

# UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

## AREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

Nivel Pregrado

“NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO “NACIONAL SAN PEDRO DE VILCABAMBA” DEL CANTÓN LOJA; SOBRE LAS CONSECUENCIAS QUE CONLLEVA EL INICIO PRECOZ DE LA VIDA SEXUAL Y LA PRACTICA DE UNA SEXUALIDAD NO RESPONSABLE”

TESIS DE GRADO PREVIA A LA  
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
MEDICO GENERAL

**AUTORA:** *Beatriz Elizabeth Jiménez Paute*

**DIRECTOR:** *Dr. Bolívar Samaniego*

**LOJA - ECUADOR  
2013**



## CERTIFICACIÓN

Dr.  
Bolívar Samaniego  
DIRECTOR DE TESIS

### CERTIFICA:

Que la Srta. Beatriz Elizabeth Jiménez Paute, realizó el presente trabajo investigativo denominado "NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO "NACIONAL SAN PEDRO DE VILCABAMBA" DEL CANTÓN LOJA; SOBRE LAS CONSECUENCIAS QUE CONLLEVA EL INICIO PRECOZ DE LA VIDA SEXUAL Y LA PRACTICA DE UNA SEXUALIDAD NO RESPONSABLE", mismo que ha sido dirigido, asesorado, supervisado y realizado bajo mi dirección en todo su desarrollo, cumple con la reglamentación pertinente

Por lo tanto autorizo su presentación y sustentación respectiva ante los organismos pertinentes.

Loja, 14 de octubre del 2013



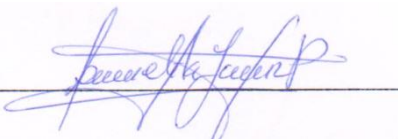
Dr. Bolívar Samaniego  
DIRECTOR DE TESIS

## AUTORÍA

El presente trabajo de investigación ha sido realizado por Beatriz Elizabeth Jiménez Paute egresada de la carrera de medicina, el mismo que luego de revisado y corregido se pone a consideración de las personas que deseen utilizarlo como un medio de consulta para futuras investigaciones

La investigación, análisis y conclusiones del presente trabajo de tesis, les corresponden exclusivamente al autor y el patrimonio intelectual a la Universidad Nacional de Loja. Autorizo al Área de Salud Humana, por ende a la carrera de Medicina Humana hacer uso del presente documento en lo conveniente.

**Autora:** Beatriz Elizabeth Jiménez Paute

**Firma:** 

**Cedula:** 1103876049

## CARTA DE AUTORIZACION DE TESIS

Yo, Beatriz Elizabeth Jiménez Paute, declaro ser autora de la tesis titulada: **"NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO "NACIONAL SAN PEDRO DE VILCABAMBA" DEL CANTÓN LOJA; SOBRE LAS CONSECUENCIAS QUE CONLLEVA EL INICIO PRECOZ DE LA VIDA SEXUAL Y LA PRACTICA DE UNA SEXUALIDAD NO RESPONSABLE"**

Como requisito para optar el grado de Medico General, autorizo al sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos, muestre al mundo la reproducción intelectual, a través de la visibilidad de su contenido 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 la constancia de esta autorización en la ciudad de Loja a los 25 dias del mes de octubre de 2013, firma la autora.

Firma: 

**Autora:** Beatriz Elizabeth Jiménez Paute

**Cedula:** 1103876049

**Correo electrónico:** elita\_aj@hotmail.es

**Dirección Domiciliaria:** Cdla. Pio Jaramillo, calle Onas y Cañarís

### DATOS COMPLEMENTARIOS

**Director de tesis:** Dr. Bolívar Samaniego

**Tribunal de tesis:** Dra. Beatriz Bustamante

Dra. María Esther Reyes

Dr. Edgar Guamán

## DEDICATORIA

Dedicado a mi PADRE CELESTIAL; mi Señor, mi Salvador que ha estado siempre conmigo; llego el tiempo del galardón, un momento donde lo inalcanzable fue alcanzado y lo imposible fue posible pero no por mi propia fuerza; Sino por tu misericordia y amor inexplicable para con tu hija.

DEDICO este trabajo principalmente a mi preciosa hija ANGIE JAHZEEL, que bajo del cielo, para llenar vida de amor y alegría; una sonrisa, una mirada tuya ilumina todo y me da las fuerzas necesarias para luchar y conseguir mis metas, hijita no ha sido nada fácil para las dos, porque sacrifiqué los mejores momentos a tu lado. Mi sacrificio también ha sido tu sacrificio, y mis logros son los tuyos, te amo; bebita lo logramos!!!

## AGRADECIMIENTO

AGRADECIMIENTO hay en mi corazón para con mi Padre Dios, ese Dios todopoderoso, quien me bendice, guarda y protege todos los días de mi existir; no por ser la mejor sus hijas sino por su gran amor y misericordia.

A mis segundos padres. HORTENCIA Y ROSENDO, gracias por ser fuente de motivación y por dejarme la herencia más importante: la familia y la educación; Tomada de su mano inicie mi aprendizaje en la vida, todo lo que soy se lo debo a su ejemplo de perseverancia, valor y abnegación.

Agradezco a mi mamita querida MARIA IMELDA, gracias por sus oraciones, por su ejemplo de constancia, por sus valores, por preocuparse y amarme con tanta ternura y fervor. Mamá sus peticiones han sido concedidas, llego el momento de la cosecha, me siento orgullosa que sea mi madre.

A mi papito SIXTO por su amor y comprensión por sus cuidados y dirección; porque cuando era una niña sembró en mi la semilla de amor, responsabilidad y del trabajo duro, gracias papá.

A ROBERTH mi hermano mayor y casi padre, gracias porque en momentos de angustia ha sido tu presencia en mi vida un apoyo incondicional; gracias por tu constante amor, cuidado y ejemplo de superación personal.

A mis queridos hermanos ISRAEL y DAVID gracias por su paciencia y comprensión, por ser parte importante en mi existencia, Los amo infinitivamente.

“NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO “NACIONAL SAN PEDRO DE VILCABAMBA” DEL CANTÓN LOJA; SOBRE LAS CONSECUENCIAS QUE CONLLEVA EL INICIO PRECOZ DE LA VIDA SEXUAL Y LA PRACTICA DE UNA SEXUALIDAD NO RESPONSABLE”

## RESUMEN

El presente estudio tiene como propósito identificar el nivel de conocimientos que poseen los estudiantes del colegio “Nacional San Pedro de Vilcabamba”, sobre las consecuencias que conlleva el inicio de la sexualidad precoz, El mismo que es de tipo descriptivo, transversal, para lo cual se contó con 80 estudiantes de 13 a 17 años de edad, que cumplieron con los criterios de exclusión e inclusión, a los cuales se les aplicó una encuesta como medio de recolección de datos, previó a la autorización brindada por autoridades del establecimiento y padres de familia.

Se evidenció que solo el 20% de los adolescentes encuestados ya ha iniciado su vida sexual, siendo los 15 años la edad más frecuente de inicio, el 70% mencionan tener poca información de sexualidad. Esto permite tomar medidas adecuadas, como la impartición de conocimientos, mediante la implementación de programas de educación sexual y prevención de las consecuencias, que ayudara a los adolescentes en la toma de decisiones adecuadas, para que gocen de una vida sexual sana, satisfactoria y responsable.

Palabras Claves: Sexualidad precoz, adolescentes, Colegio nacional san Pedro de Vilcabamba.

.



## SUMMARY

The present study aims to identify the level of knowledge possessed by college students " National San Pedro de Vilcabamba." about the consequences that entails the onset of precocious sexuality, the same that is descriptive, transversal, for which it had 80 students from 13-17 years of age, who met the inclusion and exclusion criteria, to which we applied a survey as a means of data collection, prior to the authorization provided by facility authorities and parents of family.

It was noticed that only 20 % of teens surveyed have already started your sexual life, 15 years being the most common age of onset, 70 % report having little information about sexuality. This will take appropriate measures such as the provision of knowledge, through the implementation of sex education programs and prevention of the consequences, to assist teens in making appropriate decisions, to enjoy a healthy sex life, successful and responsible.

Keywords: Sexuality precocious, adolescents, National College San Pedro de Vilcabamba.

### 3. INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia como la segunda década de la vida, la etapa que abarca entre los 10 y los 19 años, existiendo una diferencia entre su etapa temprana (10 a 14 años) y la tardía (15 a 19 años).<sup>(1)</sup>

Se considera a la adolescencia como una etapa entre la niñez y la edad adulta, que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales. No es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia tanto psicológica como social.

Los adolescentes durante esta etapa deben enfrentarse principalmente a su sexualidad, y evitar embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual. Sin embargo en la actualidad se evidencia mayor porcentaje de precocidad sexual, por lo que resulta importante determinar la edad y el porcentaje de adolescentes que mantienen relaciones sexuales y las consecuencias que esto tiene sobre su vida.

Las relaciones sexuales constituyen una práctica en aumento en Ecuador y en el mundo entero, como lo describen otros estudios. En México el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública (CESOP) realizado en 2011, donde el 84% de la población entrevistada de 12 y 17 años declara haber iniciado su vida sexual a los 15 años o antes, de los cuales el 50% no utilizan anticonceptivos, mientras que 30% de éstos han padecido una enfermedad de transmisión sexual, 30% se ha embarazo o ha embarazado a su pareja<sup>(2)</sup>

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), en nuestro país el número de mujeres embarazadas o en periodo de lactancia de 12 a 17 años disminuyó en el país, pues en el 2009 se reportaron 33 819 casos, mientras que en el 2012, solo 19 112. No obstante, este dato indica que la precocidad en el inicio sexual se mantiene, así como su mayor secuela, el embarazo no deseado.<sup>(3)</sup>

Cabe citar el estudio realizado por el proyecto CERCA, denominado cuidado para la salud reproductiva para adolescentes enmarcado en la comunidad, revela que las regiones con mayor frecuencia de embarazo en adolescentes son: costa con 54%, sierra con 40% y región amazónica con 6%. En el Azuay, durante el 2009 se produjeron 9.308 partos de los cuales 1.722 fueron madres adolescentes. En el 2011 en el cantón Cuenca a 3300 adolescentes de entre 12 y 18 años, donde se concluyó [o que el promedio de inicio de relaciones sexuales era de 15 años en las mujeres y 14 en los hombres. <sup>(4)</sup>

Teniendo en cuenta el problema actual al que se enfrentan los adolescentes; en el presente estudio se planteó como objetivo principal identificar el nivel de conocimientos que tienen los estudiantes del “Colegio Nacional San Pedro de Vilcabamba” del Cantón Loja, sobre los peligros que conlleva el inicio de la vida sexual y la práctica de una sexualidad no responsable. Cuyas finalidades son: establecer cuál es la edad más frecuente en la que los adolescentes inician su vida sexual; reconocer las fuentes de donde proviene la información sobre sexualidad que poseen los estudiantes del “Colegio Nacional San Pedro de Vilcabamba”; determinar si los estudiantes del “Colegio Nacional San Pedro de Vilcabamba” conocen las consecuencias que pueden ocasionar el inicio precoz de las relaciones sexuales, como: embarazo no deseado, aborto, Enfermedades de Transmisión sexual; y concienciar a los adolescentes acerca de la toma de decisiones acertadas a través del conocimiento de las consecuencias del tener una vida sexual activa a corta edad.

La evaluación de los resultados refleja que el 20% de los adolescentes han iniciado su vida sexual, siendo los 15 años la edad más frecuente inicio; las mujeres iniciaron su actividad sexual a los 15 años y los varones a los 13 y 15 años. Las fuentes de información sobre sexualidad provienen en un 36,25% de los padres familia.

El 70% de los adolescentes menciona tener poca información de sexualidad; el 56% se protegieron al iniciar su vida sexual y el 44% no lo hicieron, esto no produjo embarazos; un 52,5% no conocen ni han escuchado de métodos de control de natalidad, y el 17,5% conocen del uso preservativo. Un 86% de

adolescentes indican conocer las formas de contagio de las enfermedades de transmisión sexual, y un 66.25% señalan que se protegerían de las mismas con el uso del preservativo durante una relación sexual.

Los resultados obtenidos de esta investigación fueron socializados con los estudiantes, docentes de la institución y padres de familia, con el propósito de reafirmar en los adolescentes los conocimientos sobre sexualidad y puedan tomar decisiones acertadas y responsables.

## 4. REVISION BIBLIOGRAFICA

### 4.1. ADOLESCENCIA Y SEXUALIDAD

La Organización Mundial de la salud (O.M.S.), define la adolescencia como el período comprendido entre los 10 y 19 años. La subdivide en varias fases: la adolescencia temprana o puberal de los 10 a 14 años, la adolescencia media entre los 14 y 16 años y la adolescencia tardía a partir de los 16 años. Cada una de ellas posee características propias que implican cambios fisiológicos, anatómicos así como modificación en el perfil psicológico y en la personalidad. <sup>(5)</sup>

En la adolescencia los jóvenes experimentan cambios constantes en el cuerpo y las sensaciones. Su necesidad de saber los hará refugiarse en sus pares y/o en los adultos.

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes".

#### 4.1.1. *Etapas de la adolescencia*

##### 4.1.1.1. *Adolescencia Temprana (10 a 13 años)*

- Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca.
- Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.
- Intellectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales.
- Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

#### 4.1.1.2. *Adolescencia 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. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

#### 4.1.1.3. *Adolescencia 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. <sup>(6)</sup>

### 4.1.2. Desarrollo afectivo del adolescente.

#### 4.1.2.1. Identidad personal.

La adolescencia es un periodo de búsqueda y consecución de la identidad. El adolescente realiza juicios sobre si mismo, conscientes o inconscientes, y se compara con su grupo de iguales. Estos juicios tienen connotaciones afectivas y nunca son neutros.

El auto concepto es el elemento central de la identidad personal, pero integra en si mismo elementos corporales, psíquicos, sociales y morales. <sup>(7)</sup>

#### 4.1.2.2. Sexualidad

Con la pubertad ha comenzado la capacidad sexual propia del organismo humano maduro, con la instauración de la genitalidad

Según la O.M.S “La sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.”<sup>(8)</sup>

La sexualidad saludable implica la capacidad de optar, de respetar la intimidad, la privacidad y los tiempos -propios y de los demás. Es fuente de comunicación de afectos, de sentimientos, de encuentros, nos constituye como seres humanos.

La OMS concluye como educación sexual “La noción de salud sexual que implica un acercamiento positivo a la sexualidad humana, y el propósito del cuidado de la salud sexual debe ser el mejoramiento de la vida y las relaciones personales y no meramente la consejería y el cuidado relacionado con la reproducción o las enfermedades sexualmente transmitidas” <sup>(9)</sup>

#### 4.1.3. Desarrollo social del adolescente

A lo largo del periodo adolescente la referencia familiar se debilita mientras que las relaciones sociales toman auge.

La emancipación en estos individuos se da de forma diferente, pero cuando se produce, se establecen lazos más estrechos con el grupo de compañeros. Estos lazos suelen tener un curso típico: en primer lugar, se relacionan con pares del mismo sexo, luego se van fusionando con el sexo contrario, para, de esta manera ir consolidando las relaciones de pareja.

Por lo general el adolescente observa el criterio de los padres en materias que atañan a su futuro, mientras que sigue más el consejo de sus compañeros en opciones de presente.

