han recibido alguna información sobre temas de sexualidad y métodos anticonceptivos. Se conoceque en adolescentes de 15-19 años hay una importante brecha entre el conocimiento y el uso de métodos (91 vs. 47%). El 90% conoce algún método moderno, exceptuando los de emergencia, que no son conocidos ni por la mitad de este grupo de edad; la vasectomía, el condón femenino y los implantes también son poco conocidos. La mayoría de las adolescentes que tienen relaciones sexuales no usaba al momento de la encuesta ningún método anticonceptivo moderno, incluso aquellas que no deseaban tener hijos/as en los próximos meses. El uso de anticonceptivos en la primera relación sexual es muy bajo: sólo 13.5% de las adolescentes usó algún método, debido a que muchas de ellas no esperaban tener relaciones sexuales; mientras que las que tuvieron relaciones no usaron anticonceptivos por el desconocimiento de los mismos.[4]

Las mujeres en los países en desarrollo que desean evitar el embarazo no utilizan métodos anticonceptivos, primordialmente por falta de conocimiento sobre su existencia, temor a la crítica social, por suponer que su esposo se opondría, temor a los efectos secundarios y preocupación por su salud, o porque no pueden costearlos, o acceder a los mismos. El nivel de educación y alfabetización de la mujer, y su acceso a los medios de comunicación y los servicios de salud también influyen en su uso de métodos anticonceptivos. Las mujeres con menores niveles de educación y alfabetización, y las pobres tienen menores probabilidades de utilizar dichos métodos, si bien la falta de información ya no es la razón principal. En las últimas décadas las mujeres han adquirido conocimiento de los diferentes métodos, por lo que una razón más común en la actualidad es el temor por su salud y los efectos secundarios. En algunas sociedades que continúan valorando tener un gran número de hijos, el uso de anticonceptivos conlleva un estigma social y quizás cree desacuerdos en la relación de pareja.[5]

El embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse

en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea. Dicha situación produce un serio problema biomédico ya que presenta altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal, agregándose el impacto que produce a nivel sociocultural y psicológico con un elevado costo a nivel personal, educacional, familiar y social.

Por lo expuesto anteriormente es que decidí realizar un estudio sobre "CONOCIMIENTOS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS Y DETERMINAR EL NÚMERO DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN LA UNIDAD EDUCATIVA MARIANA DE JESUS DEL CANTÓN MACARÁ EN EL AÑO LECTIVO 2014-2015, Con los siguientes objetivos: Analizar si tienen conocimiento sobre Métodos anticonceptivos; establecer el nivel de conocimientos; determinar el medio por el cual obtienen información; determinar si existe conocimiento sobre cual anticonceptivo previene de contraer infecciones de transmisión sexuales. Identificar cuál es el método anticonceptivo más utilizado; determinar el número de adolescentes que utilizaron en su primera relación sexual anticoncepción; establecer el porcentaje de utilización del método de emergencia denominado Píldora anticonceptiva de emergencia conocido como píldora del día después. Y finalmente determinar el número de adolescentes embarazadas

4. MARCO TEÓRICO

ADOLESCENCIA, EMBARAZO ADOLESCENTES Y MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

La adolescencia es la etapa del desarrollo humano que abarca la transición entre la niñez y la edad adulta. La palabra se deriva de los latines adolescere que significa crecer hacia la madurez; implica un concepto más amplio que el término pubertad, el cual se refiere a los cambios biológicos y a la maduración sexual propios de esta transición. Por lo tanto, la adolescencia comprende las dimensiones biológica, psicológica y sociocultural. Es vista como uno de los períodos más saludables de la vida, pero también como uno de los más problemáticos. Las principales causas de mortalidad se relacionan con muerte violenta por homicidio, suicidio o accidentes. Dentro de la morbilidad, hacen su aparición algunas situaciones derivadas de comportamientos de riesgo como el abuso de sustancias incluyendo el consumo de cigarrillo y alcohol, enfermedad mental, fracaso escolar, delincuencia, enfermedades sexualmente transmisibles, el embarazo entre adolescentes y otras condiciones ginecológicas derivadas de la maduración del sistema reproductivo.[6-7]

4.1 ADOLESCENCIA

4.1.1. **Definición:** La adolescencia es un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social que le sigue a la niñez y que comienza con la pubertad.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años y está comprendida dentro del período de la juventud entre los 10 y los 24 años y esta se divide enpre adolescencia de 10 a 14 años y adolescencia de los 14 a los 19 años. [8]

En el año 2008, se estimó que existían alrededor de 29 millones de adolescentes en la subregión andina, de los cuales 14,5 millones (51 por ciento) son hombres y 14 millones (49 por ciento) son mujeres. Los subgrupos de 10 a 14 años y de 15 a 19 años, representan cada uno la mitad de la población adolescente de la subregión.

Dado que la subregión se encuentra en una fase moderada a intermedia de la transición demográfica, su población es predominantemente joven, con participaciones mayoritarias de los grupos de niños 20,4 % y de adolescentes 19,6%, que en conjunto representaban un 40 por ciento de la población total de la subregión.

En siete países de América Latina se encontró que el 19,5 por ciento de las mujeres entre 15 y 19 años ya son madres o están embarazadas, siendo gran parte de estos embarazos no planificados con una variación entre los países del 13 al 25%. De ellas, el 50 por ciento no tenía educación, el 59 por ciento vivía en zonas rurales, el 61 por ciento vivía sin adultos en el hogar y el 60 por ciento vivía en la pobreza. En el año 2008, la población de adolescentes en el Ecuador fue de 2´783.108, que representan el 20,8%de la población total, distribuidos 1´423.941 (51.2%) en adolescentes tempranos (10-14 años) y 1´359.167 (48.8%) en el grupo de adolescentes tardíos (15-19años)[9]

4.1.2 ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA.

De acuerdo con Issler a la adolescencia se le puede dividir en tres etapas:

4.1.2.1. Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquía. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales además que empieza a sentir cierta incertidumbre su apariencia física.

4.1.2.2Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Están muy preocupados por su apariencia

física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

4.1.2.3Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.[10]

Datos obtenidos de algunas encuestas sobre el comportamiento sexual y reproductivo en los/las adolescentes muestran que tienden al inicio de relaciones sexuales a más temprana edad y en la mayoría de los casos lo hacen desprovistos de información objetiva, oportuna, clara y veraz acerca del manejo de la sexualidad, de las responsabilidades que implican la maternidad y la paternidad y del uso correcto y sistemático de métodos anticonceptivos modernos. Estas situaciones exponen a los jóvenes a mayores riesgos de que se produzca un embarazo no planeado, un aborto provocado o una infección de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA.

4. 2 EMBARAZO ADOLESCENTE O EMBARAZO PRECOZ

4.2.1 Definición: Es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente entre la adolescencia inicial o pubertad comienzo de la edad fértil y el final de la adolescencia.[11]

4.2.2 Causas del Embarazo en la Adolescencia

Ya como una problemática social, entre las causas del embarazo en la adolescencia, que en general manejan tanto las dependencias que están atendiendo este fenómeno social, así como los diversos estudios que al respecto se han hecho se encuentran las siguientes:

- ✓ El matrimonio a edades tempranas y el rol de género que tradicionalmente se asigna a la mujer.
- ✓ La práctica de las relaciones sexuales de los jóvenes sin métodos

anticonceptivos.

- ✓ La presión de los compañeros, que alientan a los adolescentes a tener relaciones sexuales.
- ✓ El consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas, producen una reducción en la inhibición, que puede estimular la actividad sexual no deseada.
- ✓ Carecer de información y conocimientos suficientes sobre los métodos anticonceptivos y el no tener un fácil acceso a su adquisición.
- ✓ La falta de una buena educación sexual.

4.2.3 Consecuencias del embarazo adolescente

A su vez, respecto a las consecuencias y efectos negativos que se derivan de un embarazo temprano, como es el caso de las adolescentes los diversos autores y dependencias coinciden en que estos efectos repercuten principalmente en tres aspectos:

4.2.3.1 Desde el punto de vista médico:

- ✓ La joven corre el riesgo de experimentar anemia, preeclampsia, complicaciones en el parto y enfermedades de transmisión sexual, así como un alto riesgo de mortalidad propia durante el embarazo.

  Los bebes de madres adolescentes tiene una alta tasa de mortalidad al igual que pueden experimentar malformaciones congénitas, problemas de desarrollo, retraso mental, ceguera, epilepsia o parálisis cerebral. Estos niños experimentan muchos más problemas de conductas y un funcionamiento intelectual disminuido.

4.2.3.2 Puntos de Vista desde el contexto social destacan:

- ✓ Las escasas oportunidades de proseguir con su escolarización.
- ✓ Las dificultades para su inserción en el mercado de trabajo.
- ✓ Su desarrollo social y cultural.
- ✓ La formación de una familia y su estabilidad. [12]

4.2.3.3 Desde el punto de vista psicológico:

La reacción depresiva de la adolescente en curso de su embarazo puede ser tan fuerte que puede llevarla al suicidio o intento de suicidio, teniendo en cuenta que esta es la segunda causa de muerte en esta edad después de los accidentes. El embarazo y los problemas que este puede traer, el drama sentimental de una separación, el aislamiento, el pánico, pueden ser fácilmente considerados como “factores suicidógenos circunstanciales”.

La situación psicológica de la adolescente embarazada es compleja y difícil. En ella se acumulan las dificultades propias de la adolescencia; los problemas afectivos observados a lo largo de cualquier embarazo; las dificultades personales o familiares que traen consigo el embarazo, las que originan ciertas reacciones reales o simplemente temidas del entorno, la inquietud de un futuro incierto; la perturbación por las decisiones que se han de tomar; el vacío afectivo.[9]

4.2.4 MATERNIDAD ADOLESCENTE

La adolescencia es un período de transición en la vida de un ser humano.

La maternidad en las adolescentes trae problemas de índole biológico, psicológico y social, lo cual repercute en la calidad de vida de la adolescente y de su familia con un riesgo latente para el futuro bebe.

El embarazo en la adolescencia constituye un acontecimiento biológico con implicancias psicológicas y sociales que han variado a través de las épocas. En ocasiones aparece como un hecho no deseado que desestabiliza a la adolescente, su relación con el medio y en especial con su grupo familiar. Esta situación ha provocado gran interés a padres, educadores, asistentes sociales y todo el equipo de salud que actúa en los hospitales y centros asistenciales.

4.2.4.1 Factores Predisponentes

- ✓ Aparición temprana de la menarquía.
- ✓ Desintegración familiar y/o disfuncionalidad familiar, comunicación inadecuada y falta de apoyo familiar han sido asociados con embarazo en adolescentes.

- ✓ Relaciones sexuales precoces.
- ✓ Desconocimiento sobre métodos anticonceptivo
- ✓ Libertad sexual.
- ✓ Búsqueda de una relación.
- ✓ Circunstancias particulares como prostitución, violación, incesto y adolescentes. con problemas mentales.

4.2.4.2 Factores de Riesgo

- ✓ **El Estilo de vida:** Las madres adolescentes tienden a mostrar comportamientos tales como fumar, uso de alcohol, abuso de drogas; alimentación muy deficiente. Esto puede poner al bebé en un riesgo alto de crecimiento inadecuado, infecciones y dependencia química.

- ✓ **Enfermedades de Transmisión sexual:** La promiscuidad y la falta de educación en esta área, agravan los riesgos de la adolescente embarazada.

  Embarazarse en la adolescencia es un factor de riesgo para embarazos subsecuentes. Ya que luego de su primer embarazo no realizan planificación familiar. En general, las consecuencias son más graves para mujeres que para varones, lo cual evidencia las estructuras y relaciones de género desiguales en la región.

4.2.5. Complicaciones en el embarazo, parto y perinatales

4.2.5.1 El Control Prenatal tardío: Estas jóvenes en general concurren tardíamente al control prenatal, o no asisten, por lo tanto no se pueden prevenir los problemas maternos y del bebé. Las adolescentes embarazadas tienen un riesgo mucho más alto de complicaciones médicas serias tales como la toxemia, hipertensión, anemia importante, parto prematuro y/ o placenta previa. El riesgo de muerte para madres de 15 años o más jóvenes es 60% mayor que el de madres de 20 años o más.

4.2.5.2 Bebés de Bajo Peso al nacer: Los bebes de madres adolescentes tienen de 2 a 6 veces más probabilidades de tener bajo peso al nacer, que los bebés nacidos de madres de 20 años o más.

4.2.5.3 Parto por Cesárea: La causa principal de las cesáreas se debe fundamentalmente a la desproporción pélvico fetal, sobre todo en adolescentes jóvenes que no han completado en su totalidad su desarrollo físico.

4.2.5.4 Mortalidad Perinatal: El riesgo de mortalidad infantil perinatal aumenta en los hijos de madres menores de 20 años. La tasa de mortalidad infantil es mayor en adolescentes que en el resto de los grupos de edad.

4.2.5.5 Abortos provocados: Existe un aumento en el número de abortos provocados lo que pone en riesgo la vida de la adolescente. Según algunos investigadores, este fenómeno es frecuente entre mujeres adolescentes no unidas que no deseaban sus embarazos. En Ecuador 10% de las mujeres entre 15 y 24 años que tuvieron su embarazo antes de los 15 años, dijeron que éste terminó en aborto. Esta cifra es más baja en los otros grupos de edad.

4.2.5.6 En la mortalidad materna hay ciertos indicios de que un alumbramiento en adolescentes representa riesgos especiales para la futura madre; asimismo, hay consenso de que los riesgos aumentan considerablemente en adolescentes menores de 15 años. Aunque el porcentaje de mujeres adolescentes que tuvieron su primer/a hijo/a antes de esta edad es bajo, es importante no subestimar el problema por su baja incidencia.[6]

4.2.6 Violencia y embarazo en adolescentes. Algunos estudios determinan que las adolescentes embarazadas ha sido objeto de violencia tanto física

como psicológica por parte de sus paredes y de la pareja, que afecta gravemente el estado de salud de la joven embarazada. Además se considera un factor de riesgo para embarazos en adolescentes el haber sufrido abuso sexual durante la infancia y/o adolescencia ya que hay un número indeterminado de embarazos que son fruto de abuso, sin embargo esta problemática debe ser profundizada con estudios nacionales y locales.

En síntesis, la evidencia sugiere que el embarazo y la fecundidad adolescente es un problema tanto a nivel individual como social. Este fenómeno se relaciona directamente con la falta de oportunidades para el ejercicio de los derechos y para el desarrollo educativo y laboral. Además, el embarazo adolescente es a la vez causa y producto importante de las desigualdades socio-económicas, generacionales y de género.

La mayoría de las madres adolescentes se encuentra en una perspectiva de exclusión y marginación, y sus hijos/as tienen altas probabilidades de continuar inmersos en esta dinámica. De esta manera, el embarazo adolescente es un problema que afecta el avance en la reducción de la pobreza, el aumento del nivel educativo, la promoción de la equidad de género, el empoderamiento de las mujeres y el mejoramiento de la salud materna e infantil.

4.2.7 Cambios en la adolescencia.

4.2.7.1 Intelectuales: El pensamiento desarrollado se vuelve más flexible, puede manejar un mayor número de operaciones mentales, comprender y aceptar situaciones sociales y teorizar sobre aquellas que no son comprendidas en forma directa; comienza el empleo de la lógica formal para solucionar problemas, realiza planificación y elabora proyectos a largo plazo.

A nivel mundial, el embarazo en la adolescencia sigue siendo un impedimento para mejorar las condiciones educativas, económicas y sociales de la mujer. Según Vásquez (2001) en el caso de las jóvenes, el matrimonio y la maternidad

precoz limitan en alto grado las oportunidades de educación y empleo y perpetúa la dependencia económica de los padres[13]

4.2.7.2Emocionales: Los adolescentes se deben enfrentar a conflictos de la primera infancia, los cuales no han sido resueltos entre ellos, la búsqueda de la propia identidad y lo que piensan de sí mismos, la aparición de la fecundidad como posibilidad de procreación, la identidad es el tema central de la adolescencia. Hay desubicación temporal, el yo se ha constituido en el eje del conflicto adolescente.

4.2.7.3Sociales: Hay crítica de las normas o valores familiares, especialmente lo que proviene de los padres y además se cuestiona la autoridad y disciplina.

4.3 INICIACIÓN SEXUAL Y ANTICONCEPCIÓN.

La edad de la iniciación sexual, el conocimiento y uso de anticonceptivos son determinantes importantes que inciden significativamente en la probabilidad de que se produzca el embarazo adolescente.

Al año 2003 se estimaba que la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales era alrededor de los 17 años, sin embargo en trabajos más recientes al respecto, se ha visto una tendencia a una mayor precocidad.

En relación al tema de anticoncepción (ENDEMAIN 2004) en adolescentes de 15-19 años hay una importante brecha entre el conocimiento y el uso de métodos (91 vs. 47%). El 90% conoce algún método moderno, exceptuando los de emergencia, que no son conocidos ni por la mitad de este grupo de edad; la vasectomía, el condón femenino y los implantes también son poco conocidos. La mayoría de las adolescentes unidas no usaba al momento de la encuesta ningún método anticonceptivo moderno, incluso aquellas que no deseaban tener hijos/as en los próximos meses. El uso de anticonceptivos en la primera relación sexual es muy bajo: sólo 13.5% de las adolescentes usó algún método, debido a que muchas de ellas no esperaban tener relaciones sexuales; mientras que las que tuvieron relaciones maritales no usaron anticonceptivos por el desconocimiento de métodos. [4]

A medida que aumenta el nivel de educación y quintil de riqueza aumenta la edad de inicio de la primera relación sexual: las mujeres con menor educación inician en promedio a los 15.8 años, mientras que las de más educación lo hacen a los 18.9 años.

La edad promedio de la primera relación sexual para las mujeres entre 25 y 49 años es de 18.1, de las cuales el 11 por ciento la tuvo antes de cumplir los 15, el 48 por ciento antes de los 18 y el 70 por ciento antes de los 20.
El 88 por ciento de las mujeres inicia el uso de métodos anticonceptivos entre los 15 y 19 años.[4]

4.4 PANORÁMICA INTERNACIONAL DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES.

De acuerdo con la OMS anualmente alrededor de 16 millones de niñas de entre 15 y 19 años dan a luz lo que representa aproximadamente el 11% de todos los nacidos en el mundo y para reducir el número de embarazos precoces recomienda contar con leyes y actividades comunitarias que apoyen la edad mínima para contraer matrimonio, así como un mejor acceso a la anticoncepción.
Con relación a América Latina, el documento Prevención del embarazo adolescente, Una Mirada Completa, emitido por el Fondo de Población de las Naciones Unidas, indica que de acuerdo al informe del Estado de la Población Mundial por cada mil nacimientos que ocurren en América del sur 74 provienen de mujeres adolescentes, con un rango de entre 55 y 90 por 1000, para los países andinos. También se establece que los embarazos en adolescentes representan aproximadamente el 18 por ciento de todos los embarazos en el área andina.[15]

- ✓ En Bolivia, entre el 2003 y el 2008, la proporción de mujeres embarazadas entre 15 y 19 años se incrementó del 14.7% al 18%. Más del 25% de las madres adolescentes apenas han concluido la educación primaria. Asimismo, sólo una de cada cuatro adolescentes sexualmente activas usan algún método anticonceptivo, a pesar de que el conocimiento sobre el tema alcanza a cerca de un 92%. Además, la proporción de embarazo en adolescentes entre 15 y 19 años es cercana

al 21%; lo más alarmante es que hay un 9% de adolescentes menores de 13 años que han estado embarazadas o ya son madres.

- ✓ En Colombia, entre 1995 y 2010, la fecundidad adolescente se redujo de 89 a 84 por 1.000, aunque, en 2005, llegó a 90 por 1.000. Sin embargo, el porcentaje de madres o adolescentes embarazadas era de 17.4% en 1995, 20% en 2000.