#### 4.1.4. Las relaciones interpersonales

Los adolescentes se encuentran con dos grandes fuentes de influencia social en su desarrollo: los amigos que adquieren un papel fundamental en este periodo; y la familia (especialmente los padres)

La necesidad más importante del adolescente es encontrar un amigo o alguien que lo acompañe en sus necesidades internas. Para los adolescentes la amistad significa entablar relaciones duraderas basadas en la confianza, la intimidad, la comunicación, el afecto y el conocimiento mutuo. Durante este periodo se valora a los amigos principalmente por sus características psicológicas, y por ello los amigos son las personas ideales para compartir y ayudar a resolver problemas psicológicos como puede ser: la soledad, la tristeza, las depresiones, entre otras.

Importante es mencionar, otro aspecto, que cumple la amistad en este proceso, ésta tiene una función integrativa en la sociedad, ya que el hecho de sentirse integrado al mundo y en la sociedad, lo cual se logra por medio de la amistad, contribuye a reforzar y sociabilizar el “yo”

Por otro lado tenemos las relaciones con los padres, que es la otra gran influencia en el plano social que los individuos reciben en este periodo. Las nuevas necesidades de autonomía de estos provocan tensiones familiares

#### 4.1.5. Influencia de los medios de comunicación

Poco se ha estudiado al respecto; sin embargo, sabemos que de unos años para acá la información sexual más explícita se encuentra al alcance de los adolescentes, en círculos de discusión, mesas redondas y otros programas científicos culturales, en escenas eróticas, materiales pornográficos, información sobre el sexo seguro, etcétera.

Ésta, más la información implícita de la comercialización del sexo en revistas, periódicos, radio, televisión y videos, hace que nuestros adolescentes estén bombardeados de información sexual indiscriminada y si no tienen una base sólida conformada por oportuna y adecuada información sexual, papeles



sexuales claros y definidos, valores claros y otras características más, pueden confundirlos, pues son muy vulnerables en esta etapa crucial de transición.<sup>(10)</sup>

## 4.2. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Se lo define como: "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen".

### 4.2.1. FACTORES PREDISPONENTES

- *Menarca Temprana*: otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.
- *Inicio Precoz De Relaciones Sexuales*: cuando aun no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
- *Familia disfuncional*: uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres – hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.
- *Mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente y / o sola*
- *Bajo Nivel Educativo*: con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aun teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.
- *Falta o distorsión de la información*: es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.
- *Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres*: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez,

como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.

- *Factores socioculturales*: la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.<sup>(11)</sup>

#### 4.2.2. ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES

##### 4.2.2.1. LA ADOLESCENCIA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

La maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado.

Las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y, en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares.

Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como "hija-madre", cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron.

También, en su historia, se encuentran figuras masculinas cambiantes, que no ejercen un rol ordenador ni de afectividad paterna, privándolas de la confianza y seguridad en el sexo opuesto, incluso con el mismo padre biológico.

Así, por temor a perder lo que cree tener o en la búsqueda de afecto, se someten a relaciones con parejas que las maltratan. En otros casos, especialmente en menores de 14 años, el embarazo es la consecuencia del "abuso sexual", en la mayoría de los casos por su padre biológico.

El despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses; con escolaridad pobre; sin proyectos (laborales, de uso del tiempo libre, de estudio); con modelos familiares de iniciación sexual precoz; por estimulación de los medios, inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con chicos muy jóvenes, con muy escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal. Tienen relaciones sexuales sin protección contra enfermedades de transmisión sexual buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias.

#### 4.2.2.2. ACTITUDES HACIA LA MATERNIDAD

El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente.

Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre.

En la adolescencia temprana, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exacerban los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. Si, como muchas veces ocurre, es un embarazo por abuso sexual, la situación se complica mucho más. Se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja aunque ella exista realmente. No identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos.

En la adolescencia media, entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo. Es muy común que "dramaticen" la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como "poderoso

instrumento" que le afirme su independencia de los padres. Frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión. Temen los dolores del parto pero también temen por la salud del hijo, adoptando actitudes de autocuidado hacia su salud y la de su hijo. Con buen apoyo familiar y del equipo de salud podrán desempeñar un rol maternal, siendo muy importante para ellas la presencia de un compañero. Si el padre del bebé la abandona, es frecuente que inmediatamente constituya otra pareja aún durante el embarazo.

En la adolescencia tardía, luego de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando, muchas de ellas, el papel de madre joven. La crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes.

En resumen, la actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa de su vida por la que transita y, si es realmente una adolescente aún, necesitará mucha ayuda del equipo de salud, abordando el tema desde un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y crianza de su hijo durante sus primeros años de vida.

#### 4.2.2.3. EL PADRE ADOLESCENTE

Si la adolescente no está preparada para ser madre, menos lo estará el varón para ser padre especialmente porque, en la cultura en que se da la maternidad adolescente, es muy común que el varón se desligue de su papel y las descendencias pasan a ser criadas y orientadas por mujeres.

Esta exclusión del varón provoca en él sentimiento de aislamiento, agravados por juicios desvalorizadores por parte de su familia o amistades ("con qué lo vas a mantener", "seguro que no es tuyo", etc.) que precipitarán su aislamiento si es que habían dudas.

Al recibir la noticia de su paternidad, el varón se enfrenta a todos sus mandatos personales, sociales y a sus carencias, exacerbándose todo ello por altruismo, lealtad, etc. como también por su dependencia económica y afectiva. Por ello, busca trabajo para mantener su familia, y abandona sus estudios, postergando

sus proyectos a largo plazo y confunde los de mediano con los de corto plazo, comenzando a vivir las urgencias. A todo esto se agrega el hecho de que la adolescente embarazada le requiere y demanda su atención, cuando él se encuentra urgido por la necesidad de procuración.

En la necesidad de plantearse una independencia frente a su pareja y la familia de ésta, siente que se desdibuja su rol, responsabilizándolo de la situación, objetando su capacidad de "ser padre". Se enfrenta a carencias por su baja capacitación a esa edad y escolaridad muchas veces insuficiente para acceder a trabajos de buena calidad y bien remunerados. Ello lo obliga a ser "adoptado" como un miembro más (hijo) de su familia política, o ser reubicado en su propia familia como hijo – padre.

Esta situación de indefensión hace confusa la relación con su pareja, por su propia confusión, lo que le genera angustia. Por ello es que el equipo de salud deberá trabajar con el padre adolescente, estimulando su compromiso con la situación, o bien posibilitando una separación que no parezca "huida".

#### 4.2.2.4. CONSECUENCIAS DE LA MATERNIDAD – PATERNIDAD ADOLESCENTE

A las consecuencias biológicas por condiciones desfavorables, se agregan las psicosociales de la maternidad – paternidad en la segunda década de la vida.

- *Consecuencias Para La Adolescente*

Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras probabilidades de lograr buenos empleos y de su realización personal al no cursar carreras de su elección. También le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales.

Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación.

En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia.

Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza.

- *Consecuencias Para El Hijo De La Madre Adolescente*  
Tienen un mayor riesgo de bajo peso al nacer, dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado la gestación. También se ha reportado una mayor incidencia de "muerte súbita".

Tienen un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional.

Muy pocos acceden a beneficios sociales, especialmente para el cuidado de su salud, por su condición de "extramatrimoniales" o porque sus padres no tienen trabajo que cuenten con ellos.

- *Consecuencias Para El Padre Adolescente.* Es frecuente la deserción escolar para absorber la mantención de su familia. También es común que tengan peores trabajos y de menor remuneración que sus padres, sometidos a un stress inadecuado a su edad. en general, todo ello condiciona trastornos emocionales que dificultan el ejercicio de una paternidad feliz. <sup>(12)</sup>

#### 4.3. PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

La maternidad adolescente, en primer lugar se da en familias más pobres y es uno de los factores que tiende a profundizar el círculo de pobreza y la falta de oportunidades, en segundo lugar porque se relaciona con mayor riesgo de mortalidad y morbilidad materna infantil, y en tercer lugar porque se vincula con la deserción escolar de las adolescentes.

Es un indicador de la no realización de los derechos sexuales y reproductivos, porque implica falta de acceso a servicios de educación y salud, falta de información, falta de empoderamiento de las adolescentes, y lo que es más grave en muchos casos los embarazos son producto de violencia sexual.

El embarazo en adolescentes coloca a las madres adolescentes en una perspectiva de exclusión a lo largo de su vida; es un grave problema social en la región que nos desconcierta, nos preocupa y nos desafía.

Desde el año 2007 los Ministerios de Salud del Área Andina declararon ésta como una problemática prioritaria a nivel de la región y se constituyó un Comité Andino de Prevención de Embarazo Adolescente; a la vez se construyó el Plan Andino y el Plan Nacional que posibilita un trabajo integral e intersectorial en cuatro líneas estratégicas:

- Fortalecimiento de una línea de base, investigaciones y sistema de monitoreo y evaluación.
- Fortalecimiento de servicios de atención para adolescentes en salud y educación.
- Participación juvenil y de adolescentes.
- Abogacía y alianzas.

Es importante trabajar en el nivel personal con los y las adolescentes con enfoques de derechos, de género y sensibilidad cultural para promover la toma de decisiones seguras frente a su sexualidad: prevención de ITS VIH SIDA, embarazos y violencia sexual. Promover el trabajo con los adolescentes varones para que asuman su responsabilidad frente al cuidado de su salud SSR y de su pareja.

El 23 de febrero de 2012, el gobierno presentó la Estrategia Nacional de Planificación Familiar (Enipla), con la finalidad de disminuir la tasa de embarazos no deseados entre adolescentes.

En Ecuador, 2.080 niñas y una de cada cinco adolescentes ya son madres, lo que representa la tasa más elevada de América Latina. Por ello, los ministerios

que encabezan el frente social del país pusieron en marcha Enipla, con la meta de disminuir un 25% los embarazos no deseados en adolescentes.

Esta es la primera vez que el país planteó una estrategia intersectorial para disminuir el embarazo adolescente pensando en factores como: información, conciencia cultural y la entrega de métodos anticonceptivos en todos los centros y sub centros de salud.

Actualmente, la estrategia Enipla trabaja en capacitaciones y talleres con familias, profesores y jóvenes sobre la prevención del embarazo en adolescentes, implementando acciones coordinadas con el ministerio de Salud, Educación e Inclusión Social, sobre todo en los sectores de mayor pobreza y menor educación. De esa forma, se intenta prevenir la violencia sexual y el embarazo como una de las consecuencias de la misma. El proyecto también impulsa ferias de salud para adolescentes en todo el país y una línea de información y asesoría.<sup>(13)</sup>

#### 4.4. ABORTO EN ADOLESCENTES

La adolescente que está embarazada se enfrenta a una dura prueba al tener que tomar una decisión, la de interrumpir su embarazo para la que, probablemente no esté emocionalmente madura.

Esta inmadurez junto con el temor a descubrir su situación hace que en adolescentes se produzcan un número excesivo de abortos del segundo trimestre. Suele ser frecuente que las adolescentes que demandan una consulta por un posible embarazo refieran que están embarazadas de menos tiempo que el real.

##### 4.4.1. ABORTO

Actualmente se sustituye por el término de pérdida fetal y pérdida del embarazo, se considera en términos arbitrarios que es la pérdida de la Gestación antes de que se cumpla la semana 20 o que el producto pese menos de 500 gr.



Estos conceptos pueden variar debido a los avances tecnológicos y un mejor conocimiento del estudio de la pérdida del embarazo en la etapa pre-embrionaria (de la concepción a la semana 5), o embrionaria (de la 6ta. A la 9na. semana de gestación) o fetal que abarca de la semana 9 al nacimiento

#### 4.4.1.1. Clasificación

Forma de inicio se puede clasificar como:

*Aborto espontáneo:* cuando se produce por un mecanismo natural sin que se realice ninguna maniobra o intervención medicamentosa o instrumental para terminar la gestación.

*Aborto inducido o provocado:* se efectúa deliberadamente utilizando una o varias maniobras o procedimientos con la única intención de facilitar la expulsión del producto. En esta categoría se incluyen los siguientes tipos:

- Aborto legal: se realiza al amparo de la ley cuando este procedimiento es aceptado en la legislación de un país.
- Aborto ilegal: es un aborto inducido que se realiza en forma clandestina, generalmente en condiciones sanitarias deficientes y casi siempre por personas con instrucción baja.
- Aborto terapéutico: es la terminación de un embarazo cuando existen complicaciones maternas que amenazan su vida. La mayoría de las veces se confunde con el aborto legal, pero en este caso, las indicaciones médicas predominan.

Sus formas clínicas se clasifican en:

- **AMENAZA DE ABORTO.-** Se integra este diagnóstico clínico cuando se presenta sangrado transvaginal en una paciente con embarazo durante las primeras 20 semanas, puede acompañarse de dolor cólico espasmódico, sin modificaciones cervicales.

El diagnóstico diferencial incluye embarazo ectópico, embarazo molar, erosiones cervicales, pólipos y carcinoma en sus diferentes modalidades.

- **ABORTO ESPONTANEO.-** Cuadro clínico integrado por dolor pélvico, sangrado transvaginal, expulsión de los productos de la concepción, acompañado de dilatación cervical acompañado de datos ultrasonográficos de mal pronóstico, como es saco gestacional vacío, imágenes de tejido intracavitario desorganizado.
- Puede existir el denominado completo cuando se expulsan en su totalidad estos tejidos endouterinos, o incompleto cuando se expulsan en forma parcial.
- **ABORTO SEPTICO.-** Cuando existe un cuadro clínico asociado de fiebre o sepsis en una paciente con antecedente de un aborto reciente.
- **ABORTO DIFERIDO O ABORTO FALLIDO O HUEVO MUERTO Y RETENIDO.-** Se aplica este término cuando existe evidencia de que no hay desarrollo embrionario o fetal en el embarazo o esta se ha detenido. Y no se ha desencadenado ningún trabajo de aborto. <sup>(14)</sup>

#### 4.5. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS) manifiesta una gran preocupación por el aumento marcado que se observa en el número de enfermedades de transmisión sexual y ha dado orientación sobre esta situación a las autoridades de salud para combatir estas enfermedades, por constituir un escenario propicio para infección por VIH/SIDA. <sup>(15)</sup>

Las ITS son infecciones que se propagan principalmente de persona a persona a través de contactos sexuales. Se han identificado más de 30 organismos que pueden transmitirse por la vía sexual, entre los que incluyen las bacterias, los virus, protozoos, hongos y parásitos. Las ITS pueden dividirse en ulcerosas y no ulcerosas, curables e incurables.