- ✓ En Chile, para el año 2004, según datos del Departamento de Información y Estadísticas del Ministerio de Salud (DEIS), de los 33.507 niños nacidos, hijos de madres entre 15 y 19 años, solamente el 88 por ciento% fue primogénito/a.

- ✓ En Venezuela, la población adolescente representa el 21 por ciento de la población total, y las adolescentes entre 15 y 19 años, el 21% de las mujeres en edad fértil. El 23.35% de los nacimientos vivos registrados en este país, ocurren en adolescentes entre los 15 y 19 años de edad, mientras que la tasa específica de embarazo entre este grupo de edades es de 89,40 por 1.000 mujeres.[8]
- ✓ El Organismo Regional Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue (ORAS CONHU), mediante la Resolución de la Reunión Ordinaria de Ministras y Ministros de Salud del Área Andina - REMSAA XXVIII/000 de 30 de marzo de 2007 resolvió: “Reconocer las consecuencias del embarazo no planificado en adolescentes como un problema de Salud Pública dentro de la Subregión y declarar prioritarios los planes para su prevención y atención integral.”

- ✓ El Plan Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes es una propuesta que se elabora en respuesta al mandato de los Ministros de Salud del Área Andina emitido durante la XXVIII REMSAA, en la que solicitan conformar el Comité Subregional Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes y elaborar, con apoyo del UNFPA, el Plan Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes.

- ✓ El Plan Subregional Andino, fortalecerá las acciones nacionales, teniendo en cuenta la magnitud y las preocupantes tendencias que presenta el embarazo en adolescentes y otros indicadores asociados a la Salud Sexual y Reproductiva de este grupo etario; así como identificar los determinantes sociales y el impacto que estos tienen en la salud y en los procesos de desarrollo humano individual y social. El embarazo adolescente es a la vez causa y consecuencia de las desigualdades que persisten en la Subregión Andina y se relaciona directamente con la falta de oportunidades para el ejercicio de los derechos y para el desarrollo educativo y laboral.[9]

4.4.1PANORAMICA DEL EMBARAZO ADOLESCENTE EN ECUADOR

En Ecuador, dos de cada tres adolescentes entre 15 y 19 años, sin educación, son madres o están embarazadas por primera vez (ENDEMAIN, 2004)[4]

La tendencia del incremento del embarazo en menores de 15 años en la última década es del 74 por ciento, y en mayores de 15 años es del 9 por ciento (Documento de la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar, 2010). La tendencia de la fecundidad Adolescente en Ecuador es la más alta de la subregión andina, llegando a 100 por 1.000 nacidos vivos (CELADE, 2007) [16]

A continuación 3 de los factores considerados como determinantes para el embarazo en la adolescencia:

- ✓ El inicio temprano de las relaciones sexuales.
- ✓ El matrimonio antes de los 20 años, asociado a la maternidad que se presentan más en las áreas rurales.
- ✓ El bajo uso de métodos anticonceptivos.

Asimismo, a través de estos factores actúan otras determinantes de carácter estructural, como la pobreza, las inequidades sociales y las relaciones de subordinación de género y la violencia contra las mujeres.

El Ecuador mediante Acuerdo Ministerial del 23 de Septiembre de 2005 se establece al 26 de Septiembre de cada año como el “Día de la Prevención del Embarazo en Adolescentes”

Iniciando así una verdadera lucha para prevenir los embarazos en adolescentes. Para lo cual se ha realizado diversas actividades como:

- ✓ Implementar un Sistema Nacional de Información sobre la situación del embarazo en adolescentes que permita la construcción de políticas públicas integrales e intersectoriales acordes a la realidad nacional y local**.**
- ✓ Fortalecer la rectoría del Estado para la protección integral de los y las adolescentes e implementar servicios de atención integral.
- ✓ Asegurar el derecho de adolescentes a la participación y construcción de políticas públicas s a nivel nacional y local con énfasis en la prevención del embarazo en adolescentes.[16]

4.4.2. Medidas adoptadas por el gobierno del Ecuador

El desconocimiento de la planificación familiar y el incremento de los embarazos adolescentes, son dos grandes y complejos problemas que causan diversos impactos negativos en las mujeres ecuatorianas. Es por ello que el Gobierno Nacional ha puesto en marcha, la iniciativa conocida como ENIPLA cuyo significado es Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo Adolescente.[17]

La ENIPLA se propone:

- ✓ Reducir la brecha entre embarazos deseados y observados y la mortalidad materna relacionada. En el país se ubica alrededor del 37% de promedio general; esto significa que de cada 100 nacimientos, 37 fueron no planificados. La cifra es mucho más preocupante cuando se incorporan variables como acceso a la educación y quintiles de pobreza, determinándose que en quintil uno con escaso acceso a educación, la brecha supera el 50%.
- ✓ Reducir el porcentaje de embarazos en adolescentes a nivel nacional. Cabe señalar que dicho indicador experimentó un incremento que situó al Ecuador como el país con el más alto índice de embarazos adolescentes en América Latina (17% aproximadamente). El crecimiento en los últimos 10 años bordea el 74%.

Como parte de esta estrategia está la campaña impulsada por el gobierno de nuestro país que se detalla a continuación.

4.4.2.1 Habla serio sexualidad sin misterios.[18]

Es una campaña que habla sobre la sexualidad, sobre el conocimiento sobre métodos anticonceptivos, al ejercicio y garantía de los derechos que permiten a una persona vivir una sexualidad placentera, libre de violencia y discriminación. Y con acceso a información clara y veraz.

Lo que se busca con esta campaña es difundir conocimientos sobre sexualidad y métodos anticonceptivos además de promover el uso de los mismos y así disminuir el porcentaje de embarazos adolescentes y los problemas que esto conlleva.

Es una campaña diseñada para ser difundida por todos los medios de comunicación.

- ✓ El MSP habilitó 15 salas de primera acogida para la atención a víctimas de violencia sexual e intrafamiliar durante 2011, que atendieron de octubre a diciembre un total de 3.396 atenciones médicas y psicológicas.

- ✓ Está implementada la línea gratuita 1800-445566 con capacidad de atender 20 mil llamadas al mes, a fin de brindar información confidencial sobre diferentes temas de sexualidad a los interesados.

- ✓ El MSP prevé llegar al 100% de unidades de salud a nivel nacional las cuales estarán dotadas con diversidad de métodos anticonceptivos para su entrega ágil y gratuita

- ✓ El Ministerio de Educación trabaja en la inclusión de la educación de la sexualidad en carreras universitarias y para el 2012 capacitó a 25 mil

docentes en educación para la sexualidad.

- ✓ 1250 jóvenes serán capacitados en el uso de la radio para la difusión de contenidos sobre derechos sexuales y reproductivos y otros 15 mil serán capacitados específicamente al respecto de la sexualidad.

Con las medidas tomadas por el Gobierno como la difusión de la campaña Habla serio sexualidad sin misterio y la entrega gratuita de métodos anticonceptivos entre ellos, la píldora de emergencia o del día después, se espera disminuir en gran medida los embarazos no deseados, sobretodo en adolescentes, claro que estas acciones a provocado un debate por ciertos grupos sociales que aseguran estas campañas incentivan la promiscuidad, y el aborto por el empleo de la píldora de emergencia.

4.5 .MARCOS LEGALES NACIONALES, ACUERDOS Y RESOLUCIONES INTERNACIONALES.[19]

4.5.1 Constitución de la República.

La Constitución del Ecuador estipula:

4.5.1.1 Art. 11, numeral 2.- Todas las personas son iguales y gozarán de los mismos derechos, deberes y oportunidades.

Nadie podrá ser discriminado por razones de etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condiciones socio-económicas, condición migratoria, orientación sexual, estado de salud, portar VIH, discapacidad, diferencia física; ni por cualquier otra distinción, personal o colectiva, temporal o permanente, que tenga por objeto o resultado menos cavar anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos. La ley sancionará toda forma de discriminación.

4.5.1.2 Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al

agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

Reconoce a los/las adolescentes como sujetos de atención prioritaria a través de los siguientes artículos:

1. Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria:

4.5.1.3Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

4.5.2.3Sobre los niños, niñas y adolescentes:

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

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

El Estado garantizará su libertad de expresión y asociación, el funcionamiento libre de los Consejos Estudiantiles y demás formas asociativas.

4.5.2.3.2Art. 341.- El Estado generará las condiciones para la protección integral de sus habitantes a lo largo de sus vidas, que aseguren los derechos y principios reconocidos en la Constitución, en particular la igualdad en la diversidad y la no discriminación, y priorizará su acción hacia aquellos grupos que requieran consideración especial por la persistencia de desigualdades, exclusión, discriminación o violencia, o en virtud de su condición etaria, de salud o de discapacidad.

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

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

4.6 TRATADOS Y CONVENCIONES INTERNACIONALES.

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

- ✓ Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948.
- ✓ Declaración Americana de los Derechos y Deberes
- ✓ del Hombre, 1948.
- ✓ Pacto Internacional sobre Derechos Económicos,
- ✓ Sociales y Culturales, 1976.
- ✓ Convención sobre los Derechos del Niño, 1990.
- ✓ Convención sobre la Eliminación de todas las

- ✓ Formas de Discriminación en Contra de la Mujer, 1991.
- ✓ Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, El Cairo, 1994.
- ✓ Convención Internacional de los Derechos de las
- ✓ Personas con Discapacidad, suscrito por el Ecuador en 2007 y ratificado por la Asamblea Constituyente en 2008.
- ✓ Convención Iberoamericana de los Derechos de la
- ✓ Juventud, 2008.

4.6.1LEY ESPECIAL.

4.6.1.1El Código de la Niñez y Adolescencia ecuatoriano (2003), reconoce como adolescentes a las personas entre 12 y 18 años y estipula en relación a su derecho a la salud integral:

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

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

1. Acceso gratuito a los programas y acciones de salud públicos, a una nutrición adecuada y a un medio ambiente saludable.
2. Acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud públicos, para la prevención, tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los servicios de salud públicos son gratuitos para los niños, niñas y adolescentes que los necesiten.
3. Acceso a medicina gratuita para los niños, niñas y adolescentes que la necesiten.
4. Acceso inmediato y eficaz a los servicios médicos de emergencia, públicos y privados.
5. Información sobre su estado de salud, de acuerdo al nivel evolutivo del niño, niña o adolescente.

6. Información y educación sobre los principios básicos de prevención en materia de salud, saneamiento ambiental, primeros auxilios.
7. Atención con procedimientos y recursos de las medicinas alternativas y tradicionales.
8. Vivir y desarrollarse en un ambiente estable y afectivo que les permita un adecuado desarrollo emocional.
9. Acceso a servicios que fortalezcan el vínculo afectivo entre el niño o niña y su madre y padre.
10. El derecho de las madres a recibir atención sanitaria prenatal y postnatal apropiadas.

Se prohíbe la venta de estupefacientes, substancias sicotrópicas y otras que puedan producir adicción, bebidas alcohólicas, pegamentos industriales, tabaco, armas de fuego y explosivos de cualquier clase a niños, niñas y adolescentes.

4.6.1. 3Art. 28.- Responsabilidad del Estado en relación a este derecho a la salud. Son obligaciones del Estado, que se cumplirán a través del Ministerio de Salud:

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

4.6.1.4Art. 30.- Obligaciones de los establecimientos de salud.- Los establecimientos de salud, públicos y privados, cualquiera sea su nivel, están obligados a:

1. Prestar los servicios médicos de emergencia a todo niño, niña y adolescente que los requiera, sin exigir pagos anticipados ni garantías de ninguna naturaleza. No se podrá negar esta atención a pretexto de la ausencia del representante legal, la carencia de recursos económicos, la falta de cupo, la causa u origen de la emergencia u otra circunstancia similar.
2. Proporcionar un trato de calidez y calidad compatibles con la dignidad del niño, niña y adolescente.
3. Informar inmediatamente a las autoridades y organismos competentes los casos de niños o niñas y adolescentes con indicios de maltrato o abuso sexual. y aquellos en los que se desconozca la identidad o el domicilio de los progenitores.
4. Recoger y conservar los elementos de prueba de maltrato o abuso sexual.

4.7 DECRETOS EJECUTIVOS Y ACUERDOS MINISTERIALES.

- ✓ Se declara mediante Decreto ejecutivo No. 620 de septiembre de 2007, la erradicación de la Violencia de Género hacia niños, niñas y adolescentes.
- ✓ El Acuerdo Interministerial No. 394 de 11 de julio de 2008 crea el Comité Interinstitucional para la Prevención del Embarazo Adolescente, CIPEA.
- ✓ El Acuerdo 403 del Ministerio de Educación y Cultura institucionaliza la educación sexual en los establecimientos educativos, fiscales, particulares, fisco-misionales y municipales de país en los niveles de Educación Básica y Bachillerato, dando cumplimiento a la Ley sobre la Educación de la Sexualidad y el Amor, al Plan Nacional para la Educación en la Sexualidad y el Amor y al Plan Nacional para la

Erradicación de Delitos Sexuales en el ámbito escolar, con fecha 19 de agosto de 2006.

- ✓ El Acuerdo 089 de 2007 establece la Acción Integral para Adolescentes en Estado de Embarazo.
- ✓ El Acuerdo 436 de 2008 estipula que a las autoridades de los establecimientos públicos y particulares de los diferentes niveles y modalidades del Sistema Educativo Nacional les está prohibido exigir a los estudiantes la realización de la prueba vinculada con la identificación del VIH-SIDA, como requisito para inscripciones, matrículas, pases de año, graduación o por cualquier situación institucional.
- ✓ El Acuerdo 062 de 2008 institucionaliza el Plan de Erradicación de Delitos Sexuales en el Ámbito Educativo.
- ✓ El Acuerdo 482 de 2008 dispone la ejecución del Plan Nacional para combatir la trata, la explotación sexual, laboral y por otros medios, así como para garantizar la educación a las víctimas de trata de personas.

4.8 POLÍTICAS Y PLANES NACIONALES.

4.8.1 La Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (PSDSR)

del MSP (2005) se propone, dentro de los fundamentos estratégicos:

- ✓ Implementar en todas las acciones de la política pública la no discriminación por género, etnia, edad, orientación sexual, discapacidad, condición de salud, condición socioeconómica, tipo o actividad.
- ✓ Fomentar la autonomía y el autocuidado como elementos fundamentales en la construcción de ciudadanía en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos.
- ✓ Eliminar barreras legales, reglamentarias y sociales para tener acceso universal a la salud en general y a la salud sexual y salud reproductiva, en particular, con enfoque de derechos y sin discriminación por motivos de género, edad, etnia, religión, cultura y orientación sexual, discapacidad, condición de salud, condición socioeconómica, tipo o actividad.

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

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

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

- ✓ Meta 3.5: Reducir el embarazo adolescente en un25%.
- ✓ Meta 3.7: Reducir los accidentes de tránsito y delitos contra las personas.
- ✓ Meta 3.9: Desacelerar la tendencia de VIH/SIDA.
- ✓ Meta 3.11: Mejorar la calidez y calidad de los Servicios de Salud.

El Programa de Acción de la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo (Programa de Acción de El Cairo) de 1994, definió el término "derechos reproductivos" de la siguiente manera: "Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales de derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas, aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el momento de tenerlos, y a disponer de la información y de los medios necesarios para ello, y el derecho a alcanzar el nivel

más elevado de salud sexual y salud reproductiva. También incluye el derecho de todas las personas a adoptar decisiones en relación con la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, como está expresado en los documentos sobre derechos[15]

En la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, realizada en Beijing en 1995, se incluyó a la salud sexual como parte de la salud reproductiva y se estableció que "Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva y decidir libremente respecto a estas cuestiones, sin discriminación y violencia. Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, exigen respeto y el consentimiento recíprocos y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual".

Finalmente, La Cumbre del Milenio en el año 2000, establece ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio, con el propósito de garantizar un desarrollo económico sostenible, de ellos tres se refieren a: igualdad entre géneros y la autonomía de la mujer, reducción de la mortalidad en la infancia y al mejoramiento de la salud materna.

Ley Orgánica de Salud determina que el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública, así como la obligatoriedad de implementar acciones de prevención y atención en salud integral, sexual y reproductiva dirigida a mujeres y hombres, con énfasis en adolescentes sin costo, esto además de otras disposiciones que constan en el capítulo de la salud sexual y salud reproductiva.

Leyes como la Ley de Educación de la Sexualidad y el Amor, Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, Ley contra la Violencia a la Mujer y la Familia, Ley para la Prevención y Atención del VIH/SIDA, constituyen instrumentos jurídicos y legales que promueven y garantizan los derechos sexuales y reproductivos, al establecer el acceso universal a servicios de: atención integral en casos de violencia intrafamiliar y promoción del buen trato,

salud sexual y salud reproductiva, educación sexual. Además establecen una articulación entre las acciones del Gobierno e instancias de control y veeduría social.

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

4.9 NORMAS DE ATENCIÓN A LA ADOLESCENTE EMBARAZADA.[19]

El control prenatal debe tener las siguientes características:

4.9.1Completo e integral.

- ✓ Atención por personal calificado.
- ✓ Detección precoz del embarazo.
- ✓ Control periódico e integral de la embarazada.

Atención a:

- ✓ Riesgo nutricional.
- ✓ Detección de discapacidades y enfermedades perinatales.
- ✓ Maltrato sexual, violencia intrafamiliar y drogodependencia.
- ✓ Infecciones de transmisión sexual.
- ✓ Consejería pre/pos prueba de VIH/SIDA, detección y referencia.
- ✓ Enfermedades buco–dentales.
- ✓ Referencia de usuarias con riesgo obstétrico perinatal.

Precoz.

El control prenatal debe iniciarse lo más temprano posible en toda paciente embarazada (en el primer trimestre) por la relación entre la edad gestacional del primer control con los resultados del embarazo.

4.9.2Enfoque intercultural.

El proveedor debe tener conocimiento de la cosmovisión tradicional y cultural, con comprensión de las prácticas ancestrales de curación, de acuerdo a la diversidad cultural de la zona de atención.

Periódico.

Toda mujer embarazada de BAJO RIESGO deberá completar mínimo 5 controles prenatales (uno de diagnóstico y cuatro de seguimiento), con el cumplimiento de todas las actividades que se registran en la Historia Clínica Perinatal del CLAP/SMR –OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051.

4.9.3 Nivel mínimo eficiente: 5 controles.

- ✓ Uno en las primera
- ✓ s 20 semanas.
- ✓ Uno entre las 22 y 27 semanas.
- ✓ Uno entre las 28 y 33 semanas.
- ✓ Uno entre las 34 y 37 semanas.
- ✓ Uno entre las 38 y 40 semanas

4.9.4 Afectivo.

- ✓ Toda embarazada debe ser bienvenida y atendida con calidez y calidad.
- ✓ Los horarios de atención deben favorecer la concurrencia al control prenatal.
- ✓ Cuanto mayor el número de horas de atención, más elevado el número de mujeres que pueden concurrir.
- ✓ Cumplir con el horario de turnos y reducir el tiempo de espera de las pacientes.
- ✓ Se deben realizar exámenes y pruebas que respondan a un propósito inmediato y que se ha demostrado que son beneficiosas.

El embarazo en adolescente debe apoyarse también con:

- ✓ Plan de parto.

- ✓ Seguimiento postnatal.
- ✓ Programa educativo y preventivo.
- ✓ Club de padres y madres adolescentes.
- ✓ Psicoprofilaxis del embarazo y parto.
- ✓ Estimulación intraútero y temprana.
- ✓ Promoción de la lactancia materna.
- ✓ Planificación familiar y salud reproductiva.
- ✓ Nutrición y crecimiento.
- ✓ Fomento del rol materno y paterno.
- ✓ Puericultura y cuidado del recién nacido.
- ✓ Sexualidad y salud reproductiva.
- ✓ Escuela para padres y comunicación familiar.
- ✓ Escuela de parejas jóvenes.
- ✓ Fortalecimiento de la autoestima y toma de decisiones.
- ✓ Manualidades y opciones prácticas.
- ✓ Desarrollo del proyecto de vida.
- ✓ Reinserción escolar y Orientación vocacional.
- ✓ Economía familiar.
- ✓ Orientación legal.

4.10 ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENCIA

Desde el punto de vista bioético, hablar de anticoncepción en la adolescencia implica:

- ✓ Proveer de anticonceptivos a la adolescente en riesgo de embarazo que libremente lo solicita, no es sinónimo de condonar o condenar su vida sexual activa.
- ✓ Respetar el principio de la confidencialidad. Las adolescentes deben sentirse confiadas de que su información no será divulgada, sin su consentimiento, ni siquiera a sus padres.
- ✓ Preservar el derecho y la obligación al secreto profesional por parte del médico que realiza la atención.

De acuerdo con los ideales de nuestra cultura, los adolescentes harían bien en posponer las relaciones sexuales hasta la madurez e iniciarla dentro de la

monogamia matrimonial, sea civil, religiosa o aún de unión libre. Para los muy jóvenes lo recomendable es la abstinencia sexual y que se den tiempo para crecer y educarse en general y en materias atinentes con la sexualidad; sin embargo, tienen relaciones sexuales a edad cada vez más temprana. Para la gran mayoría de las personas, las relaciones sexuales empiezan durante la época de la adolescencia; con frecuencia son no planeadas, esporádicas y algunas veces como resultado de presión o fuerza. Ocurren antes de que hayan logrado experiencia, hábitos de auto protección, información suficiente acerca de las infecciones de transmisión sexual, ITS, y de que tengan acceso a los servicios de salud. La primera relación antes de los 15 años es hoy frecuente, así sea bajo la forma de sucedáneos como el coito anal o el sexo oral. La experimentación es una parte normal del desarrollo pero en ocasiones expone a conductas de riesgo. El consumo de drogas, incluidas las intravenosas, es frecuente en la juventud. Las relaciones sexuales no protegidas aumentan el riesgo de gestación a destiempo, de aborto en condiciones inseguras y de ITS, entre ellas el VIH/SIDA. [6]

4.10.1MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

4.10.1.1DEFINICIÓN: Es un método o medio que se utiliza para evitar la concepción o embarazo y este puede ser hormonal, de barrera, naturales, temporales o definitivos.

4.10.1.2ANTICONCEPTIVOS HORMONALES Son distintos preparados anticonceptivos que contienen hormonas femeninas, que pueden administrarse por vía oral o intramuscular. Eficacia: es de 6 a 8 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso Cuando se utilizan en forma correcta y consistente.

4.10.1.3 ANTICONCEPTIVOS ORALES

Se clasifican en:

a) Combinados monofásicos:

- ✓ macro dosificados

- ✓ micro dosificados

b) Combinados trifásicos.

c) Mensuales.

d) Mini píldora o anticonceptivos sólo de progesterona.

A) COMBINADOS MONOFÁSICOS

Este tipo de anticonceptivos hormonales han tenido tan importante desarrollo que, cuando se habla genéricamente de "anticonceptivos orales", se suele hacer alusión a este tipo de asociación. Se componen de un estrógeno el Etinilestradiol más un gestágeno, Todas las grageas tienen igual dosis de estrógenos y progestágenos de allí la denominación de monofásicos.

Mecanismo de acción es la inhibición de la ovulación a través de la inhibición de la secreción de FSH y LH por parte de la hipófisis.

En el mercado existen preparados:

• Macro dosificado: Son aquellos que tienen 50 o más microgramos de Etinilestradiol, No suelen recomendarse, aunque se los puede utilizar como anticonceptivos de emergencia.

• Micro dosificado: Son aquellos que tienen 35 microgramos o menos de Etinilestradiol (EE) por comprimido. Asociados al EE existen diferentes gestágenos. Pueden ser derivados de la Progesterona como la Medroxiprogesterona y Ciproterona o derivados de la Nortestosterona.

El mecanismo de acción de todos los gestágenos es similar, siendo los más nuevos los que mejor controlan el ciclo, evitando el manchado irregular y las metrorragias por disrupción.

B) COMBINADOS TRIFÁSICOS

La dosis de Estrógeno y Progestágeno no es la misma en todas las grageas, sino que tienen tres combinaciones diferentes que se identifican por los distintos colores de los comprimidos. La dosis de Etinilestradiol es similar en todos los comprimidos o aumenta levemente en la mitad del ciclo, mientras que la del gestágeno aumenta en forma progresiva, siendo sensiblemente más elevada en los últimos 7 comprimidos. Por ello es muy importante que la toma sea ordenada, es decir, que se respete la numeración de los comprimidos

impresa en el blíster del producto. Estos preparados surgieron con la ambición de asemejarse al ciclo normal de la mujer, reproduciendo la variación de las cantidades de hormonas secretadas por el ovario en las distintas fases del ciclo. Pero para mantener la eficacia anticonceptiva fue necesario introducir al gestágeno desde el primer comprimido. Es por ello que no presentan ventajas con respecto a los anticonceptivos monofásicos y han sido ampliamente superados por éstos.

Administración:

Anticonceptivos monofásicos: Se toman una vez al día, a la misma hora, durante 21 días es decir una caja completa. Se comienza el primer día de menstruación. Luego de tomar toda la caja, se hace un intervalo de 7 días sin tomar pastillas, en el que comenzará el sangrado mensual, Durante estos 7días también se conserva la protección anticonceptiva. Al octavo día se comenzará una nueva caja de pastillas aunque todavía dure el sangrado.

Anticonceptivos trifásicos: Existen anticonceptivos orales que se presentan en cajas de 28 comprimidos por envase: 24 de un mismo color habitualmente blanco y 4 de un color diferente

Por lo general rojo o naranja. Es muy importante tomar primero las 24 pastillas blancas y luego las 4 de color, ya que estas últimas no tienen hormonas, sino que ayudan a reforzar el hábito de tomar todos los días los comprimidos por eso se los denomina recordatorios. Al día siguiente de terminar un envase, se comienza inmediatamente otro, sin ningún intervalo o pausa. Es decir, que la única diferencia con los monofásicos es que la primera caja se inicia al quinto día del ciclo. En todo lo demás el procedimiento es idéntico. Se puede aprovechar este comienzo más tardío de la primera caja, cuando concurre a la consulta una mujer que ha iniciado su menstruación hace menos de cinco días.

Errores en la toma de los anticonceptivos hormonales orales:

Los errores más frecuentes son:

- ✓ Olvido de toma: consiste en no tomar el comprimido en la hora habitual, o no tomarlo ese día.

- ✓ Modificar el intervalo de días indicado por el Medico entre el último comprimido de una caja y el primer comprimido de la siguiente, que habitualmente es de 7 días.
- ✓ Efectuar "descansos" en la toma, es decir, dejar pasar uno o varios meses sin tomar anticonceptivos.
- ✓ Abandonar el método sin cambiar por otro método igualmente eficaz.

Recomendaciones:

- ✓ Para evitar el olvido de toma es conveniente establecer una rutina:
  - Asociar la toma a un acto cotidiano como cepillarse los dientes, ajustar el despertador, etc.
  - Tomar la pastilla siempre a la misma hora.
  - Involucrar a la pareja en la rutina.
  - Tener la píldora en un lugar visible.
  - Mantener los comprimidos en el envase original hasta el momento de la toma, ya que los números o días impresos en el blíster ayudarán a no olvidar la toma.

En el caso de haber olvidado la toma de un comprimido:

- ✓ Si transcurrieron menos de 12 horas del horario habitual de toma: tomarlo en ese momento.
- ✓ Si pasaron más de 12 horas del horario habitual de toma: Durante la primera y segunda semana de toma de comprimidos de la caja actual, se debe tomar la pastilla olvidada inmediatamente, aunque esto implique tomar dos pastillas juntas (la olvidada el día anterior y la que corresponde al día actual). Además, se debe utilizar preservativo por siete días consecutivos contando desde el día en que se tomó el comprimido olvidado.
- ✓ Durante la tercera semana de toma de comprimidos de la caja actual, se puede optar entre dos procedimientos:
  1. Interrumpir la toma de pastillas y tirar el resto de la caja. No tomar pastillas por siete días, y al octavo día iniciar una nueva caja. La fecha menstrual se adelantará pero se mantendrá la eficacia anticonceptiva. Esta opción es la adecuada cuando se trata del

primer comprimido olvidado en el mes; es decir, si todos los anteriores fueron tomados correctamente.

2. Tomar la pastilla olvidada inmediatamente, aunque esto implique tomar dos pastillas juntas la olvidada el día anterior y la que corresponde al día presente. Continuar tomando los comprimidos hasta terminar la caja, y comenzar una caja nueva inmediatamente a continuación de la anterior, sin el intervalo habitual de siete días sin pastillas. La menstruación se presentará sólo al terminar esta segunda caja, pero se mantendrá la eficacia anticonceptiva. Esta opción es la adecuada si se habían olvidado otros comprimidos durante el mes; es decir, si no fue el único olvido durante la toma de la presente caja.

Ventajas:

- ✓ Bajo riesgo de complicaciones.
- ✓ Muy efectivos cuando se usan correctamente.
- ✓ Regularizan los periodos menstruales y disminuyen su volumen y duración, así como los cólicos menstruales.
- ✓ No necesitan períodos de descanso.
- ✓ Pueden usarse desde la adolescencia a la menopausia.
- ✓ Puede interrumpirse su uso en cualquier momento, recuperándose inmediatamente la fertilidad.
- ✓ Previenen o disminuyen la anemia por déficit de hierro.
- ✓ Tienen efecto protector en embarazo ectópico, cáncer de endometrio, cáncer de ovario, quiste de ovario, enfermedad inflamatoria pélvica, enfermedad benigna de la mama.

Desventajas:

- ✓ Algunas usuarias refieren que la necesidad de toma diaria les incomoda.
- ✓ Pueden presentarse efectos secundarios leves como sangrado inter menstrual, cefaleas sin trastornos de la visión, náuseas, vómitos, aumento de peso (sólo el 20 % aumenta más de dos kilos en un año).

Estos suelen desaparecer con la continuidad del tratamiento y no son una indicación para discontinuar el uso.

C. MENSUALES

Se administra un comprimido por mes. Contiene alta dosis de un estrógeno de depósito Quinestrol asociado a un progestágeno Diacetato de Etinodiol. Produce frecuentes trastornos del sangrado debido a la excesiva dosis de estrógenos de vida media prolongada. Son poco utilizados por sus efectos adversos.

Ventajas: Su comodidad.

Desventajas: Alta frecuencia de efectos adversos. Sangrado inter menstrual

Administración: Se debe tomar el primer comprimido el día 23º del ciclo, y luego regularmente cada 30 días la misma fecha calendario. El efecto anticonceptivo comienza luego del sangrado que sigue a la primera toma.

D) MINIPÍLDORAS O ANTICONCEPTIVOS SÓLO DE PROGESTERONA.

Se conocen también como POP (Progesterone Only Pill). Existen tres píldoras sólo de progesterona que contienen Linestrenol 0,5 mg, Levonorgestrel 0,030 mg y Norgestrel 0,75 mg. No inhiben la ovulación.

Su mecanismo de acción consiste en modificar el moco cervical haciéndolo denso y hostil a los espermatozoides, impidiendo así el ascenso de los mismos hacia la cavidad uterina.

Estos anticonceptivos suelen utilizarse: Durante la lactancia materna, con una eficacia del 99,5% los primeros seis meses del puerperio.

En aquellas mujeres que tienen contraindicado el uso de estrógenos pero no el de progesterona, como en los casos leves a moderados de hipertensión arterial, con una eficacia del 96,8%.En la peri menopausia, si no se desea utilizar estrógenos por ejemplo, en mujeres fumadoras mayores de 35 años o hipertensas, con una eficacia del 96,8%.

Administración: Si la mujer ha tenido un parto, se comienza la toma de la mini píldora a los 21 días del parto y se continúa con una gragea diaria, siempre a la misma hora, sin interrumpir la toma en ningún momento; es decir, que se inicia una nueva caja inmediatamente de la anterior.

Deben transcurrir catorce días de iniciada la toma para lograr la eficacia anticonceptiva La mujer continuará en amenorrea durante todo el tratamiento. Si el niño deja de alimentarse exclusivamente de leche materna y comienza a espaciar las veces que alimentan por incorporación de papillas, la eficacia anticonceptiva disminuirá. Es habitual que en ese momento la usuaria vuelva a menstruar.

Si la mujer no ha tenido un parto recientemente y menstrúa regularmente, se inicia la toma el primer día de la menstruación, con un comprimido por día, siempre a la misma hora, sin interrupción ni intervalo entre un envase y el siguiente.

Es frecuente que se presenten alteraciones del patrón de sangrado mensual o manchado irregular, sin que ello justifique suspender el tratamiento. Si la usuaria entra en amenorrea, es necesario descartar primero la posibilidad de que esté embarazada.

En caso de olvido de toma se debe agregar el uso de otro método anticonceptivo de barrera por catorce días.

Ventaja: Su buena tolerancia. Es posible su utilización durante la lactancia. Puede emplearse en fumadoras mayores de 35 años, en las que otros anticonceptivos se hayan contraindicados.

Desventajas:

En un grupo reducido de mujeres, puede producir disminución de la lactancia o alteraciones del ciclo menstrual. Como único método anticonceptivo es de menor eficacia que los anovulatorios. [20]

Cómo utilizarla:

El envase contiene una sola pastilla que hay que tomarla antes de las72 horas de la relación sexual no suficientemente protegida. Cuanto antes se tome la pastilla, más eficacia anticonceptiva se tiene. Pasadas72 horas desde la relación sexual de riesgo (3 días), su eficacia no se puede garantizar pasado este tiempo no se asegura su eficacia.

El envase de dos tabletas se toma la primera luego de transcurrida la relación sexual y la segunda 24 horas después.

La píldora postcoital no interrumpe un embarazo establecido. No es, por tanto, un método abortivo.

Efectos colaterales:

- ✓ Leve sangrado irregular durante 1 a 2 días después de tomar PAE
- ✓ Menstruación irregular

Una semana después:

- ✓ Náuseas y vómitos
- ✓ Dolor abdominal
- ✓ Cefalea
- ✓ Fatiga
- ✓ Dolor de las glándulas mamarias

4.10.1.4 METODOS HORMONALES INYECTABLES

A. Mensuales de segunda generación: Están compuestos por un estrógeno de acción breve Valerato o Cipionato de Estradiol y un gestágeno de acción prolongada Enantato de Noretisterona o de Medroxiprogesterona. No producen aumento del sangrado menstrual sino que por el contrario lo disminuyen, siendo la amenorrea un efecto adverso frecuente.

Cabe destacar que dicha amenorrea se debe al bajo aporte de estrógenos, por lo que no constituye un signo de alarma que indique suspender el tratamiento una vez descartado el embarazo. La misma es totalmente reversible si se suspende la aplicación del medicamento y puede tratarse agregando estrógenos en parches o comprimidos, una semana antes de la fecha en que se espera la menstruación (un comprimido de estrógenos conjugados equinos de 0,625 por día por 7 días, o un parche de 50 microgramos de Estradiol aplicado una semana antes de la fecha menstrual; si el parche tiene una duración de tres días, el mismo deberá cambiarse una vez. La primera dosis se aplica el primer día del ciclo; y luego, cada treinta días, pudiéndose adelantar o retrasar tres días, por lo que resulta práctico que la usuaria lo aplique siempre en la misma fecha calendario.

Ventajas: una sola aplicación mensual.

Desventajas: son frecuentes las alteraciones del ciclo menstrual.

B. Trimestrales: Consiste en una dosis de 150 mg de Acetato de Medroxiprogesterona de liberación lenta. La dosis de este gestágeno inhibe

eficazmente la ovulación dando una eficacia anticonceptiva de 99,7 %. El efecto adverso más frecuente es la amenorrea, que se verifica en el 60 % de las usuarias. Si bien se trata de un anticonceptivo de progesterona sola, está contraindicado en la hipertensión arterial, ya que el efecto mineralocorticoide de la Medroxiprogesterona en una dosis alta puede elevar la presión arterial.

La primera dosis se aplica el primer día de la menstruación, y luego cada tres meses calendario.

Ventajas: su alta eficacia anticonceptiva y su administración a intervalos prolongados.

Desventajas: frecuentes alteraciones del ciclo menstrual, menor reversibilidad de sus efectos anticonceptivos.[21]

4.10.1.5. PARCHE COMBINADO.

Es un método hormonal que actúa liberando continuamente 2 hormonas una progestina y un estrógeno, como las hormonas naturales progesterona y estrógeno en el cuerpo de la mujer directamente a través de la piel al torrente sanguíneo.

El medio que se utiliza es un parque pequeño, delgado, cuadrado, de plástico flexible, que se usa adherido a cualquier parte del cuerpo. Se usa un parche nuevo cada semana durante 3 semanas, seguido de una cuarta semana en la que no se usa parche. Durante esta cuarta semana la mujer tendrá su menstruación.

Mecanismo de acción: Actúa fundamentalmente impidiendo la ovulación.

Eficacia*:* Esta depende directamente de la usuaria. El riesgo de embarazo es mayor cuando la mujer atrasa el cambio de parche.

El parche es nuevo y se cuenta con investigación limitada sobre su eficacia. Las tasas de eficacia en los ensayos clínicos del parche sugieren que podría ser más eficaz que los anticonceptivos orales combinados, tal como se los usa comúnmente y con el uso correcto Las tasas de embarazo pueden ser levemente más altas entre las mujeres que pesen 90 kg o más. La fertilidad se

recupera luego de descontinuar el método. Este método no ofrece protección contra enfermedades de transmisión sexual.

Efectos adversos: Algunas usuarias relatan lo siguiente:

- Irritación cutánea o erupción en el sitio de aplicación del parche
- Cambios en la menstruación:
- Sangrado más leve y menos días de sangrado
- Sangrado irregular
- Sangrado prolongado
- No hay menstruación
- Cefaleas
- Náuseas
- Vómitos
- Tensión y dolor mamarios
- Dolor abdominal
- Síntomas gripales/infección de la vía respiratoria alta
- Irritación, rubor, o inflamación de la vagina (vaginitis)

Como colocar:

1. Se debe retirar el parche de la bolsa y luego despegar la capa adherible sin tocar la superficie pegajosa que es la que ira pegada al cuerpo.
2. Elegir el lugar donde se lo colocara esta puede ser: la parte superior externa del brazo, espalda, estómago, abdomen o glúteos, la zona debe estar limpia y seca.
3. Luego apretar contra la piel la parte pegajosa que tiene el medicamento durante 10 segundos.
4. Debe deslizarse el dedo a lo largo del borde para asegurarse que se pegue.
5. El parche quedará fijo en su lugar inclusive durante el trabajo, ejercicio, natación y baño.
6. Debe cambiarse el parche todas las semanas durante 3 semanas seguidas. Debe aplicarse cada nuevo parche el mismo día de cada semana.

   Por ejemplo si se pone el primer parche un domingo, todos sus parches deben aplicarse un domingo.

7. Se debe aplicar el parche nuevo en el mismo lugar donde se había puesto el parche anterior para evitar irritaciones.
8. No debe usar un parche en la cuarta semana, Probablemente presente la menstruación esa semana
9. Después de la semana sin parche debe aplicarse un nuevo parche.
10. Nunca deben pasar más de 7 días sin que use parche. De hacerlo corre riego de embarazo.

Instrucciones para la Extracción o Reemplazo Tardío

Se olvidó de cambiarse el parche en el medio del ciclo del parche

- Si se atrasa 1 o 2 días (hasta 48 horas): Aplique un nuevo parche en cuanto lo recuerde Mantenga el mismo día de cambio de parche No necesita un método de respaldo.
- Si se atrasa más de 2 días(más de 48 horas): Interrumpa el ciclo actual y comience un nuevo ciclo de 4 semanas aplicando un nuevo parche inmediatamente Registre este día de la semana como el nuevo día de cambio de parche Use un método de respaldo los primeros 7días de uso del parche

Se olvidó de retirar el parche al final del ciclo del parche en la semana 4?