Las ITS curables pueden tratarse con una medicación que detiene la enfermedad, pero que no mejora las secuelas permanentes de la infección. Las ITS incurables son causadas por virus. Si bien no pueden curarse, pueden

tomarse algunas medidas en ciertas ITS virales para prevenir el desarrollo de la enfermedad (como la vacuna para la hepatitis B) o para aliviar los síntomas (como los antivirales para el herpes genital).

a) Bacterias

- *Neisseria gonorrhoeae* (gonorrea o infección gonocócica);
- *Chlamydia trachomatis* (clamidiasis);
- *Treponema pallidum* (sífilis);
- *Haemophilus ducreyi* (chancroide);
- *Klebsiella granulomatis* (antes llamada *Calymmatobacterium granulomatis*, (granuloma inguinal o donovanosis).

b) Virus

- Virus de la inmunodeficiencia humana (sida);
- Virus del herpes simple de tipo 2 (herpes genital);
- Papilomavirus humanos (verrugas genitales y, en el caso de algunos tipos de estos virus, cáncer del cuello del útero en la mujer);
- Virus de la hepatitis B (hepatitis, que en los casos crónicos puede ocasionar cáncer de hígado);
- Citomegalovirus (inflamación de diferentes órganos, como el cerebro, los ojos y los intestinos).

c) Parásitos

- *Trichomonas vaginalis* (tricomoniasis vaginal);
- *Candida albicans* (vulvovaginitis en la mujer y balanopostitis [inflamación del glande y el prepucio] en el hombre).<sup>(16)</sup>

#### 4.5.1. CLASIFICACIÓN

INFECCIÓN	ORGANISMO CAUSANTE	CLASIFICACIÓN DE LOS ORGANISMOS
<b>Curables</b> <b>No ulcerosas</b> Gonorrea Clamidia Tricomoniasis Candidiasis Vaginosis bacteriana (VB)	Neisseria gonorrhoea Chlamydia trachomatis Trichomonas vaginalis Candida albicans Gardnerella vaginalis Especies de mycoplasma Especies anaerobias	Bacteria Bacteria Protozoo Hongo Bacteria
<b>Ulcerosas</b> Sífilis Chancroide Granuloma inguinal/donovanosis Linfgranuloma venéreo	Treponema pallidum Haemophilis ducreyi Calymmobacterium granulomatis Chlamydia trachomatis (L1-L3)	Bacteria espiroqueta Bacteria Bacteria Bacteria
<b>Incurables</b> <b>No ulcerosas</b> VIH/SIDA Verrugas genitales Hepatitis B Hepatitis C <b>Ulcerosas</b> Herpes genital	Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) Virus del papiloma humano (HPV) Virus hepatitis B Virus hepatitis C Virus herpes simples tipo 1 (VHS-1) Virus herpes simples	Virus Virus Virus Virus Virus Virus Virus

	tipo 2 (VHS-2) Virus herpes humano tipo 8 (VHH-8)	
--	---	--

#### 4.5.2. Síntomas y signos de las ITS

Las ITS pueden provocar síntomas y signos en los órganos reproductivos así como en la piel que rodea la vagina, el pene, el ano, o bien en la garganta o en la boca. Algunas ITS también pueden causar síntomas y signos sistémicos.

##### 4.5.2.1. Síntomas y signos frecuentes de las ITS

- Secreciones anormales de la vagina o el pene
- Dolor o ardor al orinar
- Picazón o irritación de los genitales
- Llagas, ampollas o bultos en los genitales
- Sarpullido, incluso en la palma de la mano y en la planta del pie
- Dolor abdominal bajo
- Inflamación en la ingle (inflamación inguinal)

##### 4.5.2.2. ITS asintomáticas

Algunas ITS pueden no causar síntomas o bien ciertos síntomas leves. Por ende, una persona infectada podría no darse cuenta de que padece una infección. Hasta el 80% de los casos en mujeres y el 10% de los casos en hombres con gonorrea son asintomáticos; entre el 80% y el 90% de las mujeres y hasta el 50% de los hombres infectados con clamidia pueden ser asintomáticos; la tricomoniasis puede ser asintomática en el 50% de los casos. Pero a pesar de ser asintomáticas, dichas infecciones pueden ser transmitidas. Las ITS, incluso las infecciones asintomáticas, pueden causar complicaciones de gravedad, en especial si no se tratan en una etapa temprana. Un tratamiento eficaz logra reducir el riesgo de que se produzcan complicaciones y la posibilidad de propagar la infección.

#### 4.5.2.3. Efectos negativos de las ITS en la salud de la mujer

Las ITS no tratadas tienen repercusiones muy importantes en la salud reproductiva, materna y neonatal. Las ITS son la principal causa prevenible de infertilidad, sobre todo en la mujer.

Por ejemplo, un 10 a 40% de las mujeres con infecciones clamidiales no tratadas acaban presentando enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) sintomática. El daño de las trompas por la infección es responsable del 30 a 40% de los casos de infertilidad femenina. Además, la probabilidad de tener embarazos ectópicos (tubáricos) es 6 a 10 veces mayor en las mujeres que han sufrido EIP que en las que no la han sufrido, y un 40 a 50% de los embarazos ectópicos pueden atribuirse a episodios anteriores de EIP.

La infección por algunos tipos de papilomavirus humanos puede llevar a la aparición de cánceres genitales, en particular del cuello uterino en la mujer.

#### 4.5.2.4. Efectos negativos de las ITS en el desenlace del embarazo

Las ITS no tratadas se asocian a infecciones congénitas y perinatales en los recién nacidos, sobre todo en regiones en las que las tasas de infección siguen siendo elevadas.

En mujeres con sífilis temprana no tratada el 25% de los embarazos acaban en muerte fetal y el 14% en muerte neonatal, lo cual representa una mortalidad perinatal general de aproximadamente un 40%.

En mujeres con infecciones gonocócicas no tratadas, los abortos espontáneos y los partos prematuros pueden llegar al 35%, y las muertes perinatales al 10%. En ausencia de profilaxis, un 30 a 50% de los lactantes cuyas madres tenían gonorrea no tratada y hasta un 30% de aquellos cuyas madres tenían infecciones clamidiales no tratadas contraen infecciones oculares graves (oftalmia neonatal) que pueden ser causa de ceguera si no se tratan rápidamente. En todo el mundo, esta afección causa ceguera a unos 1000-4000 recién nacidos cada año.

#### 4.5.3. ITS y VIH

La presencia de ITS no tratadas (tanto las que causan úlceras como las que no) puede llegar a multiplicar por 10 el riesgo de adquisición y transmisión del VIH. Por consiguiente, el tratamiento precoz de las ITS es importante para reducir el riesgo de infección por el VIH. El control de las ITS es importante para la prevención de la infección por el VIH, sobre todo en personas con comportamientos sexuales de alto riesgo.

#### 4.5.4. Las ITS y sus graves consecuencias Médicas

Las ITS pueden causar enfermedades graves y acarrear importantes consecuencias para la salud a largo plazo y, en ciertos casos, llevar a la muerte. La enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) puede producir una afección aguda y/o dolor pélvico crónico. En los países en vías de desarrollo, se ha informado que uno de cada siete hombres presenta estenosis (estrechamiento) uretral como consecuencia de alguna ITS. Las ITS también se vinculan con el desarrollo del cáncer de pene, cuello uterino, vagina y ano.

La esterilidad también es una consecuencia potencial de las ITS tanto en hombres como en mujeres. Alrededor de una de cada cinco mujeres con EPI resultan estériles. Entre las mujeres de África, se estima que la EPI es la causante de entre el 50% y el 80% de los casos de infertilidad.

Las consecuencias de una ITS para el feto durante el embarazo o el recién nacido en el parto pueden ser graves. Las ITS pueden provocar embarazos ectópicos, abortos espontáneos, rotura prematura de las membranas, trabajo de parto prematuro y poco peso al nacer. Por ejemplo, la sífilis durante el embarazo puede provocar la pérdida del bebé en un tercio de los casos y malformaciones congénitas en otro tercio.

Los datos recogidos en Sudáfrica sobre la sífilis durante el embarazo indicaron una probabilidad 19 veces mayor de que se produjeran muertes perinatales si no se recibía un tratamiento o bien, si era incompleto. Las infecciones en los recién nacidos, como la neumonía, las infecciones oculares y la meningitis también pueden ser consecuencia de haber padecido una ITS durante el

embarazo o en el alumbramiento. Se estima que alrededor del 3% de los recién nacidos con infecciones gonocócicas oculares padecerán ceguera total de no ser tratados y el 20% padecerá algún tipo de lesión en la córnea.

Otras consecuencias que pueden tener las ITS en el feto incluyen las lesiones neurológicas y las malformaciones congénitas como la ceguera y la sordera.

Algunas de las consecuencias de las ITS pueden resultar evidentes en el nacimiento, pero otras pueden no ser detectadas hasta unos meses o años más tarde.

#### 4.5.5. Emocionales y sociales

La preocupación por las consecuencias para la salud y la culpa de infectar a la pareja o a un niño pueden provocar mucha tensión. Por otra parte, las ITS también se relacionan con un considerable nivel de estigma social.

La esterilidad puede causar un gran impacto emocional en los individuos y conlleva la aparición del estigma, en especial para las mujeres en sociedades en las que se otorga gran valor a la capacidad de una mujer de procrear. Entre los impactos sociales que producen las ITS y la esterilidad pueden mencionarse los problemas de relaciones, la violencia en el hogar, el divorcio y el abandono. <sup>(17)</sup>

#### 4.6. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Un método anticonceptivo es una metodología que impide o reduce la posibilidad de que ocurra la fecundación o el embarazo al mantener relaciones sexuales. Por lo general implica acciones, dispositivos o medicamentos en las que cada uno tiene su nivel de efectividad. También se le llama contracepción o anticoncepción, en el sentido de ser formas de control de la natalidad.

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, desde el Estado, la iniciativa conocida



como ENIPLA (sigla cuyo significado es Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo Adolescente).

La ENIPLA se propone:

- Reducir la brecha entre embarazos deseados y observados y la mortalidad materna, relacionados. 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%.<sup>(18)</sup>

#### 4.6.1. CLASIFICACIÓN

Método	Descripción	Cómo funciona	Observaciones
Anticonceptivos orales en combinación (la «pastilla» o «píldora»)	Contiene dos hormonas (estrógeno y progestágeno)	Evita la liberación de óvulos por los ovarios (ovulación)	Disminuye el riesgo de cáncer endometrial y ovárico; no debe tomarse mientras se amamanta
Pastillas de progestágeno solo «minipastilla» o «minipíldora»	Contiene únicamente progesterona (sin estrógeno)	Hace más espeso el moco del conducto del cuello uterino, lo que impide que los espermatozoides y el óvulo se junten y previene la ovulación	Puede usarse mientras se amamanta; debe tomarse todos los días a la misma hora
Implantes	Cilindros o cápsulas pequeños y flexibles que se colocan	El mismo mecanismo de las pastillas de progestágeno	Debe ser insertado y extraído por personal sanitario; se

	debajo de la piel del brazo; contienen únicamente progestágeno		puede usar durante 3 a 5 años, según el tipo; las hemorragias vaginales irregulares son comunes pero no dañinas
Progestágeno en forma inyectable	Se inyecta por vía intramuscular cada 2 o 3 meses, según el producto	El mismo mecanismo de las pastillas de progestágeno solo	Al cesar el uso, la fecundidad tarda en reaparecer (entre 1 y 4 meses); las hemorragias vaginales irregulares son comunes pero no dañinas
Inyectables mensuales o anticonceptivos inyectables en combinación	Se inyectan cada mes por vía IM; contienen estrógeno y progestágeno	El mismo mecanismo de los anticonceptivos orales en combinación	las hemorragias vaginales irregulares son comunes pero no dañinas
Dispositivo intrauterino (DIU): de cobre	Dispositivo plástico flexible y pequeño que contiene un asa o cubierta de cobre y se inserta en el útero	El cobre daña los espermatozoides e impide que se junten con el óvulo	Disminuye la frecuencia de cólico menstrual y los síntomas de endometriosis; amenorrea (ausencia de hemorragia menstrual) en un grupo de usuarias
Dispositivo intrauterino (DIU): de levonorgestrel	Dispositivo plástico en forma de T que se inserta en el útero y libera diariamente pequeñas cantidades de levonorgestrel	Suprime el crecimiento del revestimiento de la cavidad uterina (endometrio)	Disminuye los cólicos menstruales y los síntomas de la endometriosis; amenorrea (ausencia de hemorragia vaginal) en un 20% de las usuarias

Condón masculino	Vaina o cubierta que envuelve el pene erecto	Forma una barrera que impide el encuentro de los espermatozoides con el óvulo	También protege de las infecciones de transmisión sexual, en particular la causada por el VIH
Condón femenino	Vaina o forro que se adapta holgadamente a la vagina; está hecho de un material plástico transparente, fino y suave	Forma una barrera que impide que los espermatozoides y el óvulo se junten	También protege de las infecciones de transmisión sexual, en particular la causada por el VIH
Esterilización masculina (vasectomía)	Anticoncepción permanente por la cual se bloquean o cortan los tubos (conductos deferentes) que transportan los espermatozoides desde los testículos	Impide que haya espermatozoides en el semen eyaculado	Tarda en actuar unos 3 meses debido a que quedan espermatozoides almacenados; no afecta el funcionamiento sexual del hombre; es fundamental que sea una elección voluntaria y con conocimiento de causa
Esterilización femenina (ligadura de las trompas; salpingectomía)	Anticoncepción permanente por la cual se bloquean o cortan las trompas de Falopio	Los óvulos no pueden juntarse con los espermatozoides	Es fundamental que sea una elección voluntaria y con conocimiento de causa
Método de la amenorrea del amamantamiento	Es un método de anticoncepción temporal para las mujeres recién paridas que no han vuelto a menstruar; exige el	Impide que los ovarios liberen óvulos (ovulación)	Es un método temporal de planificación familiar basado en el efecto natural del amamantamiento sobre la fecundidad

	amamantamiento exclusivo, día y noche, de una criatura menor de 6 meses		
Anticoncepción de urgencia (levonorgestrel, 1,5 mg)	Se toman para prevenir el embarazo hasta 5 días después de una relación sexual sin protección	Evita la ovulación	No altera el embarazo si este ya se ha producido

## MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS NATURALES

Están basados en el conocimiento de la fertilidad de la mujer.

Eficacia: 20 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso, cifra que desciende a 1-9 embarazos por cada 100 mujeres si se los usa correctamente y en forma combinada. Son menos eficaces que otros métodos anticonceptivos,

Consisten en evitar voluntariamente el coito durante la fase fértil del ciclo menstrual. Están basados en la determinación del momento de la ovulación. Incluyen diferentes métodos que dependen de la identificación de los días del ciclo menstrual durante los cuales una mujer puede quedar embarazada,

Este conocimiento del ciclo de fertilidad se conoce como "vigilancia de la fertilidad" y constituye la base para las prácticas de los métodos naturales de procreación responsable

El ciclo de fertilidad se puede dividir en 3 fases:

La fase infértil o de infertilidad relativa: transcurre desde la menstruación hasta el principio del desarrollo del folículo. Varía en longitud, dependiendo de la rapidez de la respuesta folicular a las hormonas hipofisarias.

Debido a esta variación en su longitud, de ciclo en ciclo, esta fase es la más problemática cuando se trata de hacer una valoración adecuada de la fertilidad.

La fase fértil: se extiende desde el comienzo del desarrollo folicular hasta 48 horas después de que se ha producido la ovulación, momento a partir del cual se puede esperar que el óvulo ya no sea fértil. Las 48 horas referidas permiten 24 horas de vida fértil del óvulo y 24 horas para cubrir la imprecisión de los indicadores clínicos de fertilidad en la detección del momento de la ovulación.

Esta fase fértil, combinada con la vida fértil del espermatozoide de 5 días en el tracto genital femenino—, con la ayuda del moco cervical, tiene un promedio de 6 a 8 días del ciclo.

La fase de infertilidad absoluta: se extiende desde 48 horas después de la ovulación hasta la aparición de la menstruación que marca el final del ciclo.

Una vez que se ha producido la ovulación, los niveles de progesterona suben rápidamente, previniendo la posibilidad de una segunda ovulación tardía en el ciclo. De esta forma, en esta fase la concepción es imposible.

#### EL CÁLCULO CALENDARIO

Fue el primero de los métodos naturales a partir de los trabajos de Ogino-Knaus.