Retire el parche, Comience el próximo ciclo el día habitual del cambio de parche. No necesita un método de respaldo.[21]

4.10.1.6IMPLANTES SUBDÉRMICOS

Los implantes subdérmicos son cápsulas que se colocan debajo de la piel del brazo de la mujer y que liberan lentamente hormonas en el torrente sanguíneo. Dentro de los que se utiliza a nivel de nuestro país el Norplant o el Implanon.

Norplant:

El Norplant es un sistema de implantes subdérmicos, constituido por 6 cápsulas de polidimetilsilixano, conocido como Silastic®, cada una de las cuales mide 36 mm de largo por 2,4 mm de diámetro y contiene 36 mg de cristales de levonorgestrel.

Las cápsulas liberan alrededor de 30 µg de levonorgestrel diarios y proveen una efectividad anticonceptiva por aproximadamente 5 años.[22]

Implanon:

Es un implante no biodegradable, radiopaco, flexible, precargado en un aplicador estéril, listo para usar y desechable, que contiene 68 mg de etonogestrel; la tasa de liberación es de alrededor de 60-70 µg/día en la semana 5-6, y disminuye alrededor de 35-45 µg/día al final del primer año, alrededor de 30-40 µg/día al final del segundo año, y aproximadamente 25-30 µg/día al final del tercer año. El innovador aplicador se diseñó para accionarlo con una mano y para facilitar la correcta inserción del implante con la mano.[23]

Mecanismo de acción:

1. Por bloqueo de la ovulación. El levonorgestrel suprime la liberación del pico ovulatorio de la hormona Luteinizante (LH), por un bloqueo tanto a nivel hipotalámico como hipofisario producen cambios físicos y químicos en el moco cervical.
2. El moco se hace más espeso y no se producen sus variaciones cíclicas normales. Esta viscosidad dificulta la penetración de los espermatozoides y aquéllos que logran penetrar tienen una movilidad menor.
3. Insuficiencia lútea. El tercer mecanismo postulado se basa en el hecho que en muchos de los ciclos ovulatorios, la baja producción de progesterona por el ovario impide el desarrollo adecuado del endometrio de tipo secretorio

Características:

- ✓ Es seguro y su eficacia es de por lo menos 99 por ciento en la prevención del embarazo.
- ✓ Es fácil de usar. No se necesita hacer nada durante el acto sexual
- ✓ Su efecto es prolongado, pero reversible.
- ✓ No contiene estrógeno; por lo tanto, pueden usarlo las mujeres que están amamantando o las que tienen condiciones de salud que puedan impedirles el uso de anticonceptivos que contienen estrógeno. Además, ofrece beneficios para la salud no relacionados con la anticoncepción; por ejemplo, disminuye la pérdida de sangre menstrual.

Contraindicaciones:

- ✓ Embarazo conocido o sospecha de embarazo.
- ✓ Trastorno tromboembólico venoso activo.
- ✓ Tumores que se sabe o se sospecha que sean sensibles a los esteroides sexuales.
- ✓ Presencia o antecedentes de enfermedad hepática grave en la medida que los valores de la función hepática no volvieron al nivel normal.
- ✓ Sangrado vaginal sin diagnóstico.
- ✓ Hipersensibilidad al principio activo

Inserción y retiro del implante:

La inserción y el retiro son procederes quirúrgicos menores, que se realizan con anestesia local. Los únicos instrumentos necesarios son jeringuilla, aguja, bisturí y un trocar No. 10 y generalmente, se hace entre los primeros 5 a 7 d de iniciado el sangrado menstrual para estar seguro que la mujer no esté embarazada. La o las capsulas de acuerdo al implante se colocan en la parte interna del brazo, justamente bajo la piel; la cápsulas que se implantan demasiado profundo luego resultan difíciles de retirar.

El retiro es más difícil que la inserción y, generalmente, toma de 15 a 30 min. Antes de proceder a retirar se deben localizar todos los implantes y puede marcarse el sitio con una pluma para facilitar el procedimiento.

Se aplica una pequeña cantidad de anestesia (1 a 2 ml de lidocaína al 1 %) en la base. La incisión que se hace es ligeramente mayor que la realizada para la inserción. Es difícil retirar los implantes por la presencia de tejido fibroso que crece alrededor de la o las cápsulas y los mantiene firmemente en su lugar. Es necesario eliminar todo ese tejido completamente para tener éxito en la extracción del implante. Se utiliza la pinza mosquito para asir las cápsulas y extraerlas, luego se puede realizar una sutura mínima y aplica un pequeño vendaje compresivo. Con frecuencia se puede presentar un área de hematoma como consecuencia del trauma de los tejidos durante la manipulación.[23]

4.10.2DIAFRAGMA

Eficacia: Su eficacia es de 20 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso. Si su uso es correcto, consistente y combinado con espermicidas, desciende a 6 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
Consiste en un aro de goma cubierto por una membrana del mismo material que se adapta a la cúpula vaginal, entre el fondo de saco vaginal posterior y la sínfisis pubiana, cubriendo el cérvix y obstruyendo el orificio externo. Es por ello que existen diferentes medidas estandarizadas cada medio centímetro desde el 6 cuando el diámetro es de 6 cm y hasta 8,5 cuando es de 8,5 cm.
Para medir el diafragma que necesita la usuaria existen aros esterilizables de distintos diámetros que el profesional de la salud coloca en la vagina de la mujer; luego le pide que se levante y camine, para luego efectuar un tacto vaginal que verifique que el anillo no se ha movido de su lugar, es decir que permanece sostenido entre el fondo de saco posterior y la sínfisis púbica. Un diafragma pequeño se deslizará hacia abajo y puede moverse libremente hacia los costados. Un diafragma grande no logrará desplegarse totalmente o no se sujetará por encima de la sínfisis púbica, sino que ese extremo tenderá a salir por la vulva. Su uso debe combinarse con cremas o geles espermicidas.
Es importante utilizar el diafragma en todas las relaciones, independientemente del día del ciclo en que se encuentre la mujer.

Como colocarlo:

- Es conveniente recostarse o levantar una pierna y apoyarla sobre una silla.
- Se le debe colocar el espermicida en crema o gel sobre el borde del anillo, en el centro por su cara superior y en el centro por su cara inferior. Se toma entre los dedos índice y pulgar de la mano hábil.
- Con la otra mano se entreabren los labios de la vulva. Se introduce el diafragma profundamente dirigiéndolo hacia la pared posterior de la vagina. Se verifica con un dedo en la vagina que el borde anterior esté

correctamente colocado por encima de la sínfisis pubiana y que el cuello uterino esté cubierto por el diafragma.

- Se coloca hasta una hora antes de la relación sexual. Si el lapso será mayor, agregar una dosis extra de espermicida antes del coito.
- Si se tendrá una segunda relación sexual, aplicar otra dosis de espermicida.
- Retirar el diafragma entre 6 y 8 horas luego del último coito, como mínimo.
- Para hacerlo, introducir el índice en la vagina hasta tocar la porción anterior del anillo, y traccionar suavemente.
- Lavar el diafragma con agua y jabón neutro por ejemplo, el jabón blanco de lavar la ropa; secarlo bien sin refregar, y guardarlo en su envase original con fécula para bebés o de maíz. Se debe evitar el uso de talco ya que no es biodegradable y produce reacciones de cuerpo extraño en el tracto genital superior e inferior.
- Periódicamente, mirarlo detenidamente con una luz potente para asegurarse de que no presenta fisuras. Cuidar de no rasgarlo con las uñas.

Ventajas: No provoca efectos secundarios sistémicos. Es de uso temporario. La mujer puede controlar el método, colocándolo antes del inicio del juego sexual, por lo que no interrumpe el mismo.

Desventajas: Requiere medición para su selección adecuada y adiestramiento para una correcta colocación. Es necesaria una alta motivación para su uso eficaz. Puede producir cistitis en mujeres predispuestas. Los espermicidas pueden provocar reacciones alérgicas.

4.10.3 METODOS CON SUSTANCIAS QUIMICAS.[24]

A. ESPERMICIDAS

Son sustancias surfactantes que actúan por contacto sobre la superficie del espermatozoide. Se presentan en varias formas farmacéuticas: cremas, jaleas, espumas, tabletas, óvulos.

Deben introducirse en la vagina, cerca del cérvix, con una anticipación no mayor de 1 hora respecto del coito ya que pierden su actividad espermicida con el transcurso del tiempo y no menor de 10 a 15 minutos antes para dar tiempo a su disolución, si son óvulos o tabletas. Debe recomendarse no realizar ninguna higiene vaginal por un mínimo de 7horas luego del coito.

Debido a su alta tasa de fallas, se recomienda su uso asociado a un método de barrera, como el preservativo o el diafragma.

Puede tener efectos colaterales relacionados con reacciones alérgicas a alguno de sus componentes.

B.ESPONJAS VAGINALES

Son esponjas de poliuretano impregnadas en Nonoxynol o Cloruro de Benzalconio, que liberan el espermicida en el medio vaginal. Se colocan como un tampón pudiendo ser retirados con facilidad.

Son desechables después del coito. Ofrecen una protección continua por 24 horas y deben ser removidas 6 a 8 horas después de la última relación.

Ventajas: Son de uso temporario. No presentan efectos secundarios sistémicos.

Desventajas: Su baja eficacia. Puede inducir reacciones alérgicas en cualquiera de los miembros de la pareja. Dificultades en la extracción.

4.10.4 DISPOSITIVO INTRAUTERINO O DIU

El dispositivo intrauterino o (DIU) Es un pequeño armazón en forma de T, por lo que también es llamada T de Cobre, como su nombre lo dice es de cobre lo que provoca al nivel del endometrio uterino alteración del medio químico lo que ocasiona daño en el esperma. Además del dispositivo de cobre está el medicado o liberador de hormona.

El medico lo inserta en el útero de la mujer por vía vaginal, atravesando el cuello uterino o cérvix. Casi todos los tipos de DIU llevan atados uno o dos hilos, o hebras. Los hilos atraviesan el cérvix y quedan colgando en la vagina.

Eficacia: Uno de los métodos más eficaces y perdurables*:*

Menos de 1 embarazo por 100 mujeres que utilizan un DIU en el correr del primer año (6 a 8 por 1.000 mujeres). Se mantiene un pequeño riesgo de

embarazo más allá del primer año de uso y hasta tanto la mujer siga utilizando el DIU. Más de 10 años de uso del DIU: Aproximadamente 2 embarazos por100 mujeres

Los dispositivos intrauterinos (DIU) que existen actualmente son muy seguros y se encuentran entre las opciones anticonceptivas más eficaces disponibles.

El DIU que se usa frecuentemente es la TCu380A de cobre, cuya eficacia dura hasta 10 años.

El mecanismo de acción: principal de la TCu380A y de otros DIU es provocar una reacción inflamatoria endometrial que impide el paso de los espermatozoides. Pocos espermatozoides alcanzan a llegar al lugar de la fertilización en las trompas de Falopio, y los que llegan no tienen probabilidades de fertilizar un óvulo.

La OMS ha declarado que no es probable que la eficacia anticonceptiva de los DIU resulte, principal o exclusivamente, de su capacidad de interferir con la implantación.

Características:

Entre las ventajas del DIU de cobre, aparte de su seguridad y alta eficacia, figuran las siguientes:

- ✓ No se necesita hacer nada durante el acto sexual ni en ningún otro momento. Sin embargo, es aconsejable que la mujer verifique regularmente la presencia de los hilos del DIU, generalmente después de la menstruación, para cerciorarse de que el dispositivo sigue en su sitio.
- ✓ Tiene efecto prolongado y es fácilmente reversible; por lo general, la
- ✓ fertilidad regresa muy pronto después de la extracción.
- ✓ No tiene efectos secundarios sistémicos.
- ✓ Rara vez ocurren complicaciones, como la perforación o expulsión.
- ✓ Las mujeres que están amamantando pueden usarlo sin peligro.

Entre las desventajas del DIU de cobre figuran las siguientes:

- ✓ Puede tener efectos secundarios, como dolor durante la menstruación, y sangrado menstrual más abundante y prolongado en las mujeres que tienen pocas reservas de hierro puede causar anemia por deficiencia de

hierro. Los efectos secundarios son más comunes durante los primeros meses después de la inserción del DIU de cobre, pero generalmente éstos disminuyen con el tiempo.

- ✓ No es adecuado para las mujeres que corren el riesgo de contraer ITS.
- ✓ No protege contra la transmisión de ITS, incluida la infección por el VIH.

4.10.5. METODO DE LA LACTANCIA (MELA) [25]

Eficacia: En los primeros 6 meses después del parto, su eficacia es del 98% (2 en cada 100). Tal eficacia aumenta cuando se usa en forma correcta y consistente, hasta 0,5 embarazos por cada 100 mujeres en los primeros 6 meses después del parto (1 en cada 200).

La relación entre la duración de la lactancia y la duración de la amenorrea posparto ha sido suficientemente demostrada: a mayor duración de la lactancia, mayor duración del período de amenorrea. La duración promedio del período de amenorrea en las madres que no amamantan es de 55 a 60 días, con un rango de variación entre 20 y 120 días. La lactancia exclusiva se asocia con períodos más largos de amenorrea e infertilidad que la lactancia parcial.

El método de la Lactancia Materna o MELA consiste en utilizar la lactancia como método temporal de planificación familiar.

Como método anticonceptivo, el MELA es válido sólo si:

• La lactancia es exclusiva y la madre amamanta frecuentemente, tanto de día como de noche.

• No se han reiniciado sus períodos menstruales

• El bebé es menor de 6 meses de edad.

Si estas condiciones no se cumplen, o si se cumple sólo alguna de ellas, la mujer debería hacer planes para comenzar a usar otro método de planificación familiar.

Mecanismo de acción:

Detiene la ovulación, ya que la lactancia materna produce cambios en la velocidad a la que se liberan las hormonas naturales.

Ventajas:

• Previene el embarazo en forma efectiva por lo menos durante 6 meses.

• Promueve los mejores hábitos de lactancia materna.

• Puede usarse inmediatamente después del parto.
• No hay necesidad de hacer nada en el momento del coito.
• No hay costos directos relacionados a la planificación familiar o a la alimentación del bebé.
• No se requiere ningún suministro ni procedimiento para prevenir el embarazo.
• Ningún efecto secundario.

Desventajas:

• No hay certeza de efectividad después de los 6 meses.
• La lactancia frecuente puede crear inconvenientes o dificultades para algunas madres, en particular las que trabajan.
• No brinda protección contra las enfermedades de transmisión sexual (ETS) incluyendo el SIDA.

4.10.6. METODOS NATURALES

Estos métodos como su nombre lo indica son método en los que no se utiliza hormonas, ni algún método antes descrito y cabe resaltan que no son métodos seguro o eficaces y que estos no ofrecen ninguna protección contra enfermedades de transmisión sexual. Dentro de este grupo están:

A. Método del ritmo

El método del ritmo, o calendario: Es uno de los métodos naturales tradicionales para evitar el embarazo. En efecto, éste método, como todos los métodos naturales, se basa en que la mujer identifique su período fértil y se abstenga de tener relaciones en esos días. Para ello es fundamental que la mujer identifique el día que ovula. En el método del ritmo o calendario se calcula el día de la ovulación mediante una fórmula basada en el comportamiento de las menstruaciones de la mujer durante varios meses. Si repetitivamente transcurren 28 días entre una y otra menstruación, esa mujer está ovulando el día 14 de su ciclo y debe suponerse que el intervalo de fertilidad se extiende desde 7 días antes de la ovulación hasta 3 días después de la mismo. Es decir, para evitar el embarazo, esa mujer no debiera tener relaciones sexuales desde el día octavo hasta el día 17 del ciclo. Este método es uno de los métodos naturales más antiguos descritos y ha sido usado por

muchos años, sin embargo, es también uno de los métodos más inexactos y con mayor porcentaje de falla, que resulta en embarazos no deseados, ya que la ovulación de la mujer puede variar por diversas circunstancias.

B. **El método Billings:**

Es uno de los mejores métodos de planificación natural de la familia. Consiste en verificar los cambios producidos en el moco cervical del cuello uterino, en las distintas fases del ciclo menstrual. Así se puede determinar con alta seguridad, la presencia de un período infértil o fértil. La sola presencia de moco cervical con características de fertilidad obliga a abstenerse de las relaciones sexuales. Aunque la técnica es sencilla y segura, para su correcto uso, se requiere de un aprendizaje previo que involucra a la pareja y un compromiso de ésta para seguir este método con responsabilidad.

C. **Método de la temperatura basal:**

Este método anticonceptivo se basa en el hecho de que la temperatura corporal de la mujer aumenta, durante el ciclo menstrual y ovulatorio, es decir que se compone de dos partes claramente distinguibles entre sí. Esta diferencia de temperatura entre una y otra fase se debe a la influencia hormonal natural de la mujer; primero a la acción de los estrógenos, producidos en la primera fase desde la menstruación hasta la ovulación, que bajan ligeramente la temperatura, y a la posterior acción de la progesterona producida durante la segunda fase correspondiente al tiempo desde que ocurre la ovulación hasta la siguiente menstruación y que hace que la temperatura se eleve ligeramente.

Al tomar la temperatura cada día y registrarla gráficamente, se observa que dicha temperatura es más baja durante la primera mitad del ciclo y la ovulación ocurre antes o al mismo tiempo en que la temperatura se eleva, es decir: o el último día de la fase baja de temperatura o el primer día de la elevación de temperatura.

Para evitar el embarazo es preciso no mantener relaciones sexuales durante al menos los siete días anteriores al día en que se espera que aumente la temperatura y los tres días posteriores a dicho aumento. La eficacia de este

método es mayor cuando no se realiza el coito desde el primer día del ciclo menstrual hasta cuatro días después del aumento de la temperatura, lo que presupone la limitación de las relaciones sexuales a unos 10 días en cada ciclo.

D. El método coito interrumpido o más conocido como coitus interruptus:

Es el método más antiguo y puesto en práctica por el varón para el control de la natalidad. Este método consiste en la extracción o retiro del pene de la vagina antes de que se produzca la eyaculación, de tal modo que el semen sea expulsado fuera de la vagina y lejos de los genitales. Esta técnica sigue siendo usado erróneamente principalmente por gran parte de los jóvenes y adolescentes, como método de anticoncepción, provocando un número de fallos reiterados por su alto grado de ineficacia. El líquido seminal se produce desde el inicio de la erección y de forma independiente si el hombre presenta orgasmo; por tanto, el riesgo de que ocurra un embarazo es alto, casi como si no se usara método anticonceptivo. A la hora de considerar las ventajas de este método está el que no requiere de capacitación por parte de especialistas ni uso de procedimientos químicos o mecánicos. En cuanto a los inconvenientes del coitus interruptus, el principal es la alta tasa real de embarazo no deseado. También está la imposibilidad por parte del hombre de interrumpir el coito con suficiente antelación para que el semen no contacte con los genitales externos de la mujer.[25]

4.10.7 MÉTODOS DE ESTERILIZACIÓN DEFINITIVA

Dichos métodos de contracepción permanente, requieren intervención quirúrgica en hombres o en mujeres donde se realiza el corte y ligadura de los conductos deferentes en los hombres y de las trompas de Falopio , por lo que es preciso indicar al paciente que este método es definitivo y asegurarnos que esté tomando bien su decisión, ya que si posteriormente decidiera tener hijos se podría realizar una plastia que consiste en volver a unir los segmentos cortados pero esto no garantiza que vuelva a procrear.

A. **Vasectomía:** Es la esterilización que se realiza el hombre en donde se corta y liga los conductos deferentes. Se debe tener en cuenta de utilizar un preservativo los 3 primeros meses.

Eficacia: 99,9 %

Es un método quirúrgico de esterilización para hombres que están seguros de no querer tener hijos.

Ventajas:

• Es permanente.

• No tiene efectos sobre el placer sexual ni sobre el desempeño del acto sexual.

• Ningún efecto secundario conocido a largo plazo.

• Es un procedimiento simple y seguro.

•Totalmente efectivo después de al menos 20 eyaculaciones o de tres meses.

• Requiere consejería y consentimiento informado que sea apropiado.

Desventajas:

• Complicaciones infrecuentes en la cirugía: sangrado o infección en el lugar de la incisión, coágulos en el escroto.

• Requiere cirugía por parte de médico capacitado.

B. **Interrupción Quirúrgica Tubárica o ligadura de trompas:** se realiza un corte y ligadura de las trompas de Falopio.

Eficacia:

La interrupción quirúrgica tubárica es una de las técnicas de esterilización femenina más efectiva. En el primer año después del procedimiento, 0,05 embarazos por cada 100 mujeres (1 en cada 2000 mujeres). En los siguientes 10 años después del procedimiento asciende a 0,75 embarazos por cada 100 mujeres (1 en cada 133).Provee contracepción permanente a las mujeres que no desean tener hijos definitivamente. Es un procedimiento quirúrgico simple y sin riesgos. Al igual se debe indicar que luego de realizada es difícil volver a revertir el proceso.

Ventajas

• No necesita suministros ni controles periódicos.

• No interfiere con las relaciones sexuales.

• No tiene efectos sobre la salud conocidos a largo plazo.

Desventajas

• Complicaciones infrecuentes en la cirugía: infección o sangrado en el lugar de la incisión, sangrado o infección interna, riesgos de la anestesia.

• En casos raros, cuando ocurre un embarazo, es mayor la posibilidad de embarazos ectópicos.

• Requiere examen físico y cirugía realizada por médico capacitado.

• No provee protección contra ETS/SIDA

4.10.8 PRESERVATIVOS

A. Preservativo masculino o condón

Es una funda de látex muy delgada que se coloca sobre el pene erecto antes de la penetración y se utiliza durante toda la relación sexual. Además de evitar el embarazo, es el único método anticonceptivo, junto con el preservativo femenino que ayuda a prevenir el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual. Por eso debe usarse durante la penetración vaginal o anal y el sexo oral.

Eficacia: 14 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso (1 en cada 8). Los fracasos se deben más a problemas en su colocación o de escurrimiento del semen que a la posibilidad de ruptura. Si su uso es correcto y consistente desciende a 3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso (1 en cada 33).

Para usar correctamente el preservativo se deben seguir estas recomendaciones:

1. Usar un condón en cada relación.
2. Sacar el preservativo de su envoltorio con cuidado de no romperlo.
3. Colocarlo cuando ocurre la erección, antes de la primera penetración, dejando un espacio en su extremo superior para contener el semen eyaculado, al hacerlo no estirar con fuerza el extremo del condón sobre la punta del pene.
4. Después de la eyaculación, retirar el pene de la vagina, sosteniendo el preservativo por su base para que éste no se salga, el condón queda

grande a medida que el pene va perdiendo su rigidez por lo que se debe de tratar de no derramar esperma al hacer esta maniobra.

5. No reutilizar nunca. Tirarlo envuelto en un trozo de papel.
6. Si necesita lubricante, usar uno a base de agua (la misma jalea espermicida sirve) ya que los de base oleosa deterioran el látex. Constituye el método de uso más frecuente, ya que a su accesibilidad y bajo costo se agrega actualmente su elección como método en la prevención de las enfermedades de transmisión sexual entre ellas el SIDA y la Hepatitis B.

Ventajas: De fácil acceso, no requiere preparación previa.

Desventajas: Se requiere motivación para su uso constante y correcto, por lo que es importante en consejería animar a los pacientes a su uso.
Implantes

B. Preservativo femenino

Eficacia: 95 al 71%, aumentando con la continuidad del uso. No se han comprobado fallas del tipo rotura. La falla más frecuente es la penetración del semen por fuera del anillo que cubre la vulva o su desplazamiento hacia el interior de la vagina.

Se trata de una vaina flexible de poliuretano auto lubricado que se ajusta a las paredes de la vagina. Posee dos anillos flexibles: uno interno, usado para su inserción y retención semejando un diafragma y que mantiene el preservativo femenino en posición adecuada y otro anillo externo que se ubica sobre los labios y permanece fuera de la vagina protegiendo los genitales externos durante el coito.

Ventajas: permite que la mujer pueda ejercer su propio cuidado.

Desventajas: requiere adiestramiento para su colocación.

Como colocarlo:

1. Use un nuevo condón femenino para cada acto sexual

- Revise el paquete del condón. Si está dañado o roto, no lo utilice. Evite usar un condón pasada su fecha de vencimiento úselo sólo si no dispone de condones más nuevos.
- Lave sus manos con un jabón neutro y agua limpia antes de introducir el condón.

2. Colocar el condón 8 horas antes de la relación sexual.

- Elija una posición que quede cómoda para la inserción en cuclillas, levantando una pierna, sentada, o recostada.
- Frote juntos los lados del condón femenino para distribuir bien el lubricante.
- Sostenga el aro por el extremo cerrado y apriételo de modo que quede largo y angosto. Con la otra mano, separe los labios externos o labios mayores y ubique la abertura de la vagina.
- Suavemente empuje el aro interno dentro de la vagina lo más que pueda.
- Introduzca un dedo en el condón para empujarlo a su posición. Tienen que quedar cerca de 2 a 3 centímetros del condón y el aro externo fuera de la vagina.

3. Asegúrese que el pene entra en el condón y se mantiene en su interior

- El hombre o la mujer deberán guiar cuidadosamente la punta del pene dentro del condón para evitar que se ubique entre el condón y la pared de la vagina. Si el pene se sale fuera del condón, retire y pruebe otra vez.
- Si accidentalmente se expulsa el condón fuera de la vagina o si se lo empuja hacia adentro durante el acto sexual, coloque otra vez el condón en su sitio.

4. Después de que el hombre retira su pene, sostenga el aro externo del condón, gírelo para sellar dentro los fluidos y suavemente, retírelo de la vagina

- No es necesario retirar el condón femenino inmediatamente después de la relación sexual.
- Retire el condón antes de incorporarse para evitar derramar el semen.

- Si la pareja tiene una nueva relación sexual, debe utilizar un condón nuevo.
- No se recomienda reutilizar el condón femenino

5. Eliminación segura del condón usado

Coloque el condón en su paquete y arrójelo a la basura o letrina. No arroje el condón en el inodoro. [24]

4.10.9. PROTECCIÓN CONTRA INFECCIONES O ENFERMEDADES DE TRANSMICIÓN SEXUAL

Los condones de látex, cuando se usan de manera correcta y constante, son altamente eficaces para prevenir la transmisión sexual del VIH, el virus que causa el sida. Además, el uso constante y correcto de los condones de látex reduce el riesgo de contraer otras enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluso las enfermedades que se transmiten por las secreciones genitales y en menor escala, las úlceras genitales. El uso de condones puede disminuir el riesgo de infección por el virus del papiloma humano genital (VPH) y las enfermedades asociadas al VPH, p.ej., verrugas genitales y cáncer de cuello uterino. Hay dos maneras principales de transmisión de las ETS. Algunas enfermedades, como la infección por el VIH, la gonorrea, la clamidia y la tricomoniasis se transmiten cuando las secreciones infectadas de la vagina o la uretra entran en contacto con superficies mucosas (como la uretra masculina, la vagina o el cuello uterino). En cambio, las enfermedades que producen úlceras genitales (como herpes genital, sífilis y chancroide) y la infección por el virus del papiloma humano (VPH) se transmiten fundamentalmente mediante el contacto con la piel infectada o las superficies mucosas. Los estudios de laboratorio han demostrado que los condones de látex ofrecen una barrera esencialmente impermeable a las partículas del tamaño de los microbios patógenos de las ETS. Fundamentos empíricos y teóricos para la protección. Como es de esperarse, los condones proporcionan diferentes niveles de protección según el tipo de ETS, esto dependerá de cómo se transmita la enfermedad. Los condones evitan la transmisión y adquisición de las ETS al prevenir el contacto entre el pene de la persona que usa el condón y las secreciones genitales, la mucosa o la piel de la pareja sexual. Los condones

ofrecen un mayor grado de protección contra las enfermedades transmitidas por las secreciones genitales y un menor grado de protección contra las úlceras genitales o el VPH debido a que estas infecciones también pueden transmitirse mediante la exposición a áreas (por ejemplo, piel o superficies mucosas infecta-das) que no están cubiertas o protegidas por un condón.

Cuando los condones de látex se usan de manera constante y correcta son altamente eficaces para prevenir la transmisión sexual del VIH, el virus que causa el sida.

La infección del VIH, es en gran medida la ETS que provoca la mayor cantidad de muertes. Existen considerablemente más pruebas científicas sobre la eficacia de los condones en la prevención de la infección por el VIH que de otras ETS. El conjunto de investigaciones realizadas sobre la eficacia de los condones de látex para prevenirla transmisión del VIH por vía sexual no es sólo exhaustiva sino también irrefutable.

La eficacia de los condones de látex para prevenir la transmisión del VIH se ha determinado de manera científica en estudios “reales” realizados con parejas sexualmente activas como también en estudios de laboratorio.

Los estudios de laboratorio han demostrado que los condones de látex ofrecen una barrera esencialmente impermeable a las partículas del tamaño de las del VIH. Fundamentos teóricos para la protección. Los condones de látex cubren el pene y proporcionan una barrera eficaz contra la exposición a las secreciones, como las dela vagina y de la uretra, al bloquear el camino para la transmisión del VIH por vía sexual.

Los estudios epidemiológicos que se llevan a cabo en situaciones reales, en donde una persona está infectada por el VIH y la otra no, indican que el uso constante delos condones de látex ofrece un alto grado de protección

Los condones de látex, cuando se usan de manera constante y correcta, reducen el riesgo de transmisión de ETS como la gonorrea, la clamidia y la tricomoniasis.

Las ETS como la gonorrea, la clamidia y la tricomoniasis se transmiten por vía sexual mediante las secreciones genitales como las de la uretra o la vagina.

Los estudios de laboratorio han demostrado que los condones de látex ofrecen una barrera esencialmente impermeable a las partículas del tamaño de los microorganismos patógenos de las ETS.

Fundamentos teóricos para la protección. Las propiedades físicas de los condones de látex protegen contra las enfermedades como la gonorrea, la clamidia y la tricomoniasis al actuar como barrera contra las secreciones genitales que transmiten los microorganismos que causan las ETS.

Los estudios epidemiológicos que comparan las tasas de infección entre las personas que usan condones y las que no, proporcionan pruebas de que los condones de látex protegen contra la transmisión de ETS como la clamidia, la gonorrea y la tricomoniasis.[26]

5. METODOLOGÍA

5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de tipo descriptivo, prospectivo y transversal que se aplica a estudiantes de la Unidad Educativa Mariana de Jesús que cursan el año lectivo 2014-2015 en el Cantón Macará.

5.2 ÁREA DE ESTUDIO:

- **Lugar:** La investigación se la realizó en la Unidad Educativa Mariana de Jesús.
- **Ubicación:** La Unidad Educativa Mariana de Jesús se encuentra ubicada en el Centro de la ciudad de Macará en las calles Juvenal Jaramillo y Alamor.

5.3UNIVERSO

- **Universo:** Son todos los estudiantes matriculados en la unidad educativa Mariana de Jesús, que cursan el año lectivo 2014 – 2015.
  El total es de 371 alumnos de 11 a 19 años.

5.4 MUESTRA

- Se definió la muestra en base a que según la OMS se considera adolecentes a los jóvenes que tienen entre 14 a 19 años, dándonos un total de 145 estudiantes.

5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Estudiantes de la unidad educativa Mariana de Jesús que se encuentran entre las edades de 14 a 19 años.

5.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Estudiantes de la unidad educativa Mariana de Jesús que no estén dentro del grupo de edad de 14 a 19 años.

5.7 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS:

La información se recolecto mediante hojas de encuesta que fue elaborada por la investigadora además de la observación directa.

5.8 PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

5.8.1 Identificación el área de estudio.

5.8.2 Autorización: Se solicitó el permiso respectivo a la Hna. María Arévalo Rectora del establecimiento educativo en el que se va a realizar la Investigación. La autorización de los estudiantes se da de forma espontánea al momento de realizar la encuesta en donde ellos elijen si participan o no.

5.8.3 La recolección de datos fue hecha por medio de una encuesta por lo que se realizó una prueba piloto para probar la eficacia de la encuesta, en un número de 20 estudiantes para poder así, corregir los errores existentes y hacer las preguntas más entendibles a los estudiantes.

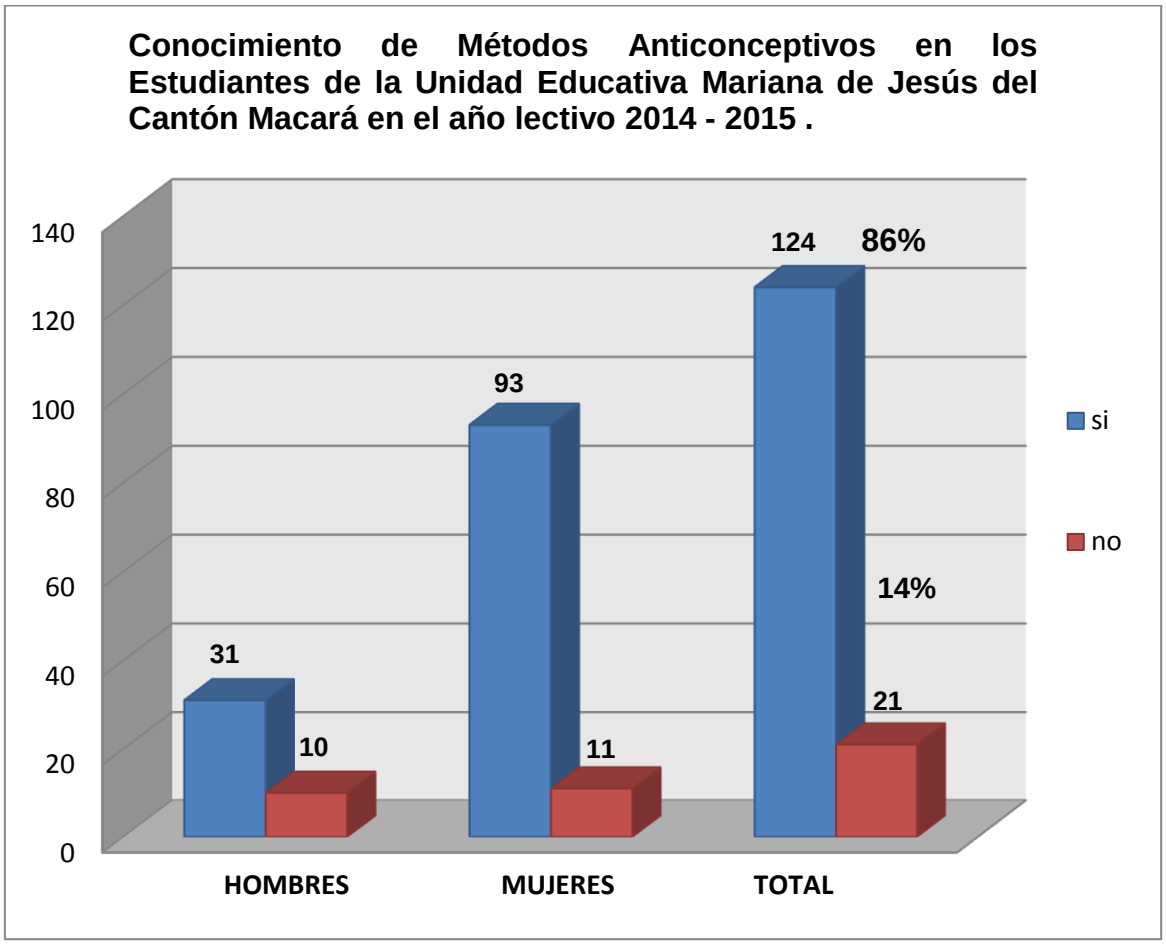
5.8.4 La recolección de datos se realizó en un periodo de 2 días mediante la aplicación de la encuesta corregida a los y las estudiantes, además de la encuesta a las adolescentes en periodo de gestación.

5.9 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Finalmente se realizó la tabulación, análisis, presentación e interpretación de resultados mediante la estadística descriptiva con tablas de frecuencia o gráficos más la discusión respectiva, comparando los resultados del presente estudio con los ya existentes.

6. RESULTADOS

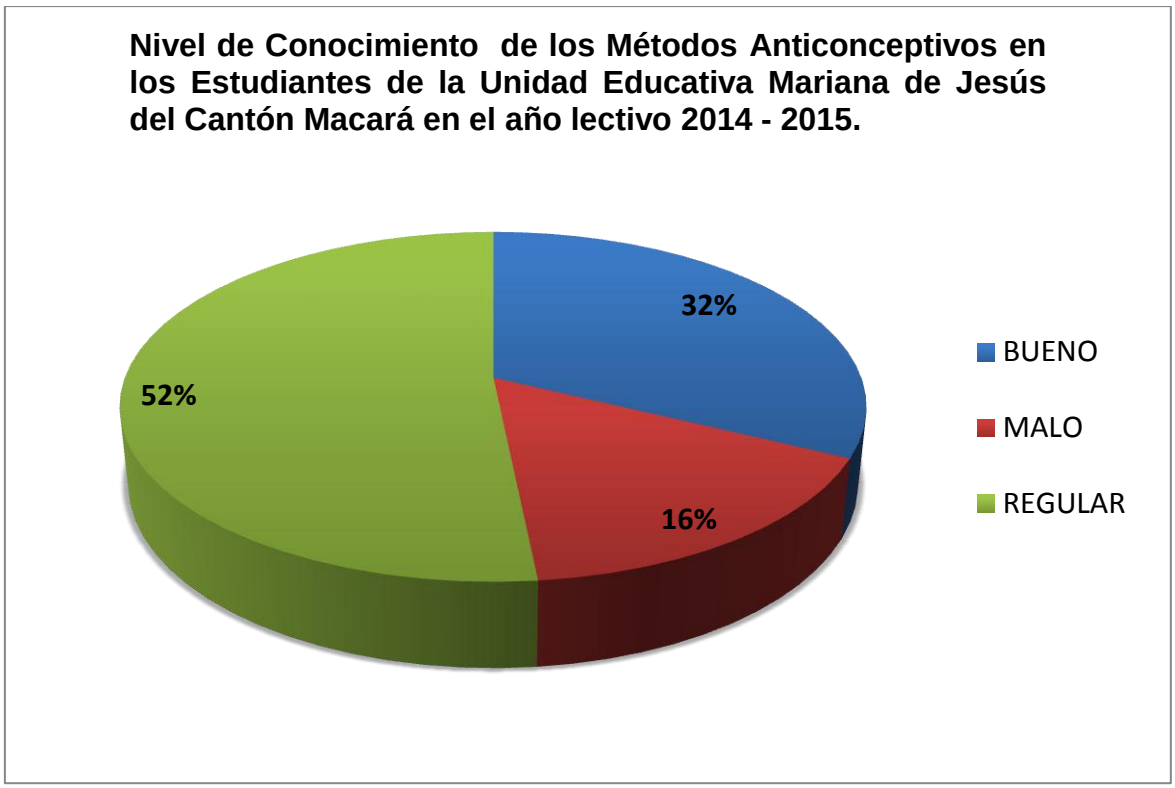
GRAFICO Nº1



Fuente: Encuesta sobre Conocimiento de Métodos Anticonceptivos aplicada a estudiantes de la Unidad Educativa Mariana de Jesús del cantón Macará Año Lectivo 2014-2015.
Elaborado por: Isabel María Zambrano Pontón.

Interpretación: Según los datos obtenidos en la encuesta aplicada a los estudiantes de la Unidad Educativa Mariana de Jesús, de 145 alumnos, 124 afirman tener conocimiento sobre métodos anticonceptivos que equivale a 86%, y 21 estudiantes que no tienen conocimiento sobre el tema representan el 14%.