Si se deja un margen de seguridad de 72 horas para prever la supervivencia del espermatozoide, y de 12 a 24 horas para prever la supervivencia del óvulo. Como la duración del ciclo no es siempre la misma, se puede calcular con razonable exactitud un tiempo fértil de 7 días.

La fase se calcula:

- 1) Definiendo el ciclo menstrual menor y el mayor a lo largo de 12 ciclos previos;
- 2) Restando 18 al ciclo menor para obtener el primer día fértil;
- 3) Restando 11 al ciclo mayor para obtener el último día fértil.

Por ejemplo:

$$28 \text{ (ciclo más corto)} - 18 = 10$$

32 (ciclo más largo) - 11 = 21

Debería guardar abstinencia de relaciones sexuales desde el día 10º al 21º de su ciclo,

### CAMBIOS EN LA TEMPERATURA BASAL DEL CUERPO

La temperatura basal es la temperatura del cuerpo en descanso completo o después de un período de sueño y antes que comience la actividad normal.

La temperatura debe tomarse en el mismo momento todos los días puede ser tomada en la boca (5 minutos), en el recto (3 minutos) o en la vagina (3 minutos), y se escribe diariamente en un gráfico especial, que está diseñado para relacionar ese pequeño cambio desde el nivel menor al mayor y facilitar su interpretación con posterioridad.

La temperatura basal sólo puede detectar el final de la fase fértil. La pareja evita el coito desde el primer día del sangrado menstrual hasta que la temperatura de la mujer sube por encima de su temperatura normal y se mantiene elevada por tres días. Esto significa que la ovulación ha ocurrido y la fertilidad ha terminado.

### MÉTODOS BASADOS EN LOS CAMBIOS EN EL MOCO CERVICAL

Después de la menstruación, los niveles de estrógeno y progesterona en el torrente sanguíneo de la mujer están muy bajos y se produce poco moco, se observará que es fino, de naturaleza pegajosa y de color opaco.

En la fase fértil, cuando los folículos comienzan a madurar, el aumento de estrógenos conduce a la producción de moco por las glándulas del cérvix. Conforme continúa el desarrollo del folículo, el moco se hace más abundante y más fino, claro y aguado (en el momento de la ovulación el moco tiene un 80% de agua). Se libera a menudo en oleadas y es elástico, propiedad conocida también como filancia. El máximo de fertilidad, se sitúa en el último día de moco de tipo fértil, corresponde estrechamente con el pico máximo de secreción de estrógenos en la sangre.

En la fase de infertilidad absoluta, el moco algunas veces llega a desaparecer, se vuelve espeso, pegajoso y opaco; una sensación de sequedad permanece durante tres. <sup>(19)</sup>

De lo anteriormente expuesto se infiere que el método anticonceptivo a seleccionar en esta etapa debe ser individual, teniendo en cuenta además, la aceptabilidad, eficacia y seguridad del mismo. Aunque no es lo ideal, se debe educar también al adolescente en la anticoncepción de emergencia. A pesar de los riesgos y complicaciones que tienen cada uno de los diferentes métodos anticonceptivos, éstos son mucho menos importantes que los que implica el embarazo no deseado, lo que significa que debemos asumir el reto de la anticoncepción como un aspecto fundamental en estos pacientes en ambos sexos, donde la educación sexual sea el pilar fundamental de estos servicios. <sup>(20)</sup>

## **5. MATERIALES Y MÉTODOS**

### **5.1. Tipo de estudio**

El presente trabajo de investigación es un estudio de tipo descriptivo, puesto que se hizo una descripción de los datos recolectados y que son producto de la aplicación de una encuesta a los estudiantes del Colegio Nacional San Pedro de Vilcabamba; en el periodo comprendido entre mayo-octubre 2013.

### **5.2. Universo**

Se constituyó todos por los estudiantes del “Colegio Nacional San Pedro de Vilcabamba” en un total de 110 estudiantes, durante el período comprendido entre mayo-octubre 2013

### **5.3. Muestra**

Fueron todos alumnos que cursan por el noveno año de básica hasta tercer año de bachillerato; de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión se dispone de una muestra de 80 estudiantes para la investigación, de los cuales 40 (50%) fueron mujeres y 40 (50%) hombres.

#### **5.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Estudiantes matriculados en el colegio y que se encuentren asistiendo regularmente a clases
- Estudiantes de ambos sexos.
- Estudiantes que cursen desde los novenos años de educación básica hasta tercer año de bachillerato, cuyas edades oscilan entre 13 y 18 años
- Predisposición de los estudiantes para ser parte de la investigación
- Padres de familia que firmaron el consentimiento informado

#### **5.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Estudiantes menores de 12 años y mayores de 18 años
- Estudiantes cuyos padres de familia no firmaron la certificación informada



#### 5.4. TÉCNICA Y PROCEDIMIENTO

Técnica:

Para la obtención de la información requerida en la investigación se utilizó la técnica de la encuesta, por cuanto es factible aplicar a grupos de personas con características similares de las cuales se desea obtener información, mismo que fue diseñado de acuerdo a los objetivos planteados en la investigación con el fin obtener información objetiva requerida y confiable.

Procedimiento:

La presente investigación descriptiva, con proceso de desarrollo cuantitativo y cualitativo, se procedió de la siguiente manera:

- a) Teniendo conocimiento del Colegio de Bachillerato “San Pedro de Vilcabamba”, ubicado en la Parroquia del mismo nombre, Cantón y Provincia de Loja, de las autoridades, los docentes y parte de la juventud que se educa, se seleccionó el tema de estudio.
- b) Para la fundamentación teórica, se revisaron y seleccionaron las fuentes de información relacionados con el tema de investigación planteado. Además se utilizó el programa de EPI-INFO para el análisis de los datos, EXCEL 2007, que permitió la representación gráfica de los datos.
- c) Para realizar la investigación se solicitó la autorización mediante oficio al Sr. Rector del Colegio Nacional “San Pedro de Vilcabamba”, misma que fue aceptada sin ningún inconveniente, similar se hizo con los padres de familia. (anexo 2) y (anexo 3)
- d) Luego que los estudiantes recibieron la socialización respectiva, con conocimiento del caso llenaron la encuesta, colaborando satisfactoriamente con la información requerida. Todo ello se desarrolló en un ambiente personal y de armonía. Además se impartió una charla sobre sexualidad y se respondió a las interrogantes de los estudiantes. (Anexo 1)

e) Una vez recogida la información, fue agrupada, clasificada, y tabulada en tablas estadísticas y graficadas para facilitar su lectura e interpretación; se continuó con el análisis, discusión, para finalmente obtener las conclusiones y recomendaciones, todo ello de acuerdo a los objetivos preestablecidos de la investigación.

## 6. RESULTADOS

**Tabla No. 1 Ha tenido relaciones sexuales, estudiantes del Colegio Nacional San Pedro de Vilcabamba; periodo mayo-octubre 2013**

Relaciones Sexuales	Frecuencia	Porcentaje
Si	16	20
No	64	80
Total	80	100

Fuente: Encuesta.

Autora: Beatriz Elizabeth Jiménez Paute

**GRAFICO No. 1 Ha tenido relaciones sexuales, estudiantes del Colegio Nacional San Pedro de Vilcabamba; periodo mayo-octubre 2013**



Fuente: Tabla #1. Encuesta

Autora: Beatriz Elizabeth Jiménez Paute

Los datos nos indican que el 20% de los estudiantes han tenido relaciones sexuales, mientras que el 80% todavía no lo han hecho, como es de notar es un valor no muy alto, de haber iniciado su vida sexual, que a lo mejor tenga que ver con el medio donde se desenvuelven los jóvenes.

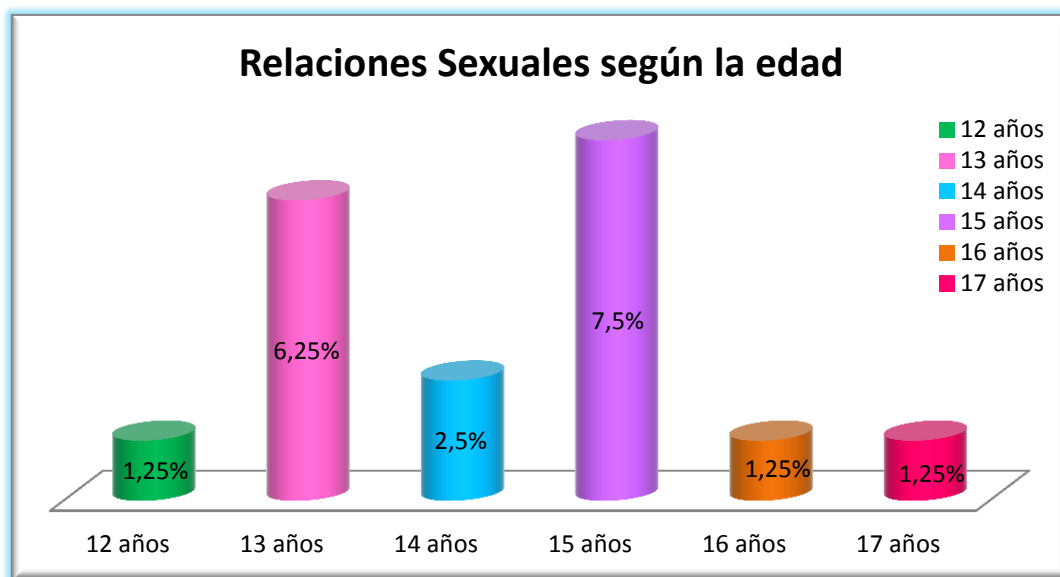
**Tabla No. 2 Edad de inicio de vida sexual, estudiantes del Colegio Nacional San Pedro de Vilcabamba; periodo mayo-octubre 2013**

Relaciones Sexuales según la edad	frecuencia	Porcentaje
12 años	1	1,25
13 años	5	6,25
14 años	2	2,5
15 años	6	7,5
16 años	1	1,25
17 años	1	1,25
Total	16	20

Fuente: Encuesta

Autora: Beatriz Elizabeth Jiménez Paute

**Grafico No. 2. Edad de inicio de vida sexual, estudiantes del Colegio Nacional San Pedro de Vilcabamba; periodo mayo-octubre 2013**



Fuente: Tabla # 2. Encuesta

Autora: Beatriz Elizabeth Jiménez Paute

Según se observa que el inicio de la vida sexual, el mayor porcentaje del 7,5% lo ocupan los adolescentes de 15 años, seguido los trece años de edad con el 6,25%, con una diferencia de más de la mitad ósea del 2,5% se encuentra los jóvenes de 14 años. De lo que se puede confirmar que el mayor porcentaje de los jóvenes han iniciado su vida sexual a la edad de los quince años.

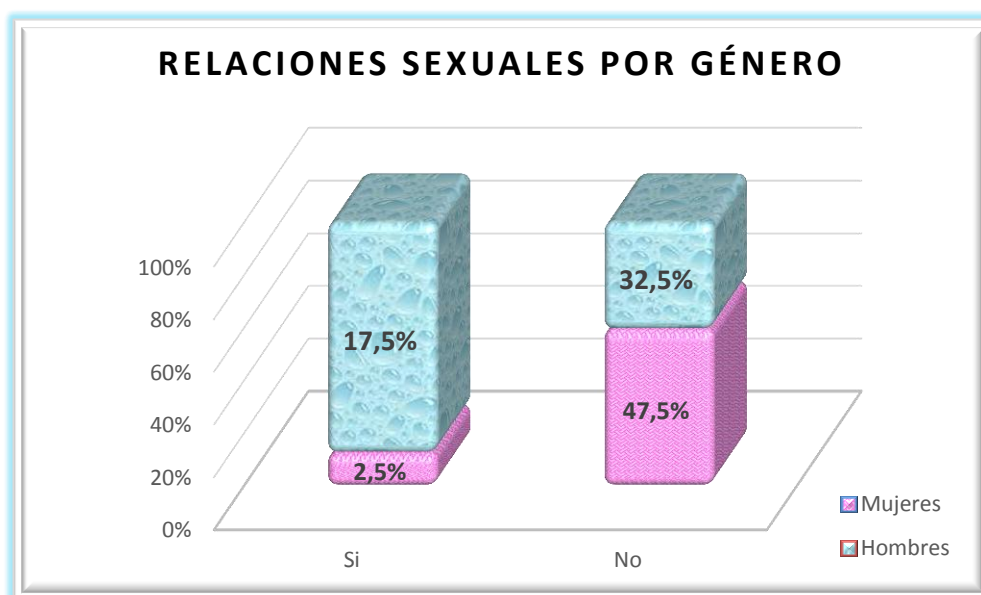
**Tabla No.3 Inicio de vida sexual según el género, estudiantes del Colegio Nacional San Pedro de Vilcabamba; periodo mayo-octubre 2013**

Relaciones sexuales por género	SI		NO	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Mujeres	2	2,5	38	47,5
Hombres	14	17,5	26	32,5
Total	16	20	64	80

Fuente: Encuesta

Autora: Beatriz Elizabeth Jiménez Paute

**Grafico No. 3 Inicio de vida sexual según género, estudiantes del Colegio Nacional San Pedro de Vilcabamba; periodo mayo-octubre 2013**



Fuente: Tabla #3. Encuesta

Autora: Beatriz Elizabeth Jiménez Paute

En los siguientes datos estadísticos indican que las adolescentes han iniciado su vida sexual en el 2,5%, en cambio los varones evidencian un porcentaje del 17,5%, si comparamos los dos porcentajes hay una diferencia del 15%. Indicando que en mayor porcentaje los varones han iniciado su vida sexual.

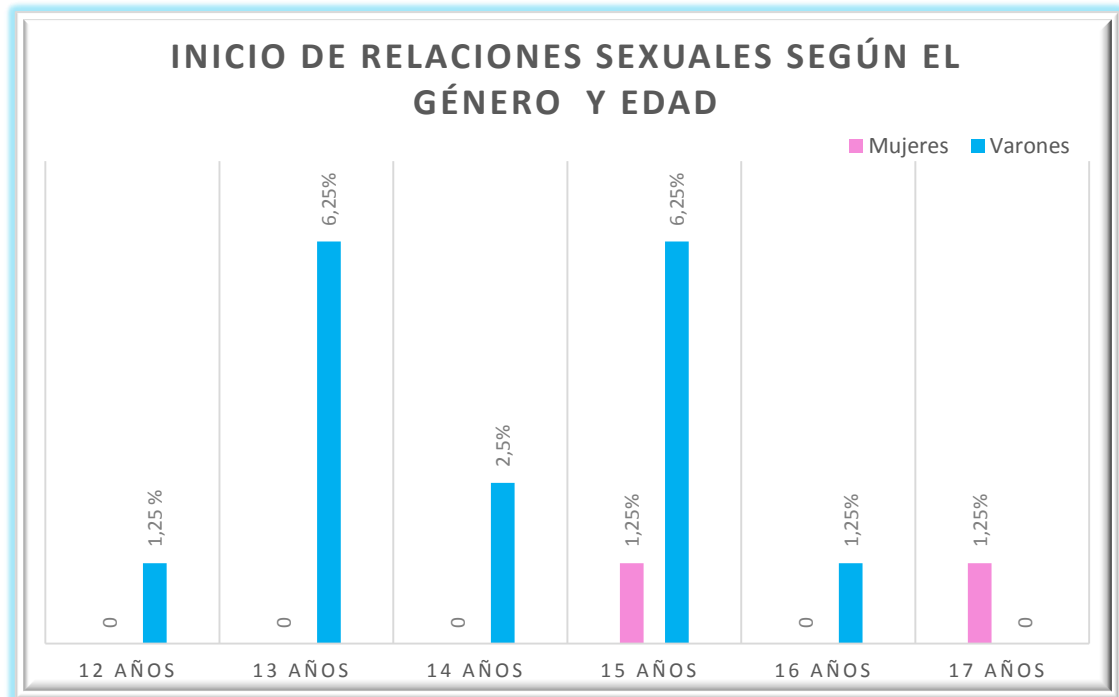
**Tabla No. 4 Inicio de la Vida sexual según el género y edad, estudiantes del Colegio Nacional San pedro de Vilcabamba; periodo mayo-octubre 2013**

Inicio de relaciones sexuales según el género y edad	Mujeres		Varones	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
<b>EDAD</b>				
<b>12 años</b>	0	0	1	1,25
<b>13 años</b>	0	0	5	6,25
<b>14 años</b>	0	0	2	2,5
<b>15 años</b>	1	1,25	5	6,25
<b>16 años</b>	0	0	1	1,25
<b>17 años</b>	1	1,25	0	0
<b>TOTAL</b>	2	2,5	14	17,5

Fuente: Encuesta

Autora: Beatriz Elizabeth Jiménez Paute

### Gráfico No. 4 Inicio de la vida sexual según el género y la edad, estudiantes del Colegio Nacional San Pedro de Vilcabamba; periodo mayo-octubre 2013



Fuente: Tabla #4. Encuesta

Autora: Beatriz Elizabeth Jiménez Paute

Si analizamos el inicio de la vida sexual según el género y edad, tenemos los siguientes resultados: las adolescentes han iniciado, a los 15 años con el 1,25% y a los 17 años con igual porcentaje. No así los varones, inician su vida sexual a los 12 años con el 1,25%, seguido de los 13 años el 6,25%, a los 14 años el 2,55, a los 15 años el 6,25% y a los 17 años el 1,25%; sobresaliendo a los trece y quince años con el 6,25%. Si comparamos los resultados de las adolescentes con los varones, existe un mayor porcentaje en los varones, que ocurre a más temprana edad, mientras que las estudiantes el porcentaje es mínimo a una edad mayor.