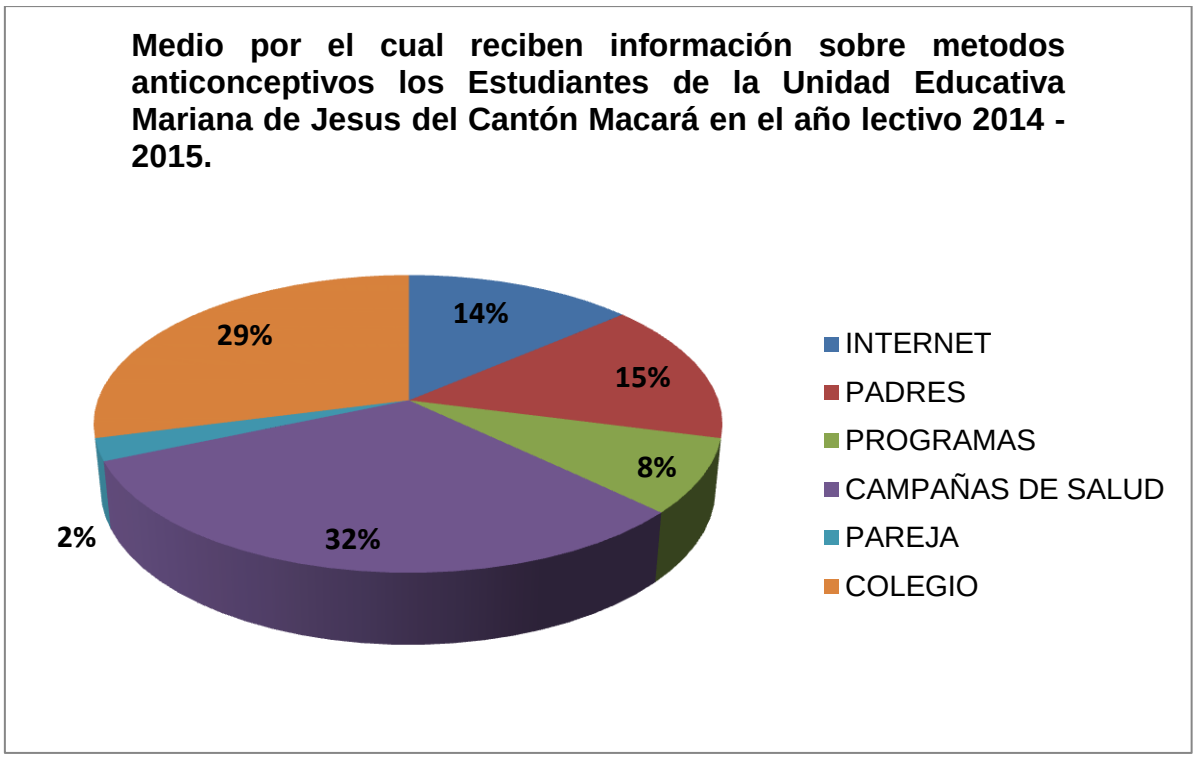
GRAFICO Nº2



Fuente: Encuesta sobre Conocimiento de Métodos Anticonceptivos aplicada a estudiantes de la Unidad Educativa Mariana de Jesús del cantón Macará Año Lectivo 2014-2015.
Elaborado por: Isabel María Zambrano Pontón.

Interpretación: De acuerdo a los datos obtenidos, 40 estudiantes refieren tener un buen nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos que representa el 32%, 64 alumnos que equivale a 52% afirmaron tener un nivel regular y 20 estudiantes refieren tener un nivel malo que corresponde al 16%.

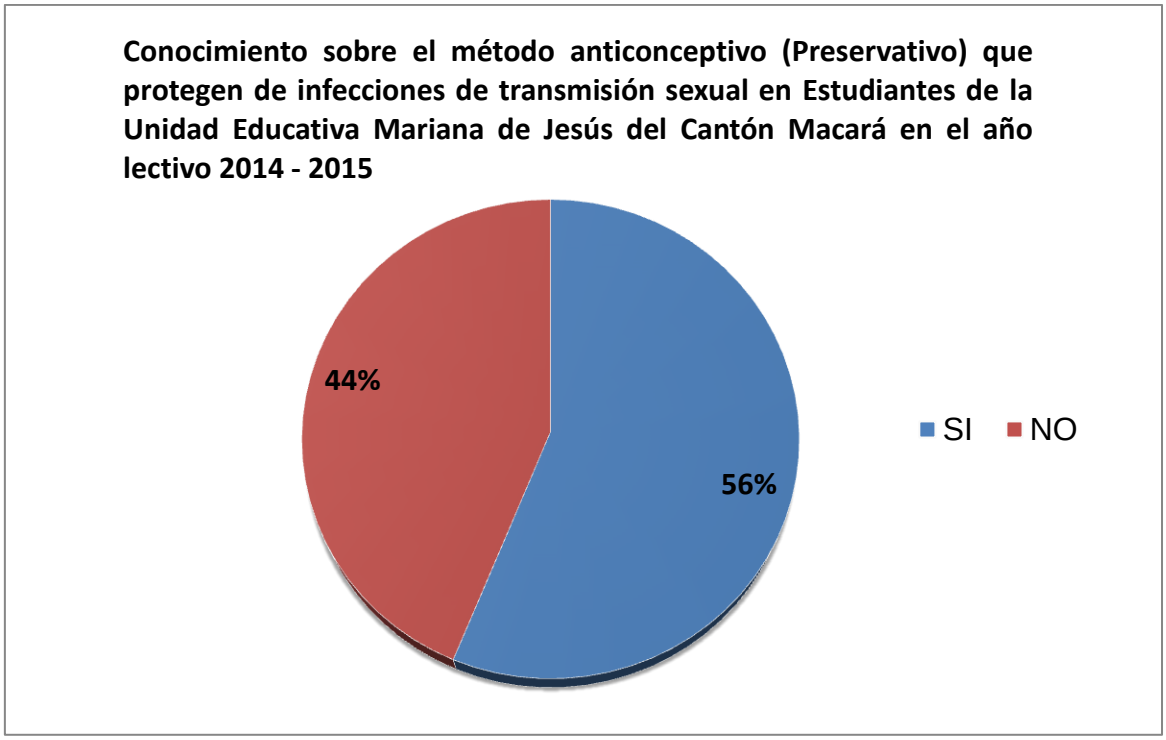
GRÁFICO Nº3



Fuente: Encuesta sobre Conocimiento de Métodos Anticonceptivos aplicada a estudiantes de la Unidad Educativa Mariana de Jesús del cantón Macará Año Lectivo 2014-2015.
Elaborado por: Isabel María Zambrano Pontón.

Interpretación: Según los datos obtenidos, con el mayor porcentaje de 32% que equivale a 39 estudiantes manifiestan que recibieron información por medio de campañas de salud impartidas por personal del MSP y con el menor porcentaje registrado de 2% que representa a 3 alumnos manifiestan que la información fue otorgada por su pareja.

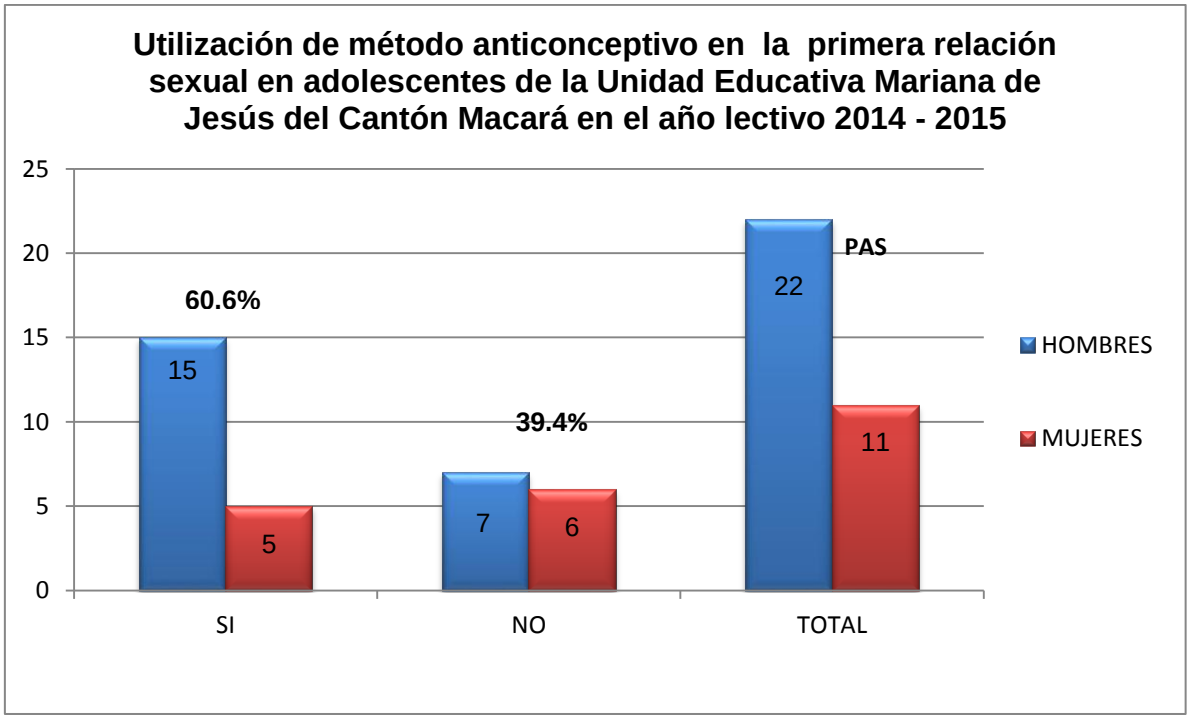
GRÁFICO Nº4



Fuente: Encuesta sobre Conocimiento de Métodos Anticonceptivos aplicada a estudiantes de la Unidad Educativa Mariana de Jesús del cantón Macará Año Lectivo 2014-2015.
Elaborado por: Isabel María Zambrano Pontón.

Interpretación: Del total de la población de 124 estudiantes, el 56% que equivale a 69 de los estudiantes afirman tener conocimiento sobre la protección contra ITS que ofrece el condón y el 44% que es igual a 54 alumnos manifiestan no conocer sobre el tema.

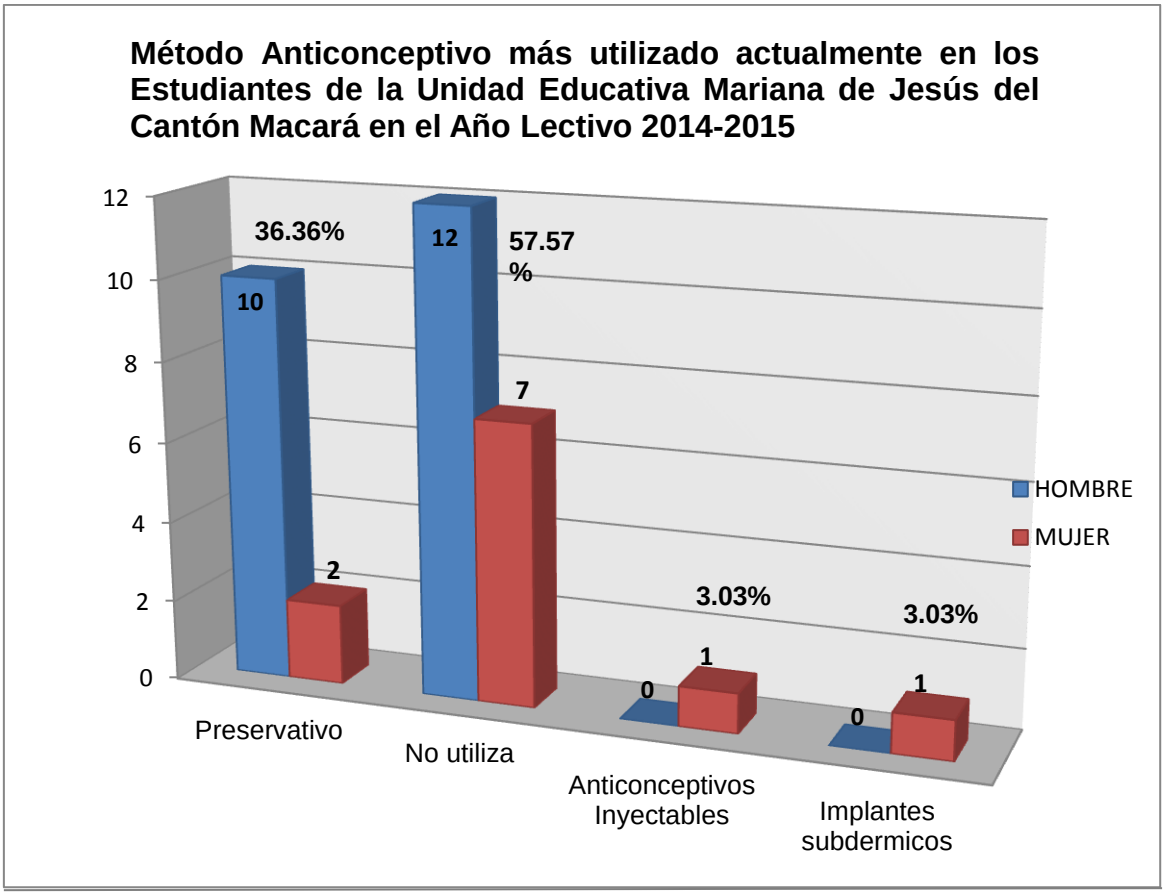
GRÁFICO Nº5



Fuente: Encuesta sobre Conocimiento de Métodos Anticonceptivos aplicada a estudiantes de la Unidad Educativa Mariana de Jesús del cantón Macará Año Lectivo 2014-2015.
Elaborado por: Isabel María Zambrano Pontón.

Interpretación: De la población activa sexualmente**.** El 60.6% que representa a 20 estudiantes utilizaron algún método anticonceptivo en su primera relación sexual, y el 39.4% que equivale a 13 estudiantes no utilizaron ningún tipo de anticoncepción.

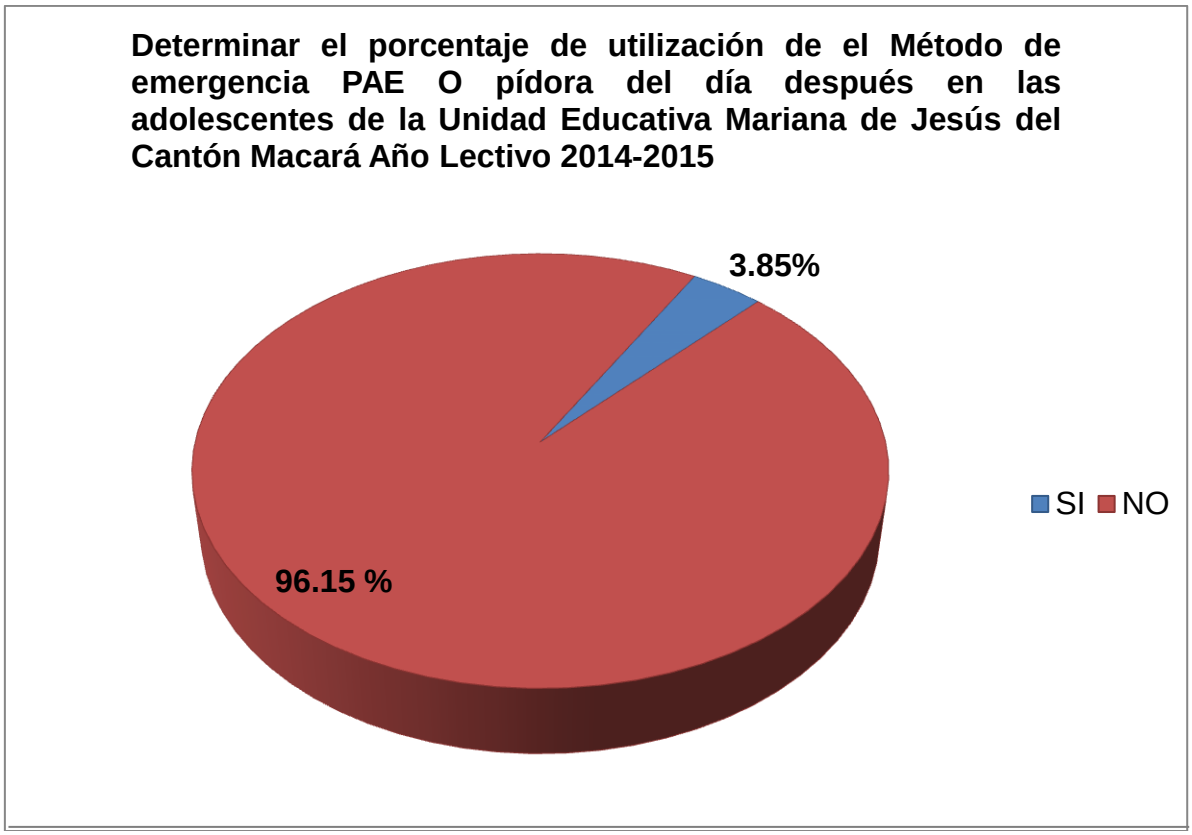
GRÁFICO Nº6



Fuente: Encuesta sobre Conocimiento de Métodos Anticonceptivos aplicada a estudiantes de la Unidad Educativa Mariana de Jesús del cantón Macará Año Lectivo 2014-2015.
Elaborado por: Isabel María Zambrano Pontón.

Interpretación: El 36.36% de la población que son 12 estudiantes utilizan preservativo y el 57.57% que corresponde a 19 estudiantes No utilizan ningún método, seguido del 3.03% para los anticonceptivos inyectables y el implante Subdérmico.

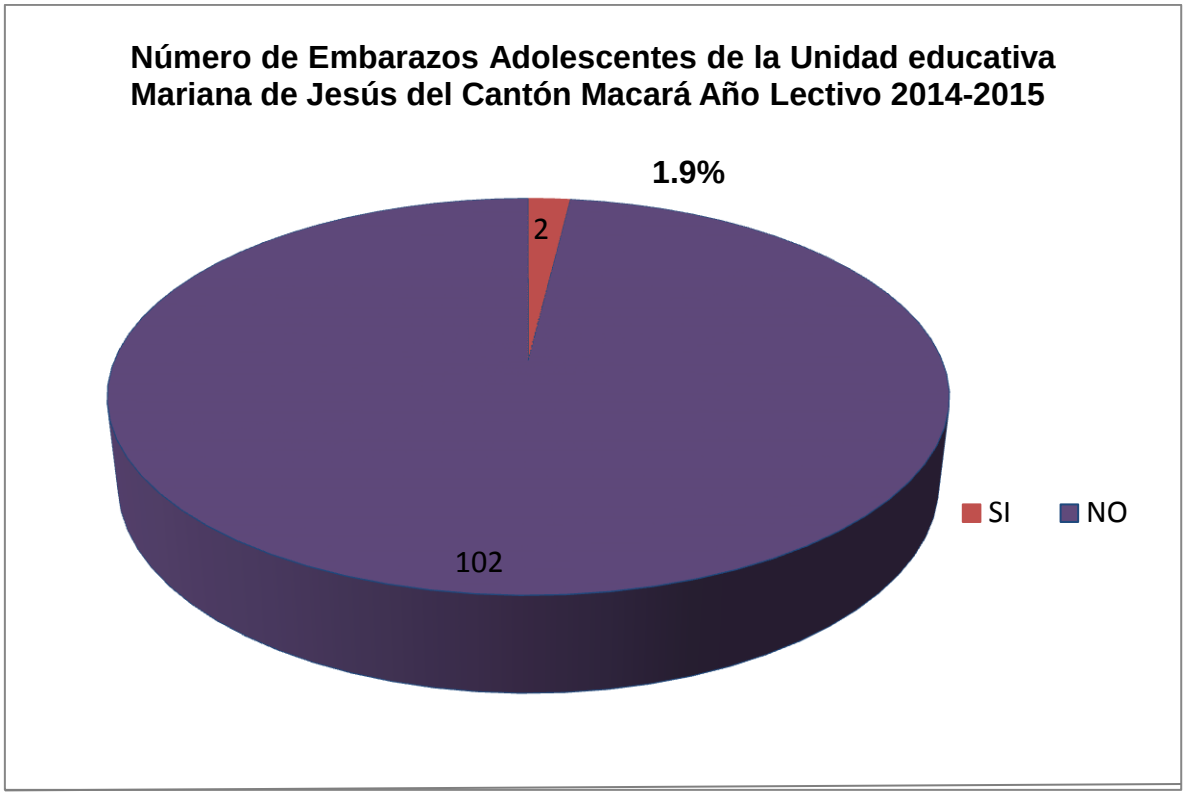
GRÁFICO Nº 7



Fuente: Encuesta sobre Conocimiento de Métodos Anticonceptivos aplicada a estudiantes de la Unidad Educativa Mariana de Jesús del cantón Macará Año Lectivo 2014-2015.
Elaborado por: Isabel María Zambrano Pontón.

Interpretación: Según los datos obtenidos del total de las 104 estudiantes encuestadas, 4 alumnas que equivalen al 3.85% refieren haber utilizado la Píldora Anticonceptiva de Emergencia.

GRÁFICO Nº 8



Fuente: Encuesta aplicada a estudiantes embarazadas de la Unidad Educativa Mariana de Jesús del cantón Macará Año Lectivo 2014-2015.
Elaborado por: Isabel María Zambrano Pontón.

Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos del total de 104 estudiantes encuestadas, 2 están en periodo de gestación, que representan el 1.9%.

7. DISCUSIÓN

Podemos comparar los resultados obtenidos con varios estudios relacionados al tema de investigación teniendo en cuenta que algunos datos concuerdan, sin embargo otros son contradictorios.

Dentro de los resultados de la investigación tenemos los siguientes:

1. Del total de la población, 124 alumnos que representa el 86% de la población estudiada tiene conocimientos sobre anticoncepción y el 14% que equivale a 21 estudiantes refieren no tener conocimiento sobre el tema.

Datos que concuerdan con las cifras obtenidas en los siguientes estudios a nivel nacional ENDEMAIN 2004, en adolescentes de 15 a 19 años hay una importante brecha entre el conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos: 91 vs 47%. [I]

En una investigación realizada por los representantes técnicos de los ministerios: Salud Publica, Educación, inclusión Económica y Social, Consejo Nacional de las Mujeres (CONAMU), Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia (CNNA), Proyecto Ecuador Adolescente, Plan Ecuador, y la contribución al Fondo de población de las Naciones Unidas en el año 2007, determinó que el 82% de los adolescentes en el Ecuador poseen conocimientos adecuados sobre anticoncepción. [II -XIII]

Los datos de la investigación concuerdan con el estudio realizado por Alba Rosario y Cabrera Diana sobre Conocimientos de métodos anticonceptivos y su relación con riesgos reproductivos en adolescentes de los quintos y sextos cursos del colegio Técnico “Federico Páez” del cantón Otavalo, provincia de Imbabura periodo 2009- 2010 en donde el 87,20% de los estudiantes conocen o han escuchado hablar sobre métodos anticonceptivos que prevengan efectivamente el embarazo, lo cual ayuda a disminuir la tasa de embarazos no deseados; y en un 12,80% desconocen el tema. [III]

La investigación realizada por Rogel Sonia en la ciudad de Loja en el Colegio experimental Pio Jaramillo Alvarado sección nocturna en el periodo octubre 2011 - enero 2012 indica que el 63.3% de las y los adolescentes estudiados

tienen conocimiento acerca de salud sexual y métodos anticonceptivos, el 36.7% no conocen ningún método anticonceptivo. [IV]

Con relación a este último estudio podemos determinar que nuestra investigación supera los resultados con más del 20%.

2. En los resultados sobre el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos, el 32% afirmaron tener un buen nivel de conocimientos, el 52% afirmaron tener un nivel regular y el 16% refieren tener un nivel malo sobre el conocimiento de anticonceptivos. Lo que está en relación y concuerda con el Estudio descriptivo sobre el uso de la anticoncepción de emergencia en Cataluña. Comparación entre una zona rural y una urbana en adolescentes. Cataluña – España 2009. En este estudio, el 19% de los que la han recibido información sobre métodos anticonceptivos la consideran insuficiente [V],

3. Según los datos obtenidos el 32% manifiestan que recibieron información por medio de campañas de salud impartidas por personal del MSP, el 29% refiere que la información fue brindada por docentes de la unidad educativa en estudio, el 15% expresa que la información fue dada por sus Padres, el 14% refiere que obtuvo información a través de internet, el 8% por medio de programas de televisión y de radio, y el 2% recibieron información por su pareja.

En una investigación hecha en Bogotá – Colombia por González Juan sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre la Sexualidad en una Población Adolescente Escolar en el año 2009 muestra que el 38% indica haber recibido información en el colegio, y un 31 % por sus padres y el 6% a través de Servicios de salud. [VI]

Un trabajo realizado por Zavala Johanna, Zavala Jeiddy en Santa Elena 2012, Muestra que la mayor parte de los encuestados han recibido información sobre sexualidad de tipo informal de medios de comunicación en un 28% y de grupo de amigos el 24%, en el hogar se evidencia que la educación es deficiente con relación a esta temática ya que el padre y la madre proporcionan poca información, 58 % restante ha recibido información de otras fuentes [VII]

En el estudio realizado por Rogel Sonia en Loja en el 2011-2012 indica que el medio por el cual recibieron mayor información es a través de docentes en un 38,33%, seguido de un 30% por familiares y el 28% de sus amigos. [IV]

Lo que claramente difiere con los datos obtenidos ya que la mayoría de los adolescentes indica haber recibido información a través de la campaña que el Ministerio de Salud Pública impulsa, lo que pone en evidencia los esfuerzos realizados por parte del estado para la educación sobre anticoncepción por lo que este estudio no está en relación con la bibliografía existente

4. En el presente trabajo el 56% de adolescentes en estudio afirman tener conocimiento de cuáles son los métodos anticonceptivos que protegen de contraer ITS y el 44% manifiestan no conocer sobre el tema.

En un estudio en La Habana, por Castro Idania, se logró determinar el número de estudiantes que tienen conocimientos sobre el método que protege de ITS siendo el 64.9% del total de la población. [VIII]

En la investigación realizada por Lima Maritza, y Mayaguari Lucy denominada estrategia educativa sobre Infecciones de transmisión sexual en adolescentes en el Colegio Nacional Turi en Cuenca en el 2012, se determinó que el 48% de los adolescentes conocían que el preservativo o condón era el método de elección para la protección frente ITS. [IX]

Lo expuesto anteriormente demuestra que la presente investigación es contradictoria a los datos ya existentes.

5. De los datos obtenidos sabemos que la población que utilizó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual es el 60.6% y el porcentaje que no utilizaron ningún método de anticoncepción es de 39.4%.

A nivel de nuestro país de acuerdo con los datos de ENDEMAIN 2004, solamente el 13,5% de las adolescentes usó algún método durante la primera relación sexual. [I]

El estudio de González Juan realizado en Colombia, en el año 2014 muestra que el 33% de la población no planifico en su primera relación sexual. Y que el anticonceptivo más utilizado en su primera relación sexual fue el preservativo con un 71%.[VI]

La bibliografía existente claramente difiere con los datos obtenidos en el presente trabajo donde más de la mitad de la población utilizó anticoncepción.

6. Según los resultados del presente trabajo, el anticonceptivo más utilizado actualmente es el preservativo con un 36.36%, aunque el 57.57% de la población No utiliza ningún preservativo, seguidos por el implante Subdérmico y los anticonceptivos inyectables en un bajo porcentaje.

Lo que pone en evidencia lo expuesto por el ENDEMAIN 2004, en adolescentes de 15 a 19 años hay una importante brecha entre el conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos: 91 vs 47%. Ya que la mayoría de la población conoce de anticoncepción pero no la pone en práctica. [I]

Se relaciona además con los resultados obtenidos en la encuesta nacional realizada en España denominada Actividad sexual e información y uso de métodos anticonceptivos en la juventud española en donde el método más usado es el preservativo (36,3%) seguido de la píldora anticonceptiva (17,9 %). Y que el 40% de las jóvenes no utilizan ningún método anticonceptivo. [V]

En un estudio realizado en la Habana Cuba, por Castro Idania demostró el método anticonceptivo de elección para el 79,3 %, fue el condón. En orden de frecuencia le siguieron, con un margen amplio, los dispositivos Intrauterinos (25,1 %) y los hormonales orales (el 8,4 %), (1,5 %), declararan no conocer y (0,6 %), señalaron la abstinencia como el ideal. [VIII]

El Estudio realizado por Moreno Fernando en Ambato en el 2014 llamado Barreras que impiden el uso de la píldora anticonceptiva de emergencia en adolescentes que cursan el bachillerato a nivel de los colegios del distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N2 en el periodo de marzo-julio2013 nos indica que el preservativo es el método anticonceptivo preferido por los adolescentes con un 63,7%.[X]

La investigación realizada concuerda con los estudios antes mencionados en que el condón o preservativo es el más utilizado, pero a diferencia del estudio en Cuba y en la Ciudad de Ambato hay un gran porcentaje de estudiantes que aunque cuentan con conocimientos sobre anticoncepción no utilizan ningún método.

7. Sobre el uso de la Píldora anticonceptiva de emergencia la presente investigación muestra que un 3.85% % de toda la población utilizo alguna vez la PAE, con una frecuencia de uso alta en relación a la cantidad de jóvenes que la utilizan, además un número considerable de adolescentes manifiestan creer que es una buena opción de anticoncepción a utilizar en su primera relación sexual.

En cambio de acuerdo a la información brindad en la encuesta aplicada en la juventud española nos indica que la píldora anticonceptiva a sido utilizada en un 18 % de la población. [V]

En un estudio realizado por sobre la píldora anticonceptiva de emergencia en estudiantes de secundaria de Popayán en la ciudad del Cauca – Colombia indica que el 14,3% de estudiantes usaron la PAE; y fue segundo en frecuencia después del condón (79,8 y 39,9% respectivamente). [XI] La PAE tiene una alta prevalencia de uso en los estudiantes, siendo el segundo método anticonceptivo más usado.

En un estudio realizado por Szames Carolina, Vázquez Sandra, Discacciati, Vilda llamado Conocimiento Utilización y Obtención de la anticoncepción hormonal de emergencia por adolescentes en Rauch, provincia de Buenos Aires en el año 2012, indica que el 11% de los Adolescentes había utilizado anticoncepción de emergencia .[XII]

En el trabajo realizado por Moreno Fernando en Ambato en el periodo marzo - julio 2013, muestran que, el uso de la PAE en adolescentes que han iniciado vida sexual tiene una prevalencia del 28,6%.[X]

Según la bibliografía revisada los datos del presente estudio, no concuerdan con los datos expuestos ya que en la población estudiada el porcentaje de uso es del 3.85%.

8. La población de mujeres en mi estudio es 104 de las cuales 2 están en periodo de gestación lo que corresponde al 1.9 %.

De acuerdo a los datos difundidos por el Fondo de población de las Naciones Unidas, Prevención del embarazo, una mirada completa; en donde se pública

que en siete países de América Latina se encontró que el 19,5% de las mujeres entre 15 y 19 años han estado embarazadas, con una variación del 13 al 25% entre los países, además en el mismo estudio se evidenció que en Bolivia, la proporción de embarazo en adolescentes entre 15 y 19 años es cercana al 21%, lo más alarmante es que hay un 9% de adolescentes menores de 13 años que han estado embarazadas o ya son madres. Además de 1000 nacidos vivos 100 son de madres adolescentes. [XIII]

En Ecuador, dos de cada tres adolescentes entre 15 y 19 años, sin educación, son madres o están embarazadas por primera vez (ENDEMAIN, 2004). La tendencia del incremento del embarazo en menores de 15 años en la última década es del 74 por ciento, y en mayores de 15 años es del 9%.[I]

En un estudio realizado por Guevara Washington, denominado Prevalencia de embarazos adolescentes y factores psicosociales asociados en 11 colegios de la Ciudad de Cuenca en el 2012 nos da como resultado 11.62% de la población se encuentra en periodo de gestación es decir 104 estudiantes de un total de 895, lo que nos indica que el embarazo adolescente es un gran problema a nivel de todo el país debido a su alto número de casos. [XIV]

De acuerdo a la bibliografía existente podemos determinar que el presente estudio concuerda con los datos expuestos.

8. CONCLUSIONES

1. Podemos concluir, que del total de la población estudiada que son 145 estudiantes entre hombres y mujeres, 124 estudiantes que corresponde a 86%, tienen conocimiento sobre Métodos anticonceptivos de los cuales 93 son mujeres y 31 son hombres; 21 estudiantes que equivale a 14% manifestaron no tener conocimientos sobre anticoncepción, son 10 hombres y 11 mujeres.

2. El nivel de conocimiento se evaluó como bueno, regular y malo, con un mayor porcentaje se encuentra un nivel regular con el 52% que son 64 estudiantes, seguido del 32% que equivale a 40 de los estudiantes que tienen un nivel bueno, y el 16% que equivale a 20 estudiantes tiene un mal nivel de conocimientos.

3. El 32% de los estudiantes refirió que los datos fueron proporcionados por personal del Ministerio de Salud Pública a través de campañas de salud sobre el tema, el 29% manifestó que la información fue impartida por docentes de la institución, el 15% recibió información por medio de sus Padres, el 14% refiere que obtuvo información a través de internet, el 8% que fue recibida por medio de programas de televisión y de radio, y el 2% recibieron información por su pareja.

4. Sobre el método anticonceptivo que protege de Infecciones de Transmisión Sexual tenemos que el 56% que equivale a 68 de los estudiantes en estudio afirmaron tener conocimiento de que el método más seguro es el condón, y el 44% que es igual a 53 alumnos manifestaron no conocer sobre el tema.

5. La anticoncepción en su primera relación sexual fue usada por el 60.6% que corresponde a 20 estudiantes 15 hombres que utilizaron preservativo y 5 mujeres, 4 utilizaron preservativo y 1 la píldora anticonceptiva de emergencia. El 39.4% restante NO utilizaron anticoncepción en su primera relación sexual, que equivale a 13 estudiantes 7 varones y 6 mujeres.

6. El 36.36% de la población utiliza preservativo que corresponde a 12 estudiantes, 10 varones y 2 mujeres; y el 57.57% que equivale a 19 estudiantes, 12 varones y 7 mujeres No utilizan ningún método anticonceptivo y el 3.03% que equivale a dos estudiantes que utilizan implante Subdérmico y anticonceptivos inyectables respectivamente.

7. Sobre el uso de la Píldora anticonceptiva de Emergencia PAE, se concluyó que el 3.85% de la población femenina refieren haber utilizado la Píldora Anticonceptiva de Emergencia. En relación a su frecuencia de uso 2 adolescentes refieren haberla utilizado en 1 ocasión, 2 adolescentes manifiestan que la han utilizado 2 veces.

8. Sobre el número de adolescentes embarazadas tenemos 2 estudiantes que corresponde al 1.9 %.de la población femenina. Las adolescentes se encuentran en 2 y 3 trimestre de gestación, la primera embarazada indicó que su método anticonceptivo fallo. La segunda manifestó no haber utilizado métodos anticonceptivos a pesar de tener como antecedente un aborto.

9. RECOMENDACIONES

1. A las Autoridades del Ministerio de Salud Pública que se refuerce las campañas de anticoncepción en instituciones educativas, procurando la interacción con los estudiantes, para lograr captar verdadero interés por parte de los adolescentes y así promover su uso. Enfatizar sobre los métodos anticonceptivos que protegen de Infecciones de transmisión sexual, para eliminar la creencia, de que se utiliza anticonceptivos solo como medida para evitar embarazos y así disminuir la incidencia de estas patologías.

2. A las autoridades de la Unidad Educativa Mariana de Jesús del Cantón Macará que realicen charlas para los padres de Familia sobre Métodos Anticonceptivos para que sean un verdadero apoyo y puedan orientar adecuadamente a los estudiantes. Además de garantizar el apoyo a la gestante adolescente, promover el uso de anticonceptivos luego del parto y en lo posible evitar así un segundo embarazo que impida la culminación de sus estudios.

3. A los estudiantes se recomienda prestar mayor interés para comprender la forma de uso y las ventajas que ofrecen los distintos tipos de métodos anticonceptivos, además de que pueden adquirirlos gratuitamente y recibir mayor información en el Hospital Básico de Macará

10. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS, Organización de las Naciones Unidas, Embarazo Adolescente 2013. [en línea], fecha de consulta 13 de enero de 2015. Disponible en:http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/

2. POPULATION REFERENCE BUREAU, Cuadro 2013 [en línea], fecha de consulta 13 de enero de 2015. Disponible en: http://www.prb.org/pdf13/youth-datasheet-2013_sp.pdf

3. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Diario, Embarazo adolecente y fecundidad en cifra, Actualizado 01-Marzo -2012 [en línea], fecha de consulta 13 de enero de 2015. Disponible enhttp://instituciones.msp.gob.ec/misalud/index.php?option=com_content&view=article&id=668:embarazo-adolescente-y-fecundidad-en-cifras&catid=51:mi-salud-al-dia&Itemid=242

4. MINISTERIODESALUD PÚBLICA. ENDEMAIN 2004. Centro de estudios de población y desarrollo social (CEPAR).Encuesta demográfica y de salud materna e infantil. Actividad sexual y reproductiva en mujeres de 15 – 24 años (adolescentes y jóvenes).Quito – Ecuador. [2005]. Fecha de Consulta octubre 2014. Disponible en:http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/informe/adolescentes/joven1.htm

5. POPULATION REFERENCE BUREAU Uso de anticonceptivos para reducir los embarazos no planeados y el aborto en condiciones de riesgo Enero 2010, Editor**:**Eric Zuehlke; [en línea], fecha de consulta 13 de enero de 2015. Disponible en; http://www.prb.org/SpanishContent/2010/unintendedpregnancyandabortion-sp.aspx

6. BOTERO URIBE, Jaime, JUBIZ HAZBÚN Alfonso. HENAO, Guillermo Obstetricia y Ginecología. Texto Integrado Séptima Edición Copyright QuebecorWorld Bogotá Febrero, 2004, fecha de consulta Julio 2014 Tercera Parte. p 374-403.