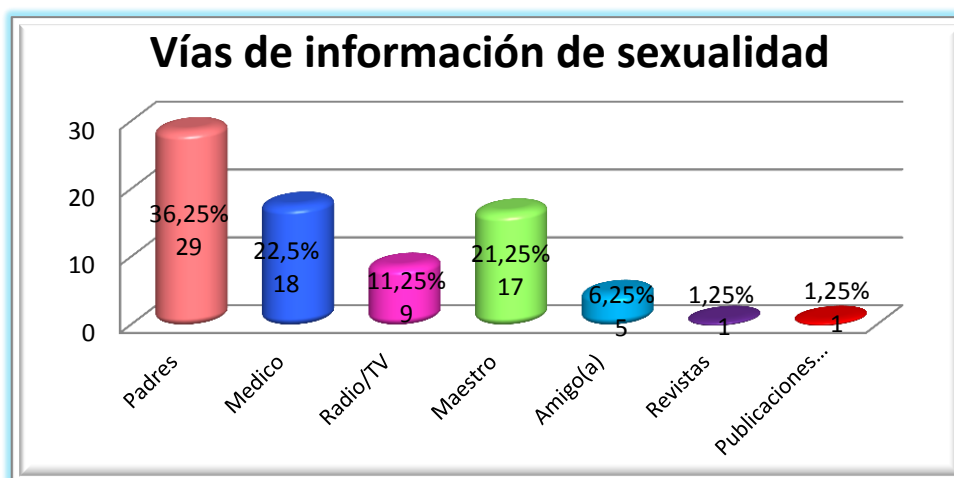
**Tabla No.5 Fuentes de información sobre la sexualidad, estudiantes del Colegio Nacional San pedro de Vilcabamba; periodo mayo-octubre 2013.**

Vías de información	Frecuencia	Porcentaje
Padres	29	36,25
Medico	18	22,5
Radio/TV	9	11,25
Maestro	17	21,25
Amigo(a)	5	6,25
Revistas	1	1,25
Publicaciones científicas	1	1,25
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta

Autora: Beatriz Elizabeth Jiménez Paute

**GRAFICO No. 5 Fuentes de información sobre la sexualidad, estudiantes del Colegio Nacional San pedro de Vilcabamba; periodo mayo-octubre 2013**



Fuente: Tabla # 5. Encuesta

Autora: Beatriz Elizabeth Jiménez Paute

En cuanto a las vías de información se visualiza que el mayor porcentaje lo ocupan los padres de los estudiantes alcanzando el 36,25%, luego continúan los maestros con un porcentaje del 21,25% el médico, y en un tercer lugar se encuentra el maestro, siguen datos inferiores y en último lugar se encuentra revistas y publicaciones científicas.



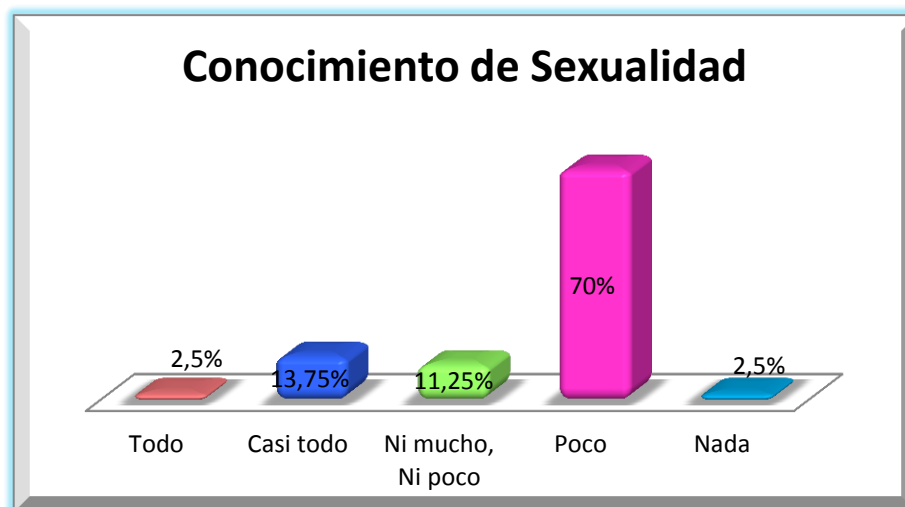
**Tabla No. 6 Grado de conocimiento sobre la sexualidad, estudiantes del Colegio Nacional San pedro de Vilcabamba; periodo mayo-octubre 2013**

Conocimiento de Sexualidad	Frecuencia	Porcentaje
Todo	2	2,5
Casi todo	11	13,75
Ni mucho, ni poco	9	11,25
Poco	56	70
Nada	2	2,5
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta

Autora: Beatriz Elizabeth Jiménez Paute

**GRAFICO No. 6. Grado de conocimiento sobre la sexualidad, estudiantes del Colegio Nacional San pedro de Vilcabamba; periodo mayo-octubre 2013**



Fuente: Tabla # 6. Encuesta

Autora: Beatriz Elizabeth Jiménez Paute

En lo que concierne al conocimiento que creen poseer sobre la sexualidad, los estudiantes del Colegio de “San Pedro de Vilcabamba”, el 70% que conocen poco, con una gran diferencia se encuentra que conocen casi todo en el 13,75%. Lo que da a entender que hay bastante desconocimiento sobre la sexualidad en los estudiantes.

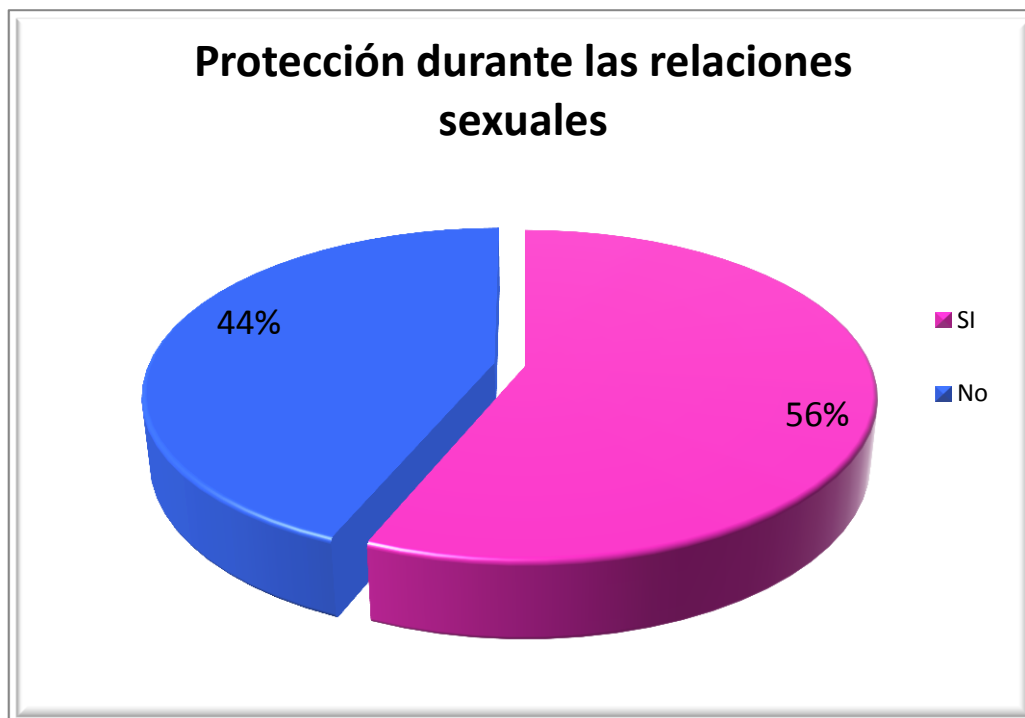
**Tabla No. 7 Protección durante las relaciones sexuales, estudiantes del Colegio Nacional San Pedro de Vilcabamba; periodo mayo-octubre 2013.**

Protección relaciones sexuales	Frecuencia	Porcentaje
SI	9	11,25
No	7	8,75
Total	16	20

Fuente: Encuesta

Autora: Beatriz Elizabeth Jiménez Paute

**GRAFICO No. 7. Protección durante las relaciones sexuales, estudiantes del Colegio Nacional San Pedro de Vilcabamba; periodo mayo-octubre 2013**



Fuente: Tabla #7. Encuesta

Autora: Beatriz Elizabeth Jiménez Paute

Según los datos de la tabla estadística se observa que del 20% de los estudiantes que han iniciado su vida sexual, el 11,25% de estudiantes si se han protegido durante las relaciones sexuales, pero un el 8,75% no se han protegido.

**Tabla No. 8. Por iniciar su vida sexual se quedó embarazada, estudiantes del Colegio Nacional San Pedro de Vilcabamba; periodo mayo-octubre 2013**

Embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Si	0	0
No	16	20
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>20</b>

Fuente: Encuesta

Autora: Beatriz Elizabeth Jiménez Paute

**GRAFICO No. 8. Por iniciar su vida sexual se quedó embarazada, estudiantes del Colegio Nacional San Pedro de Vilcabamba; periodo mayo-octubre 2013**



Fuente: Tabla #8. Encuesta

Autora: Beatriz Elizabeth Jiménez Paute

Se visualiza, en los datos estadísticos que como consecuencia de iniciar su vida sexual precoz no ha habido embarazos en su totalidad.

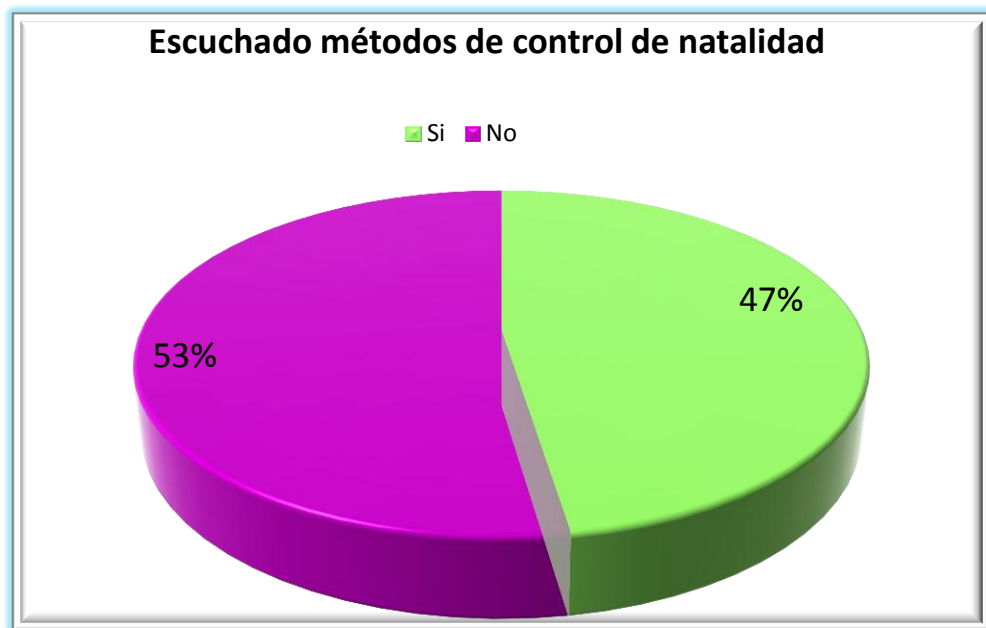
**Tabla No. 9 Conoce sobre el control de natalidad, estudiantes del Colegio Nacional San pedro de Vilcabamba; periodo mayo-octubre 2013**

Conoce o a escuchado métodos de control de natalidad	Frecuencia	Porcentaje
Si	38	47,5
No	42	52,5
Total	80	100

Fuente: Encuesta

Autora: Beatriz Elizabeth Jiménez Paute

**GRAFICO No 9. Conoce sobre el control de natalidad, estudiantes del Colegio Nacional San pedro de Vilcabamba; periodo mayo-octubre 2013**



Fuente: Tabla # 9. Encuesta

Autora: Beatriz Elizabeth Jiménez Paute

En relación a que si los adolescentes encuestados conocen o han escuchado sobre algún método de control de la natalidad, se encontró que un 52,5% no conocen ningún método de control de natalidad y mientras que el 47,5% si conocen algún método de control de natalidad. Dominando en mayor porcentaje el desconocimiento.

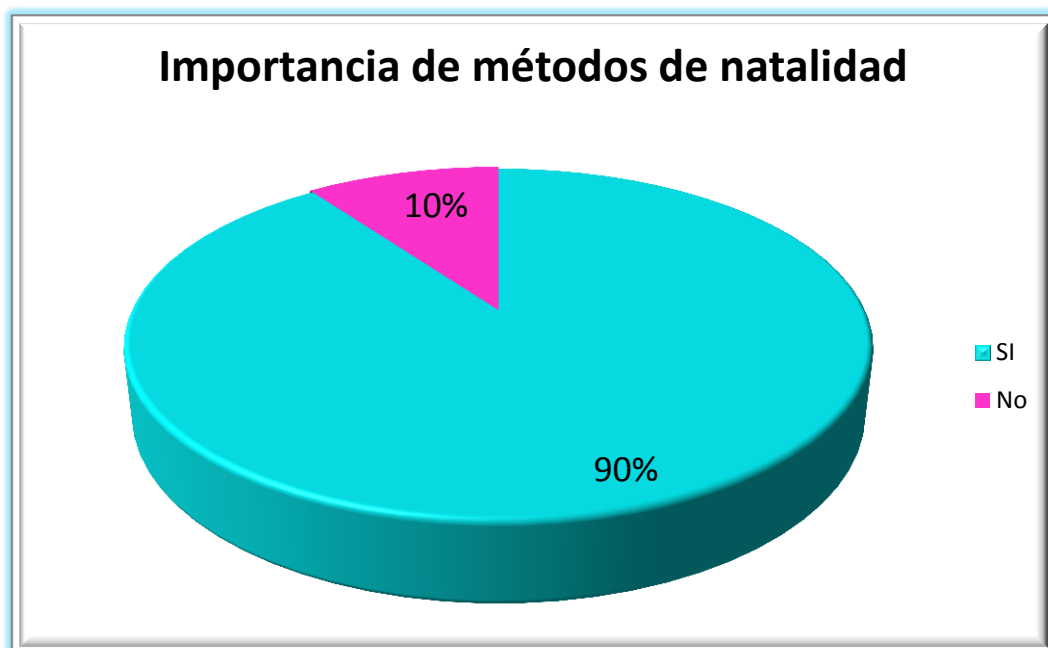
**Tabla No. 10 Importancia de métodos de natalidad, estudiantes del Colegio Nacional San Pedro de Vilcabamba; periodo mayo-octubre 2013**

Considera importancia los métodos de natalidad	Frecuencia	Porcentaje
SI	72	90
No	8	10
Total	80	100

Fuente: Encuesta

Autora: Beatriz Elizabeth Jiménez Paute

**GRAFICO No. 10. Importancia de métodos de natalidad, estudiantes del Colegio Nacional San Pedro de Vilcabamba; periodo mayo-octubre 2013**



Fuente: Tabla #10. Encuesta

Autora: Beatriz Elizabeth Jiménez Paute

En lo que se refiere al conocimiento acerca de métodos de control de natalidad, el 90% si considera importante, mientras que el 10% opinan que no son importantes. Siendo una fortaleza para los jóvenes el grado de importancia que le dan.

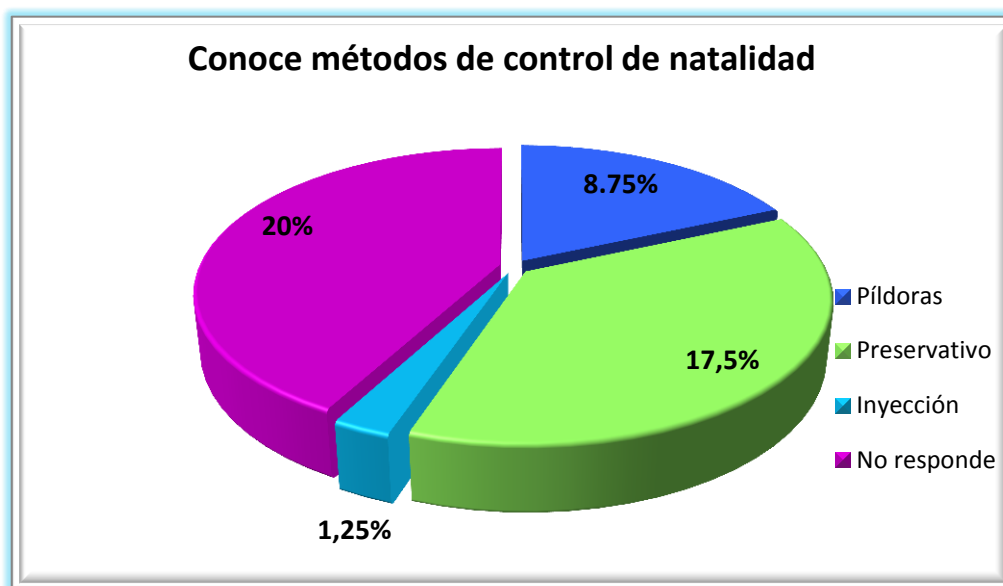
**Tabla No. 11 Qué métodos conoce sobre el control de natalidad, estudiantes del Colegio Nacional San Pedro de Vilcabamba; periodo mayo-octubre 2013**

Método de control de natalidad conoce	Frecuencia	Porcentaje
Píldoras	7	8,75
Preservativo	14	17,5
Inyección	1	1,25
No responde	16	20
Total	38	47,5

Fuente: Encuesta

Autora: Beatriz Elizabeth Jiménez Paute

**GRAFICO No. 11. Qué métodos conoce sobre el control de natalidad, estudiantes del Colegio Nacional San Pedro de Vilcabamba; periodo mayo-octubre 2013**



Fuente: Tabla #11. Encuesta

Autora: Beatriz Elizabeth Jiménez Paute

Con lo que respecta sobre el conocimiento de los métodos de control de natalidad, se observa que de los 38 estudiantes que equivale al 47,5% que conocen de métodos anticonceptivos, el 20% no o responden; en segundo lugar ocupa el preservativo con el 17,5%; de los anticonceptivos orales en tercer lugar con una gran diferencia, con un porcentaje 8,75%, y un extremo inferior ocupan las inyecciones 1,25%

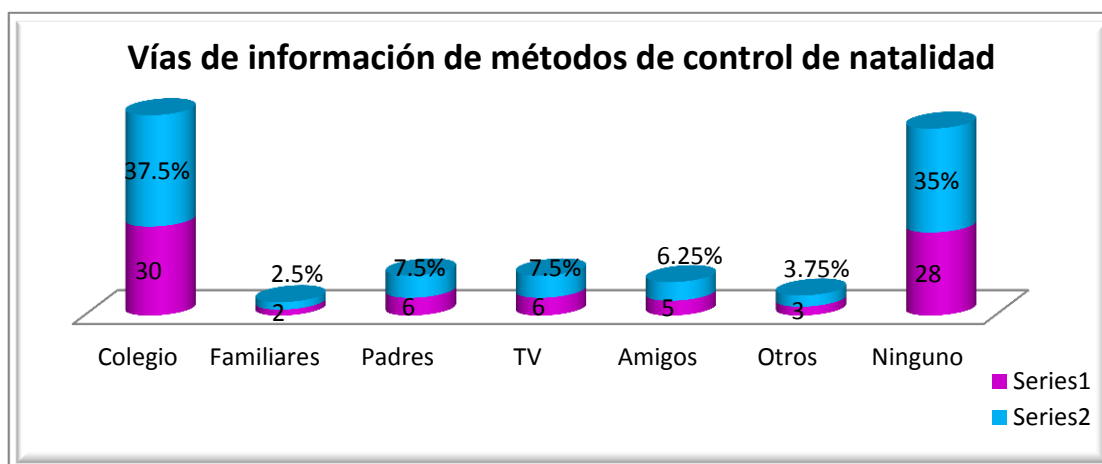
**Tabla No. 12 Fuentes de información de métodos de control de natalidad, estudiantes del Colegio Nacional San Pedro de Vilcabamba; periodo mayo-octubre 2013.**

Información sobre métodos de control de natalidad	Frecuencia	Porcentaje
Colegio	30	37.5
Familiares	2	2.5
Padres	6	7.5
TV	6	7.5
Amigos	5	6.25
Otros	3	3.75
Ninguno	28	35
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta

Autora: Beatriz Elizabeth Jiménez Paute

**GRAFICO No. 12. Vías de información de métodos de control de natalidad, estudiantes del Colegio Nacional San Pedro de Vilcabamba; periodo mayo-octubre 2013**



Fuente: Tabla #12. Encuesta

Autora: Beatriz Elizabeth Jiménez Paute

Con respecto a de donde proviene la información que poseen sobre los métodos de control de la natalidad, se encontró que fue en el colegio en un 37,5%, ninguno en un 35%, de los padres y a través de la televisión en un 7,5%, por parte de amigos 5%, por medio de otros medios 3,75%, y una menor cantidad lo ocupan los familiares con el 2,5%. Sobresaliendo en el Colegio, continuado con ninguno.

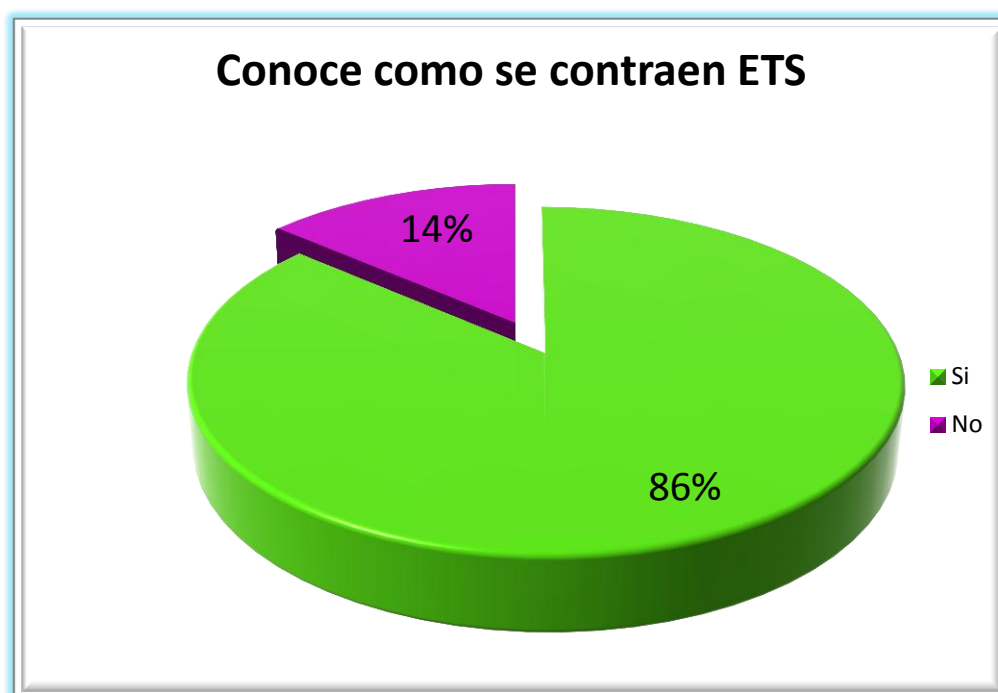
**Tabla No. 13 Conoce como se contraen ETS, estudiantes del Colegio Nacional San pedro de Vilcabamba; periodo mayo-octubre 2013**

Sabe cómo se contraen las Enfermedades de transmisión sexual	Frecuencia	Porcentaje
Si	69	86.25
No	11	13.75
Total	80	100

Fuente: Encuesta

Autora: Beatriz Elizabeth Jiménez Paute

**GRAFICO No. 13. Conoce como se contraen ETS, estudiantes del Colegio Nacional San pedro de Vilcabamba; periodo mayo-octubre 2013**



Fuente: Tabla #13. Encuesta

Autora: Beatriz Elizabeth Jiménez Paute

Con respecto a si los adolescentes de la institución educativa conocen como se contraen las enfermedades de transmisión sexual, el 86,25% de 69 estudiantes opina que sí, mientras que el 13,75% de 11 no posee información.



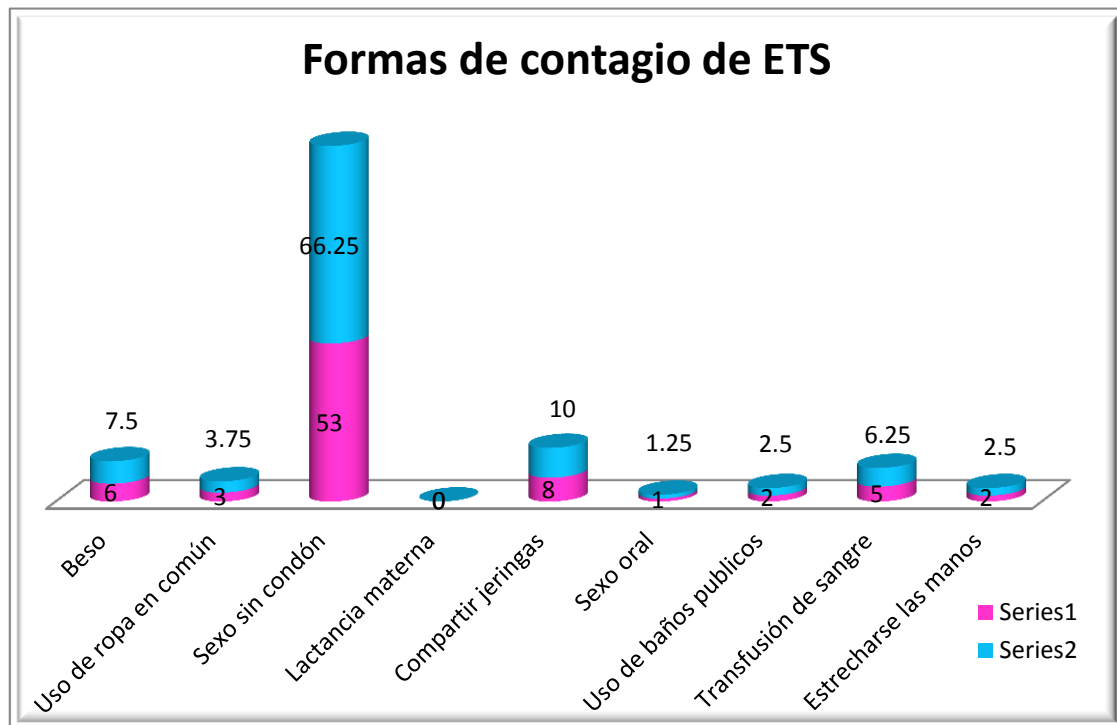
**Tabla No. 14 Formas de contagio de ETS, estudiantes del Colegio Nacional San Pedro de Vilcabamba; periodo mayo-octubre 2013**

Identifique formas de contagio de ETS	Frecuencia	Porcentaje
Beso	6	7.5
Uso de ropa en común	3	3.75
Sexo sin condón	53	66.25
Lactancia materna	0	0
Compartir jeringas	8	10
Sexo oral	1	1.25
Uso de baños públicos	2	2.5
Transfusión de sangre	5	6.25
Estrecharse las manos	2	2.5
Total	80	100

Fuente: Encuesta

Autora: Beatriz Elizabeth Jiménez Paute

**GRAFICO No. 14. Formas de contagio de ETS, estudiantes del Colegio Nacional San Pedro de Vilcabamba; periodo mayo-octubre 2013**



Fuente: Tabla #14. Encuesta

Autora: Beatriz Elizabeth Jiménez Paute

En lo que corresponde a la identificación sobre las formas de contraer enfermedades de transmisión sexual, de los 80 adolescentes, se encontró que el 66,25% conoce que es por tener sexo sin condón, el 10% por compartir jeringas, en un 7,5% por un beso, un 6,25% por transfusiones de sangre, el 3,75% por el uso de ropa en común, mientras que el 2,5% por utilizar baños públicos y estrechez de manos con una persona contagiada. Sobresaliendo la identificación del sexo sin condón como forma de contagio sobre los demás.