7. NOVACK, Ginecología Décimo Cuarta edición WoltersKluwerLippincottWillians&Wilkins España 2008, fecha de consulta Julio 2014 Sección VII Capitulo 26 p 1027-1040

8. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA (MSP), /MINISTERIO DE EDUCACION (ME), /MINISTERIO DE INCLUSION ECONOMICA Y SOCIAL (MIES), MINISTERIO COORDINADOR DE DESARROLLO SOCIAL (MCDS), INSTITUCIONES y ONGs que trabajan por y para la salud en la adolescencia. Dirección de la juventud. [en línea]. Ecuador, Quito. 2010. Disponible en internet: http://prenatal.tv/lecturas/ecuador/EMBARAZOADOLESCENCIA-ecu.pdf

9. FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (UNFPA), Prevención del embarazo adolescente, Una Mirada Completa, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela , [en línea], fecha de consulta, Septiembre de 2014, http://aecid.lac.unfpa.org/webdav/site/AECID/shared/files/Prevenci%C3%b3n%20del%20embarazo%20adolescente.%20Una%20Mirada%20Completa.pdf

10. ISSLER, Juan R. Embarazo en la Adolescencia, Revista de Posgrado de la Cátedra via Medicina N° 107 - Agosto/2001, Página: 11-23, [en línea], fecha de consulta Agosto de 2014, en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html

11. DÍA MUNDIAL DEL EMBARAZO NO PLANIFICADO EN ADOLESCENTES, 26 de septiembre del 2012, Gobierno del Estado de

Veracruz, [en línea], fecha de consulta, agosto de 2014, Disponible en: Http://web.ssaver.gob.mx/saludpublica/files/2012/09/EmbarazoAdolescentes.pdf

12. DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS - CAMARA DE DIPUTADOS, El Embarazo En Adolescentes, Marco Teórico Conceptual, Políticas Públicas, Derecho Comparado, Directrices de la OMS, Iniciativas presentadas y Opiniones Especializadas Mayo 2013 [en línea], fecha de consulta agosto 2014, p5-7, disponible en www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-38-13.pdf

13. VÁSQUEZ, Ángela et al. Embarazo y adolescencia, factores biológicos, maternos y perinatales más frecuentes. En: Revista Cubana Obstetricia y Ginecología. La Habana 2001, vol. 27 no. 2, p. 158-164.
Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2001000200012&script=sci_arttext

14. MSP, Consejo Nacional de Salud: Comisión Nacional de Salud y Derechos Sexuales y reproductivos agosto 2007. Fecha de Consulta Agosto 2014. Disponible en: www.conasa.gob.ec/comisiónnacionaldesaludyderechossexualesyreproductivos

15. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Prevención del embarazo adolescente, Una Mirada Completa, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, [en línea], fecha de consulta, Septiembre de 2014. Disponible en: http://aecid.lac.unfpa.org/webdav/site/AECID/shared/files/Prevenci%C3%b3n%20del%20embarazo%20adolescente.%20Una%20Mirada%20Completa.pdf

16. MSP. Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención de Embarazos en Adolescentes disponible en línea: http//www.msp.com/Estrategia%20Nacional%20Intersectorial%20de%20Planificación%20Familiar%20y%20Prevención%20de%20Embarazos%20en%20Adolescentes%20%20%20Ministerio%20de%20Salud%20Pública.html

17. MINISTERIO de Salud Pública. Plan nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes en Ecuador. La Situación del Embarazo en Adolescentes. [en línea]. Ecuador- Quito. [2008]. Disponible en internet: Http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Plan%20Nacional%20de%20Prevención%20del%20Embarazo%20en%20Adolescente%20Ecuador.pdf.

18. MSP. Estrategia nacional y intersectorial de planificación familiar y prevención de embarazo adolescente. Fecha de consulta agosto 2014.Disponible en: http//www.salu.gob.ec/ estrategia-nacional-intersectorial –de –planificación-familiar –y- prevención-de embarazos-en adolescentes/

19. MINISTERIO de Salud Pública. Sistema Nacional de Salud (SNS). Consejo Nacional de Salud (CONASA) Componente Normativo Materno Neonatal. Componente Obstétrico.. Quito – Ecuador. [2008]

20. PLANIFICACIÓN FAMILIARAgencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional Oficina para la Salud Mundial Oficina de Población y Salud Reproductiva 2007 USA pág.1 a 25.

21. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS. Servicio de Promoción de la Salud. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención, Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid - España 2013. Fecha de consulta Agosto 2014. Pág. 45-47. Disponible en http://ies.rosachacel.colmenarviejo.educa.madrid.org/documentos/AMP

A/Metodos_Anticonceptivos.pdf

22. SISTEMA DE IMPLANTES SUBDÉRMICO, NORPLANT Revista cubana de endocrinología 2012, Fecha de consulta Agosto 2014.disponible en línea: http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol11_1_00/end07100.pdf

23. INPLANON NXT Fecha de consulta Agosto 2014.Disponible en línea: http://www.medicamentosplm.com/home/productos/implanon_nxt_implante_subdermico/166/101/46724/88

24. OMS. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos 4ª ed. Luxemburgo 2012. Pág. 105 a113. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789243563886_spa.pdf

25. METODOS ANTICONCEPTIVOS NATURALES Actualización 2013, Fecha de consulta Agosto 2014.Disponible en línea: Metodos%20anticonceptivos%20naturales%20%20Tipos%20de%20métodos%20anticonceptivos%20naturales.html

26. DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE USA. Centros para el control y prevención de enfermedades. CDC. Los condones y las ETS. disponible en línea: http:condons_and_stds_spanish.pdf

CITAS BIBLIOGRAFICAS:

I. MINISTERIODESALUD PÚBLICA. ENDEMAIN 2004. Centro de estudios de población y desarrollo social (CEPAR).Encuesta demográfica y de salud materna e infantil. Actividad sexual y reproductiva en mujeres de 15 – 24 años (adolescentes y jóvenes).Quito – Ecuador. [2005]. Fecha de Consulta octubre 2014. Disponible en:http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/indice.htmhttp://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/informe/adolescentes/joven1.htm

II. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA (MSP), /MINISTERIO DE EDUCACION (ME), /MINISTERIO DE INCLUSION ECONOMICA Y SOCIAL (MIES), MINISTERIO COORDINADOR DE DESARROLLO SOCIAL (MCDS), INSTITUCIONES y ONGs que trabajan por y para la salud en la adolescencia. Dirección de la juventud. [en línea]. Ecuador, Quito. 2010. Disponible en internet: http://prenatal.tv/lecturas/ecuador/EMBARAZOADOLESCENCIA-ecu.pdf

III. ALBA, Rosario; CABRERA Diana .Conocimientos sobre uso de métodos anticonceptivos y su relación con riesgos reproductivos en adolescentes de los quintos y sextos cursos del colegio técnico “Federico Páez” del cantón Otavalo, provincia de Imbabura Periodo 2009- 2010. Universidad Técnica del Norte Ibarra – 2010 disponible en: Fecha de consulta Octubre 2014 http://repositorio.utm.edu.ec/bitstream/123456789/662/3/06%20404%20TESIS.pdf.

IV. ROGEL ERAS, Sonia Mireya Conocimientos Sobre Salud Sexual Y Métodos Anticonceptivos en Adolescentes de Primero De Bachillerato Común, Segundo y Tercero De Bachillerato En Ciencias Del Colegio Experimental Pio Jaramillo Alvarado Sección Nocturna De La Ciudad De

Loja Periodo Octubre 2011 - Enero 2012. Loja 2012 Universidad Nacional de Loja. Fecha de consulta Octubre 2014. Disponible en: http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/6325/1/Rogel%20Eras%20Sonia%20Mireya%20.pdf

V. Estudio descriptivo sobre el uso de la anticoncepción de emergencia en Cataluña. Comparación entre una zona rural y una urbana en adolescentes. Cataluña – España 2009 Fecha de consulta Octubre 2014. Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911109002325

VI. GONZÁLEZ, Juan C. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre la Sexualidad en una Población Adolescente Escolar Colombia – 2009. Fecha de consulta Octubre 2014. Disponible en: http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v11n1/v11n1a03.pdf?iframe=true&width=90%&height=90%#page=1&zoom=auto,-178,843

VII. ZAVALA, Johanna Viviana, ZAVALA, Jeiddy Dalila Evaluación de conocimientos sobre embarazo en adolescentes de bachillerato del colegio Fisco misional a distancia don Bosco extensión Valdivia, Manglar alto, Santa Elena 2011-2012. La Libertad 2012. Fecha de consulta Octubre 2014. Disponible en: http://repositorio.upse.edu.ec:8080/bitstream/123456789/882/1/TESIS%20ZAVALA%20PANCHANA%20JOHANNA.pdf

VIII. CASTRO, Idania. Conocimiento y factores de riesgo sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes, Revhabanciencméd V.9 supl.5 Ciudad de La Habana Dic.2010. Fecha de consulta Agosto 2014. Disponible en: http//scielo.sld.cu/scielo.php?pid=51729x2010000500014&script=sci_arttext

IX. LIMA, Maritza, MAYAGUARI, Lucy, Estrategia Educativa sobre Infecciones de transmisión sexual en los /las adolescentes del Colegio

Nacional Turi en Cuenca 2012. Fecha de consulta Agosto 2014. Disponible en: http//dspace,ucuenca.edu.ec/browse?type=autor&value=Lima+Moreno%2c+Maritza+Magaly

X. MORENO, Fernando Xavier. Barreras que impiden el uso de la píldora anticonceptiva de emergencia en adolescentes que cursan el bachillerato a nivel de los colegios del distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato no2, período marzo-julio 2013. Universidad técnica de Ambato - Ecuador Abril, 2014Fecha de consulta Octubre 2014. Disponible en:

XI. BASTIDAS, Beatriz Píldora anticonceptiva de emergencia en estudiantes de secundaria de Popayán en la ciudad del Cauca – Colombia 2013. Fecha de consulta Octubre 2014. Disponible en: http://facultadsalud.unicauca.edu.co/index.asp?aa=2059

XII. SZAMES, Carolina, VÁZQUEZ, Sandra, DISCACCIATI, Vilda. Conocimiento, Utilización y Obtención de la Anticoncepción Hormonal de Emergencia por Adolescentes en Rauch, Provincia de Buenos Aires, Rev. Argent Salud Pública, Vol. 3 - Nº 11, Junio 2012 Fecha de consulta Agosto 2014. Disponible en: www.saludinvestiga.org.ar/rasp/articulos/volumen11/articulo_conocimiento pdf.

XIII. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Prevención del embarazo adolescente, Una Mirada Completa, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela , [en línea], fecha de consulta, Septiembre de 2014,http://aecid.lac.unfpa.org/webdav/site/AECID/shared/files/Prevenci%C3%b3n%20del%20embarazo%20adolescente.%20Una%20Mirada%20Completa.pdf

XIV. GUEVARRA, Washington, Prevalencia de embarazos adolescentes y factores psicosociales asociados, en colegios de Cuenca- Ecuador 2012. Fecha de consulta, Septiembre de 2014, Disponible en: http: cdjbv.ucuenca.edu.ec/booms/doi876.pdf

11. ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE SALUD HUMANA

MEDICINA

ENCUESTA SOBRE CONOCIMIENTO SOBRE METODOS ANTICONCEPTIVOS A LOS ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA MARIANA DE JESUS DEL CANTÓN MACARÁ

Edad: Curso:

Sexo:

1. Responda, tiene Ud. conocimiento sobre métodos anticonceptivos?
   Si…… No……

2. Como determina Ud. su conocimiento sobre métodos anticonceptivos?
   - **Buena** ( )

   Conoce al menos 8 métodos anticonceptivos
   - **Regular** ( )

   Conoce al menos 5 métodos anticonceptivos
   - **Mala** ( )

   Conoce al menos 1metodos anticonceptivos

3. Como obtuvo la información sobre métodos anticonceptivos?
   - Consultando en internet ( )
   - Padres o algún otro familiar ( )
   - Programa de televisión y de radio ( )
   - Información proporcionada por institución de Salud a través de campaña ( )
   - Pareja ( )
   - Colegio por profesores ( )

4. Cuáles son los anticonceptivos que conoce nombre 4?

   _____

   _____

   _____

   _____

5. Sabe Ud. que métodos anticonceptivos protegen de contraer infecciones de transmisión sexual?

   Si…… No……

   Indique cuáles?_____

6. Si es mujer, indique a que edad tuvo su primera menstruación?

   _____

6. Ud. ha tenido relaciones sexuales?

   Si…… No……

7. Si la respuesta anterior es SI, a qué edad tuvo su primera relación sexual?

   _____

8. En su primera relación sexual utilizo algún método anticonceptivo?

   Si…… No……

   Indique cuál?_____

9. Actualmente utiliza algún método anticonceptivo?

   Si…… No……

   Cuál? _____

10. Si aún no ha iniciado su vida sexual, utilizaría algún método anticonceptivo?

    Si…… No……

11. Cuál de los que conoce sería el de su preferencia?

    _____

12. Ha utilizado la píldora del día después?

    Si…… No……

13. Cuántas veces ha utilizada la píldora del día después?

    1 vez ( )

    2 veces ( )

    3veces ( )

    4 veces ( )

    Más de 5 veces ( )

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE SALUD HUMANA

MEDICINA

ENCUESTA A ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA UNIDAD EDUCATIVA MARIANA DE JESUS DEL CANTÓN MACARÁ

Edad:

Curso:

1. En que trimestre de gestación se encuentra?

   _____

2. Qué número de embarazo es?.

   _____

3. Ha tenido algún aborto?

   _____

4. Utilizaba algún método anticonceptivo previo a su embarazo?

   _____

Unidad Educativa Santa Mariana de Jesús
Juvenal Jaramillo y Alamor
Telf. 2694 039
Macará - Ecuador

Hna. Regina Yaguana Vivanco,
RECTORA ENCARGADA DE LA UNIDAD EDUCATIVA "SANTA MARIANA DE JESUS" DE MACARA

C E R T I F I C A:

Que la SRTA. ISABEL MARÍA ZAMBRANO PONTÓN, portadora de la Cédula de Identidad No. 0703414060, realizó la Encuesta sobre Conocimiento sobre métodos anticonceptivos y determinación del número de adolescentes embarazadas en esta Institución Educativa.

Cumplió con responsabilidad sus trabajos encomendados.

Es todo puedo afirmar en honor a la verdad.

Macará, 23 de Octubre del 2014

Hna. Regina Yaguana Vivanco
RECTORA ENCARGADA

UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL "SANTA MARIANA DE JESUS" RECTORADO MACARA ECUADOR

INDICE

PORTADA.....I
CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS.....II
AUTORIA.....III
CARTA DE AUTORIZACION DE TESIS….....IV
DEDICATORIA.....V
AGRADECIMIENTO……...……..…….....VI
1. TEMA…..……..…..……..……1
2. RESUMEN……..……..……...2-3
3. INTRODUCCIÒN…….....……..4-6
4. MARCO TEÓRICO 7
4.1 La Adolescencia, Anticoncepción y Embarazo Adolescente…….....7
4.1.1 Definición de Adolescencia.....7
4.1.2 ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA.....8
4.1.2.1 Adolescencia temprana.....8
4.1.2.2 Adolescencia media…….....8
4.1.2.3 Adolescencia tardía…….....9
4.2 EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA O EMBARAZO PRECO.....9
4.2.1Definición:…….....9
4.2.2 Causas del Embarazo en la Adolescencia…….....9
4.2.3 Consecuencias del embarazo Adolescente……..….....10
4.2.3.1 Punto de vista médico……..……..10
4.2.3.2 Puntos de Vista desde el contexto social:……..…10
4.2.3.3 Desde el punto de vista psicológico……..11
4.2.4 MATERNIDAD ADOLESCENTE……..…...11
4.2.4.1 Factores Predisponentes……..……11
4.2.4.2 Factores de Riesgo…….....…12
4.2.5 Complicaciones en el embarazo, parto y perinatales……..……...12
4.2.5.1 El Control Prenatal tardío……..……...12
4.2.5.2 Bebés de Bajo Peso al nacer……..……13
4.2.5.3 Parto por Cesárea……..……..……..……13
4.2.5.4 Mortalidad Perinatal……..……13
4.2.5.5 Abortos provocados……13

4.2.5.6 En la mortalidad materna……..……...13
4.2.6 Violencia y embarazo en adolescentes. ……..……13-14
4.2.7 Cambios en la Adolescencia.……..…...14
4.2.7.1Intelectuales…….……...…14
4.2.7.2Emocionales…….……..……15
4.2.7.3 Sociales……..…….…….....15
4.3 Iniciación sexual y anticoncepción. ……...……15
4.4 Panorámica Internacional del Embarazo En Adolescentes…….....16-18
4.4.1 Panorámica del Embarazo Adolescente en Ecuador……18-19
4.4.2. Medidas adoptadas por el gobierno del Ecuador…….……..19
4.4.2.1 Habla serio sexualidad sin misterios……...20
4.5 Marcos Legales Nacionales, Acuerdos Y Resoluciones Internacionales…….....21
4.5.1 Constitución de la República……..……...…….21
4.5.1.1 Artículo 11, numeral 2……..….21
4.5.1.2 Artículo 32……..……..…21-22
4.5.2.1.3 Artículo35……..…….22
4.5.2.3 Sobre los niños, niñas y adolescentes…… ……..……..22
4.5.2.3.1Artículo 45…….....22
4.5.3.2 Artículo 341…….……23
4.5.3.3 Artículo 358……..……...23
4.6 Tratados Y Convenciones Internacionales…….…….23
4.6.1 Ley Especial……..……....24
4.6.1.1 El Código De La Niñez Y Adolescencia……..……...24
4.6.1.2 Artículo 27……....24
4.6.1.3 Artículo 28…….…...25
4.6.1.4 Artículo 30……..…….…….26
4.7 Decretos Ejecutivos Y Acuerdos Ministeriales……..….....26
4.8 POLÍTICAS Y PLANES NACIONALES……..…..…….27
4.8.1 La política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos…..……..…..27
4.8.2 El Plan Nacional de Desarrollo, 2007-2011……..……...28
4.9 Normas de atención a la adolescente embarazada……...……..30
4.9.1 Completo e Integral…….……....30

4.9.2 Enfoque Intercultural…….…….....31
4.9.3 Nivel mínimo eficiente de controles prenatales……...…..31
4.9.4 Afectivo……...….31
4.10 ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENCIA……..…32
4.10.1MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS……..…33
4.1O.1.1 Definición…….…..…33
4.10.1.2 Anticonceptivos Hormonales…….……..……..33
4.10.1.3 Anticonceptivos Orales……..…33
A. Combinados monofásicos ……..……...…...34
B. Combinados trifásicos……..……...34-38
C. Mensuales ……..……..38
D. Mini píldoras o anticonceptivos sólo de progesterona……....38- 40
4.10.1.4 Métodos Hormonales Inyectables …….....40
A. Mensuales De Segunda Generación…….……..…….40
B. Trimestrales……..…40-41
4.10.1.5. Parche Combinado…….……..…..41-43
4.10.1.6 Implantes Subdérmicos.....43-45
4.10.2Diafragma…….....46
4.10.3Métodos Con Sustancias Químicas…….……..……..47
A. Espermicidas…….....47
B. Esponjas vaginales…….…….48
4.10.4. Dispositivo Intrauterino O Diu…….……....48-50
4.10.5. Método De La Lactancia (Mela)…….……50-51
4.10.6 .Métodos Naturales…….…….....51
A. Método del ritmo…….……...51
B. El método Billings……..…....52
C. Método de la temperatura basal……..52
D. El método coito interrumpido o más conocido como coitus interruptus……...53
4.10.7 Métodos De Esterilización Definitiva…….……..……53
A. Vasectomía……..……...54
B. Esterilización Tubárica……..……..…….54
4.10.8PRESERVATIVOS……..…...55

A. Preservativo masculino o condón……..…..55-56
B. Preservativo Femenino……..……..……....56-58
4.10.9 Protección contra infecciones de transmisión sexual……..…58-60
5. METODOLOGIA.....61
5.1 Tipo de investigación.....61
5.2 Área de estudio…….....61
5.3 Universo……..…..61
5.4 Muestra…….....61
5.5.1 Tipo de muestra……...61
5.5 Criterios de Inclusión……..…61
5.6 Criterios de exclusión……..……....61
5.7Técnicas y Procedimiento……...62
5.8 Procedimiento para la recolección de datos……..……..62
5.9 Plan de tabulación y Análisis datos……..…..62
6. RESULTADOS……..…..63
6.1 Gráfico Nº 1……..…..63
6.2 Gráfico Nº 2……..……...64
6.3 Gráfico Nº 3……..…65
6.4 Gráfico Nº 4……..…..…66
6.5 Gráfico Nº 5……..……..…..67
6.6 Gráfico Nº 6……..…….68
6.7 Gráfico Nº 7……..……69
6.8 Gráfico Nº 8……..……..…70
7. DISCUCIÒN……..……..……...71-76
8. CONCLUCION……..……....77-78
9. RECOMENDACIONES……..……79
10. BIBLIOGRAFIA……..……....80-88
11. ANEXOS……..……..……89
Encuestas……..……..89-92
Certificado de la Unidad Educativa Mariana de Jesús del Cantón Macará..…93
INDICE……..……..94-97