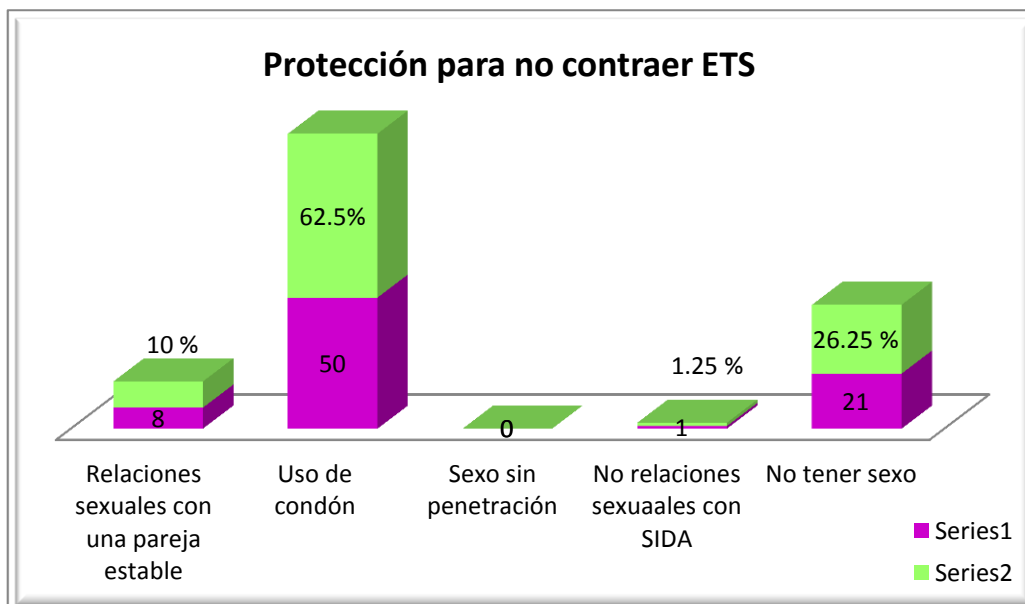
**Tabla No. 15 Protección para no contraer ETS, estudiantes del Colegio Nacional San Pedro de Vilcabamba; periodo mayo-octubre 2013**

Como se protege de contraer ETS	Frecuencia	Porcentaje
Relaciones sexuales con una pareja estable	8	10
Uso de condón	50	62.5
Sexo sin penetración	0	0
No relaciones sexuales con SIDA	1	1.25
No tener sexo	21	26.25
Total	80	100

Fuente: Encuesta

Autora: Beatriz Elizabeth Jiménez Paute

**GRAFICO No. 15. Protección para no contraer ETS, estudiantes del Colegio Nacional San Pedro de Vilcabamba; periodo mayo-octubre 2013.**



Fuente: Tabla #15. Encuesta

Autora: Beatriz Elizabeth Jiménez Paute

Con respecto a la forma de cómo se protegerían los adolescentes durante una relación sexual para no contraer enfermedades de transmisión sexual, el 62,5 % de 50 estudiantes lo harían mediante el uso de condón, el 26,25% de 21 no teniendo relaciones sexuales, es decir la abstinencia, mientras el 10% (8) manteniendo relaciones sexuales con una pareja estable. Sobresaliendo la protección el uso del condón.

**Tabla No. 16. Importancia de charlas de sexualidad, estudiantes del Colegio Nacional San Pedro de Vilcabamba; periodo mayo-octubre 2013.**

Considera importancia que en su establecimiento se impartan charlas de educación sexual	Frecuencia	Porcentaje
Si	74	92.5
NO	6	7.5
Total	80	100

Fuente: Encuesta

Autora: Beatriz Elizabeth Jiménez Paute

**GRAFICO No 16. Importancia de charlas de sexualidad, estudiantes del Colegio Nacional San Pedro de Vilcabamba; periodo mayo-octubre 2013**



Fuente: Tabla #16. Encuesta

Autora: Beatriz Elizabeth Jiménez Paute

En cuanto a la importancia de que se impartan charlas de educación sexual sobre en la institución educativa, se encontró que el 92% de 74 si consideran importante, mientras que el 7.5 % de 6 no consideran importante que se impartan charlas en su centro educativo.

## 7. DISCUSIÓN

La gran parte de problemas de salud en la adolescencia está relacionado con la sexualidad, por lo tanto el/la adolescente requiere poseer una adecuada comunicación, educación e información sobre esta temática. En los resultados del presente trabajo investigativo desarrollado en los estudiantes del Colegio Nacional San Pedro de Vilcabamba, se evidencia que el 20% de adolescentes comprendidos en los 13-18 años de edad ya ha iniciado su vida sexual,

Luego de conocer los resultados de la presente investigación cabe abrir una ventana hacia otros estudios relacionados, para tener mejor panorama de la realidad local, Así tenemos que en Colombia se realizó un estudio denominado Actividad sexual en adolescencia temprana en el año 2012, dando como resultado que el promedio de edad de inicio de la actividad sexual fue 16 años (21)

En Cuanto a nuestro país se puede observar investigaciones como la realizada en Cuenca por el proyecto CERCA, denominado Cuidado de la salud reproductiva para adolescentes enmarcados en la Comunidad, se demostró que en el año 2011 el promedio de inicio de relaciones sexuales en adolescentes era a los 15 años para las mujeres y 14 años par a los varones; y para el 2012 el 4,5% de adolescentes habían iniciado su vida sexual a los 13 años. (21)

En los datos estadísticos del presente estudio se demuestra que los adolescentes han iniciado su vida sexualidad es a los 15 años equivalente al 7,5%; de acuerdo al género la edad de inicio en las mujeres es a los 15 años y los hombres a los 13 y 15 años con el 6,25%. Comparando con los resultados de los estudios realizados en Cuenca y Colombia; se evidencia que la precocidad en el inicio sexual se mantiene, y que las adolescentes inician su vida sexual más tarde que los varones, lo que indica que los niños deben recibir educación sexual.

En el presente estudio en lo que concierne al conocimiento sobre la sexualidad el 70% los estudiantes creen conocer poco; se visualiza que las fuentes de información proceden que el mayor porcentaje de los padres de familia con el 36,25%, continúan los médicos con 22.5%y con el 21,25% el maestro.

En el estudio Nivel de conocimiento que tienen los estudiantes del Colegio “San Francisco de la ciudad de Zamora” sobre los peligros que conlleva el inicio de la vida sexual, durante el periodo comprendido entre Octubre 2009 a Febrero 2010, de autoría de la Md. Alba Arboleda Zaragocín; donde 44,5% de los adolescentes sabe “algo” acerca de sexualidad, siendo sus padres (66,1%) quienes les han brindado información sobre este tema. <sup>(23)</sup>

En nuestro país se presentó en la ciudad de Cuenca, en el año 2012, la investigación denominada “Estrategia educativa en información y comunicación sobre sexualidad en los adolescentes de primero y segundo año de bachillerato del Colegio Octavio Cordero Palacios” misma que determinó que los adolescentes entre 16 y 18 años no tenían los conocimientos suficientes sobre el tema de sexualidad, el 63% no hablaban del tema en su hogar, el 73.36% de adolescentes hablaban de sexualidad con sus amigos/as. <sup>(24)</sup>

Correlacionando los resultados obtenidos de las investigaciones realizados en Zamora y Cuenca con el presente estudio. Se evidencia similitud en cuanto al conocimiento que poseen los adolescentes sobre sexualidad es poco, este parámetro se convierten en un factor de riesgo, puesto que manejan esta temática con falencias. A diferencia de los datos obtenidos en Cuenca en nuestra región son los padres de familia quienes imparten la información sobre sexualidad.

Habla serio, sexualidad sin misterios", es el eslogan de la campaña, que busca incentivar la conversación sobre sexualidad en el hogar, en los establecimientos educativos y otros espacios, dejando atrás miedos y tabúes que impiden tener un conocimiento claro, que podría evitar los embarazos a temprana edad y los no deseados, así como los abortos y la muerte materna. <sup>(25)</sup>

De acuerdo con el estudio denominado “Conocimiento, actitud y práctica de anticoncepción en adolescentes mexicanos” realizado por el CELSAM, en el 2013, en donde participaron 6 mil 585 jóvenes de entre los 10 y 19 años de 11 estados; arrojó como resultado que en promedio, los adolescentes inician su vida sexual entre los 7 y 14 años, mientras que el 35% de los encuestados comentó que no ha recibido información sobre planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual o si la recibieron aún tienen dudas; el 90 % de los jóvenes dice conocer sobre anticoncepción, 60 % de los que tienen vida sexual activa asegura que “siempre” utiliza algún método, siendo los más empleados el condón y la pastilla anticonceptivas, además de la pastilla de emergencia.<sup>(26)</sup>

Según el último Censo de Población y Vivienda de 2010, en Ecuador hay 346 mil 700 adolescentes de las cuales 2.080 ya han sido madres. La cifra representa un incremento del 74% de embarazos adolescentes en los últimos 10 años, 121 mil jóvenes entre 15 y 19 años (17.2%), dieron a luz al menos una vez, lo que ubica al Ecuador en la lista de países andinos con el mayor número de embarazos adolescentes, y en América Latina ocupa el segundo lugar, después de Venezuela. En nuestra ciudad se pudo visualizar durante el 2012, 476 casos de adolescentes embarazadas o en periodo de lactancia, existiendo considerable decremento en comparación a cifras de años anteriores<sup>(27)</sup>

En el presente estudio los datos obtenidos, revelan que el 50% de los adolescentes que han iniciado su vida sexual, si se han protegido durante las relaciones sexuales, el 52,5% conocen o han escuchado sobre algún método de control de la natalidad, donde el 17.5% conocen el uso del preservativo, En lo concerniente a Enfermedades de Transmisión Sexual el 86,25% indican si conocer cómo se contraen, en cuanto a la identificación sobre las formas de contraerlas el 66, 25% conoce que es por tener sexo sin condón, con respecto a la forma de cómo se protegerían los adolescentes durante una relación sexual, el 62,5 % lo harían mediante el uso de condón, el 26,25% no teniendo relaciones sexuales, es decir la abstinencia, mientras el 10% con la monogamia.

Relacionado los datos obtenidos en el estudio de México, el Censo de Población y Vivienda de 2010 en Ecuador y el presente estudio; se visualiza resultados similares en cuanto al conocimiento deficiente sobre el uso de métodos anticonceptivos, lo que es fundamental para que los adolescentes puedan disfrutar de una vida sexual, plena, libre, saludable y sobre todo responsable, evitando consecuencias como embarazos no deseados y enfermedades de transmisión

Referente al uso de preservativo, la OMS ha declarado que, para la mayor parte de los jóvenes sexualmente activos, el preservativo debe ser el método anticonceptivo de primera elección <sup>(28)</sup>; con ventajas adicionales sobre otros anticonceptivos al evitar no solo el embarazo no deseado sino también las Enfermedades de Transmisión Sexual.

Finalmente cabe recalcar que El Ministerio de Salud Pública (MSP) En el Reglamento para regular el acceso y la disponibilidad de métodos anticonceptivos, dice en el Art. 6.-Los Establecimientos del Sistema Nacional de Salud garantizarán:

- a) Información completa actualizada, clara, veraz y objetiva sobre sexualidad, salud sexual y salud reproductiva y anticoncepción en el tiempo adecuado.
- b) Información sin juicios morales ni religiosos sobre el método anticonceptivo elegido.<sup>(29)</sup>



## 8. CONCLUSIONES

- La edad más frecuente en que los adolescentes iniciaron su actividad sexual es a los quince años, las mujeres iniciaron a los 15 años y los varones a los 13 y 15 años.
- Las fuentes de información sobre sexualidad provienen en 36,25% de sus padres, continúan los médicos con un porcentaje del 22,5% y en un tercer lugar se encuentra el maestro con un 21,5%
- De acuerdo a los resultados, el 70% de estudiantes consideran conocer poco sobre la sexualidad.
- Se encontró que el 50% de los estudiantes que han iniciado su vida sexual no se han protegido durante las relaciones sexuales.
- En cuanto a métodos control de natalidad el 52% de los adolescentes no conocen ninguno, dentro del 48% que conocen los métodos anticonceptivos, el 17% afirman conocer sobre el uso del preservativo.
- Se concluye que el 86% de los estudiantes conocen cómo se contraen las enfermedades de transmisión sexual, alrededor del 62% se protegerían durante una relación sexual mediante el uso del condón.

## 9. RECOMENDACIONES

- Que el Ministerio de Salud Pública implemente en la comunidad educativa, desde la formación inicial programas de educación Sexual, donde los que participen sean padres y/o madres de familia, docentes, y como moderador el médico, para que todos manejen el mismo nivel y tipo de información, e impartan la orientación cualificada a los adolescentes.
- Que el Ministerio de Educación, imparta cursos/capacitación a todos los docentes sobre Educación Sexual, para que orienten a los estudiantes y se pueda prevenir consecuencias como embarazos, enfermedades de transmisión sexuales y otras consecuencias.
- Que las autoridades de la institución educativa investigada trabajen más con los adolescentes sobre Educación Sexual, en la posibilidad inserten dentro del programa educativo, motiven a los estudiantes a la participación de los programas que oferta el Ministerio de Salud Pública. Y se tomen otras medidas que conlleve a un mejor conocimiento sobre Educación Sexual, para que si deciden los jóvenes iniciar su vida sexual tomen las medidas necesarias.
- A los docentes que aprovechen toda oportunidad para orientar a sus estudiantes en Educación Sexual, desde la niñez, y de esta manera se encuentren preparados en la adolescencia y puedan tomar decisiones acertadas, y a la vez se ganen la confianza de ellos, para que no se cohíban y acudan ante cualquier duda.
- A los estudiantes del Colegio “San Pedro de Vilcabamba”, aparte de recibir charlas e información de Educación Sexual, deben tener siempre presente las consecuencias, y la responsabilidad que con lleva inicio de su vida sexual, manejar adecuadamente el uso de anticonceptivos tanto para evitar embarazos no deseados como enfermedades de transmisión sexual, lo que le posibilitará gozar de una vida sexual sana, libre y placentera.

## 10. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. 1995. La salud de los jóvenes. Un reto y una esperanza. Ginebra:25 pp.
2. [www.ucentral.cl/cesop](http://www.ucentral.cl/cesop), vida sexual precoz
3. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS
4. [http://www.elcomercio.ec/sociedad/Ecuador-sexo-relaciones-sexuales-estadisticas-educacion\\_sexual\\_0\\_895110523.html](http://www.elcomercio.ec/sociedad/Ecuador-sexo-relaciones-sexuales-estadisticas-educacion_sexual_0_895110523.html). El Comercio.com
5. WHO\_TRS\_731\_spa.pdf <http://whqlibdoc.who.int/trs/>
6. [http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb\\_adolescencia.html](http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html)
7. Adolescencia y sexualidad. 2004  
[http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado /contenido/ trabajos/ 1/ Puerto%20Montt%202004/Adolescencia\\_y\\_Sexualidad.pdf](http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Puerto%20Montt%202004/Adolescencia_y_Sexualidad.pdf)
8. OMS. 1995. La salud de los jóvenes. Un reto y una esperanza. Ginebra
9. [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_731\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_731_spa.pdf)
10. Monroy, 1978, 1985;Velasco L. y colaboradores, 1993
11. Adolescencia y sexualidad, 2004.  
[http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1 /Puerto%20Montt%202004/Adolescencia\\_y\\_Sexualidad.pdf](http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Puerto%20Montt%202004/Adolescencia_y_Sexualidad.pdf)
12. Hatcher, R. A. y Cols. 1990-1991.Contraceptive technology, 15ª ed. Nueva York, Irvington Publis Hers, 100-130.
13. Prevenir embarazos-adolescentes. febrero 2012.[http://www.andes.info.ec/es/a%C3%B1o-2012-febrero-2012/ ecuador-comenz %C3%B3-campa% C3%B1a-prevenir-embarazos-adolescentes.html](http://www.andes.info.ec/es/a%C3%B1o-2012-febrero-2012/ecuador-comenz%C3%B3-campa%C3%B1a-prevenir-embarazos-adolescentes.html)
14. [http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area\\_medica/gineco/guias\\_gineco/2\\_aborto.pdf](http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/gineco/guias_gineco/2_aborto.pdf)
15. OPS/OMS. 1995. Atención de enfermedades de transmisión sexual (ETS). 7 Washington DC: OPS/OMS 6-7
16. OMS. La salud de los jóvenes. Un reto y una esperanza. Ginebra: 1995:25.

17. Guía para la atención de infecciones Elaborada por la Women's Commission for Refugee Women and Children en nombre del Reproductive Health Response in Conflict Consortium 2004 de transmisión sexual en entornos afectados por conflictos
18. MSP. La planificación familiar y la prevención del embarazo adolescente. <http://www.salud.gob.ec/estrategia-nacional-intersectorial-de-planificacion-familiar-y-prevencion-de-embarazos-en-adolescentes/>
19. GUÍA PARA EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, MINISTERIO DE SALUD OCTUBRE 2002. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. pag 40-44
20. <http://www.scribd.com/doc/2197459/Manual-OMS-Planificacion-Familiar>
21. Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en Colombiana, Revista chilena obstetricia-ginecología. vol.77 no 4 .Santiago. 2012
22. Diario EL COMERCIO.  
[http://www.elcomercio.ec/sociedad/Ecuador-sexo-relaciones-sexuales-estadistica-seducacion\\_sexual\\_0\\_895110523.html#3238](http://www.elcomercio.ec/sociedad/Ecuador-sexo-relaciones-sexuales-estadistica-seducacion_sexual_0_895110523.html#3238).
23. <dspace.utpl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/2700/1/tesis%20final.pdf>
24. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/3676>.  
Estrategia educativa en información y comunicación sobre sexualidad en los adolescentes de primero y segundo año de bachillerato del Colegio Octavio Cordero Palacios. Cuenca, 2012
25. <http://www.sexualidadsinmisterios.com/> Habla serio sexualidad sin misterios MSP de Ecuador
26. <http://www.noticiasmvs.com/#!/noticias/adolescentes-inician-vida-sexual-a-edades-mas-tempranas-celsam-841.html>
27. Diario EL COMERCIO  
[http://www.elcomercio.ec/sociedad/Ecuador-sexo-relaciones-sexuales-estadisticas-educacion\\_sexual\\_0\\_895110523.html#3238](http://www.elcomercio.ec/sociedad/Ecuador-sexo-relaciones-sexuales-estadisticas-educacion_sexual_0_895110523.html#3238).
28. OMS. 1995. La salud de los jóvenes. Un reto y una esperanza. Ginebra: 25 pp

29. Reglamento para regular el acceso y la disponibilidad de métodos anticonceptivos en el Sistema Nacional de Salud, Registro Oficial No. 919 Lunes 25 de Marzo de 2013, Ministerio de Salud Pública, pag 5-6

# 11. ANEXOS

## ANEXO No 1. Instrumento de recolección de datos

### AREA DE SALUD HUMANA

#### ENCUESTA

La presente encuesta es anónima y confidencial, Conteste las interrogantes marcando con una x, de antemano gracias por su colaboración, así como su sinceridad le recordamos que los datos recolectados son con fines estadísticos para nuestra investigación

#### Datos Generales

Sexo: M ( ) F ( )

Edad: ..... Curso: .....

1. Tiene enamorado/a? SI  NO

2. Ha tenido relaciones sexuales? SI  NO   
Si tuvo relaciones sexuales, a qué edad las tuvo? \_\_\_\_\_

3. Cuanto cree saber Ud., acerca de la sexualidad:

Todo  Casi todo  Ni mucho, ni poco   
Poco  Nada

4. Señale las vías por las que ha recibido esta información?.

Padres.  Radio/TV  Amigo/ Amiga.   
Médico.  Maestro  Revistas   
Publicaciones científicas

5. Cuándo ha tenido relaciones sexuales se ha protegido? SI  NO   
Como? \_\_\_\_\_

6. Por iniciar su vida sexual se embarazo o ha embarazado? SI  NO

7. Si su respuesta fue afirmativa conteste lo siguiente:

- Está embarazada ahora SI  NO
- Tiene miedo que sus padres se enteren SI  NO
- Su familia la apoya en su embarazo SI  NO
- Tiene intenciones de abortar SI  NO
- Aborto SI  NO

8. Conoce o a escuchado usted sobre algún método de control de la natalidad?  
SI  NO

9. Considera usted que es importante conocer los métodos de control de la natalidad?  
SI  NO

10. Si conoce métodos de control de la natalidad cual conoce?

---

11. La información sobre los métodos de control de la natalidad la recibe de:

Colegio  Padres  TV   
Familiares  Ninguna  Amigos

Otros: \_\_\_\_\_

12. ¿Sabe cómo se contraen las enfermedades de transmisión sexual?

SI  NO

13. Identifique las formas de contagio de las Enfermedades de Transmisión Sexual.

Beso.	<input type="checkbox"/>	Sexo oral	<input type="checkbox"/>
Uso de ropa en común.	<input type="checkbox"/>	Uso de baños públicos.	<input type="checkbox"/>
Sexo sin condón.	<input type="checkbox"/>	Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/>
Lactancia Materna.	<input type="checkbox"/>	Estrecharse las manos.	<input type="checkbox"/>
Compartir jeringas.	<input type="checkbox"/>		

14. Señale cómo usted se protegería de contraer Enfermedades de Transmisión Sexual.

- Relaciones sexuales con una pareja estable.
- Uso del condón.
- Sexo sin penetración.
- No relacionarse con pacientes con SIDA.
- No tener sexo.

15. Considera importante que en su establecimiento educativo se impartan charlas sobre sexualidad

SI  NO

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN



## ANEXO No 2. Autorización del Rector

San Pedro de Vilcabamba, 30 de septiembre del 2013

Lic. César Carrión

RECTOR DEL COLEGIO NACIONAL "SAN PEDRO DE VILCABAMBA"

Presente.-

De mi consideración:

Beatriz Elizabeth Jiménez Paute, egresada de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, a usted respetuosamente me dirijo.

Con la finalidad de poderme graduar como de médico en medicina Humana, debo realizar un trabajo de investigación, para lo cual he seleccionado el tema sobre el nivel de conocimientos que tienen los estudiantes del Colegio Nacional "San Pedro de Vilcabamba" del cantón Loja, sobre las consecuencias que conlleva el inicio precoz de la vida sexual y la práctica de una sexualidad no responsable. Por lo que, le solicito comedidamente, me autorice llevar a cabo la investigación que solamente requiero aplicar una encuesta anónima sobre la temática antes indicada; los resultados de la misma los haré llegar a su persona para que usted realice lo que tenga a bien.

En espera de contar con su comprensión y generosidad, desde ya le anticipo mis reconocidos agradecimientos.

De usted muy atentamente



Beatriz Elizabeth Jiménez Paute

**VISTO BUENO**  
.....  
**RECTOR**  
COLEGIO DE BACHILLERATO SAN PEDRO DE VILCABAMBA  
30-09-2013



## ANEXO No 3

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES DE FAMILIA QUE AUTORICEN QUE SU REPRESENTADO PARTICIPE EN LA INVESTIGACIÓN

Yo, Beatriz Elizabeth Jiménez, egresada de la carrera de Medicina humana, estoy llevando a cabo el estudio investigativo titulado:

“NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO “NACIONAL SAN PEDRO DE VILCABAMBA” DEL CANTÓN LOJA; SOBRE LAS CONSECUENCIAS QUE CONLLEVA EL INICIO PRECOZ DE LA VIDA SEXUAL Y LA PRÁCTICA DE UNA SEXUALIDAD NO RESPONSABLE”

Usted está invitada a colaborar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si su representado participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados:

#### Explicación del estudio:

Existe un alto porcentaje de precocidad sexual y embarazos adolescentes, por lo que estoy interesada en investigar el nivel de conocimientos sobre sexualidad que poseen los estudiantes, edad de inicio de vida sexual, consecuencias de la práctica de una sexualidad no responsable como: embarazos, aborto, enfermedades de transmisión sexual además de las vías de información.

Dicho estudio permitirá contribuir al planteamiento de un plan preventivo.

**RIESGOS:** El estudio no tiene riesgos.

#### Confidencialidad:

La información recopilada será registrada, ingresada a un computador, no se requiere nombres de los participantes, por lo tanto al ser publicada se desconocerá a quien pertenecen.

### Derecho de información

Su representado no está obligado a participar en este estudio, la participación debe ser voluntaria, además podrá retirarse del estudio en el momento que desee.

### Aclaraciones

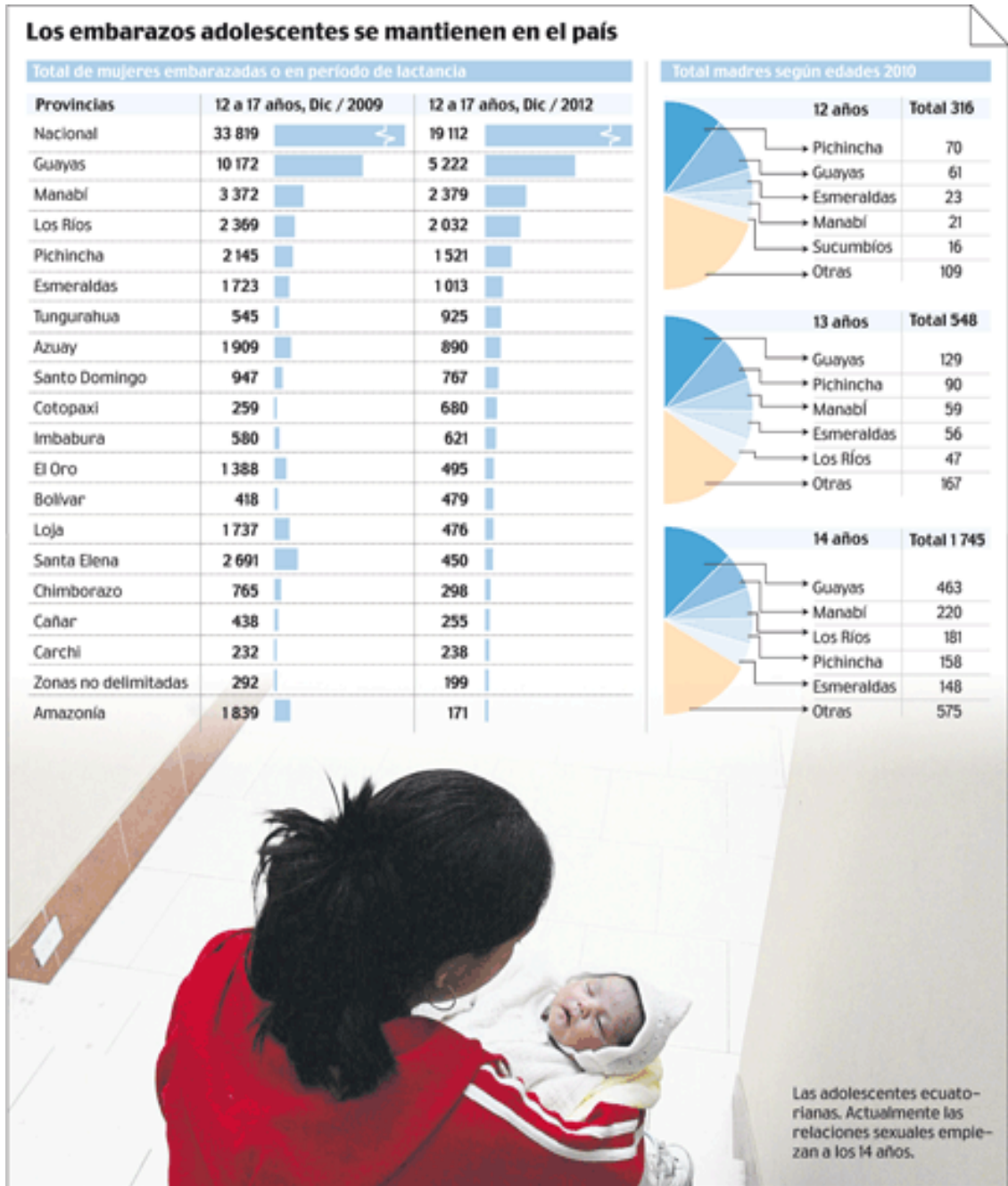
- La decisión de que su representado participe en este estudio es completamente voluntario.
- No abra ninguna consecuencia desfavorable para el estudiante, en caso de no aceptar la invitación a participar.
- No tendrá que hacer gasto alguno.
- No recibirá pago por su participación.
- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada participante, será mantenida con estricta confidencialidad.

Yo \_\_\_\_\_ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundido con fines académicos. Convengo autorizar a mi representado participar en esta investigación.

\_\_\_\_\_  
FIRMA

C.I.

## ANEXO No. 4. Estadísticas de embarazo en adolescentes en el país



Fuente: INEC / EL COMERCIO

## ANEXO No 5. Estudiantes de 9no año



## ANEXO No 6. Estudiantes de primero de bachillerato



## ANEXO No 7. Estudiantes de 9no año



## ANEXO No 8. Estudiantes de 10mo año



## ANEXO No 9.



### COLEGIO DE BACHILLERATO "SAN PEDRO DE VILCABAMBA"

SAN PEDRO DE VILCABAMBA - LOJA - ECUADOR

San Pedro de Vilcabamba, 14 de octubre de 2013

#### RECTORADO

---

#### CERTIFICACION

Egdo. César Amable Carrión, RECTOR (E) DEL COLEGIO DE BACHILLERATO "SAN PEDRO DE VILCABAMBA", de la Parroquia de su mismo nombre, cantón y provincia de Loja, a petición de parte interesada legalmente-----

#### CERTIFICO:

Que la Señorita Beatriz Elizabeth Jiménez Paute, en esta institución educativa, el día lunes 07 de octubre de 2013, desarrollo el Trabajo de investigación con el tema "**Nivel de conocimientos que tienen los estudiantes del Colegio Nacional San Pedro de Vilcabamba del cantón Loja, sobre las consecuencias que conlleva el inicio precoz de la vida sexual y práctica de una sexualidad no responsable**".

Certificado que emito para los fines pertinentes.

X Egdo. César A. Carrión,  
RECTOR (E).





## INDICE DE CONTENIDOS

	Pag
CERTIFICACION.....	I
AUTORIA.....	II
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS.....	IV
DEDICATORIA.....	V
AGRADECIMIENTO.....	VI
1. TITULO.....	1
2. RESUMEN.....	2
3. INTRODUCCION.....	4
4. REVISION BIBLIOGRAFICA.....	7
4.1. ADOLESCENCIA Y SEXUALIDAD.....	7
4.1.1. Etapas de la adolescencia.....	7
4.1.1.1. Adolescencia Temprana.....	7
4.1.1.2. Adolescencia media.....	8
4.1.1.3. Adolescencia tardía.....	8
4.1.2. Desarrollo afectivo del adolescente.....	8
4.1.2.1. Identidad personal.....	8
4.1.2.1. Sexualidad.....	8
4.1.3. Desarrollo social del adolescente.....	9
4.1.4. Las relaciones interpersonales.....	10
4.1.5. Influencia de los medios de comunicación.....	10
4.2. Embarazo en la adolescencia.....	11
4.2.1. Factores predisponentes.....	11
4.2.2. Aspectos Psicosociales del embarazo en las adolescentes.....	12
4.2.2.1. La adolescencia de las adolescentes embarazadas.....	12
4.2.2.2. Actitudes hacia la maternidad.....	13
4.2.2.3. El padre adolescente.....	14
4.2.2.4. Consecuencias de maternidad-paternidad adolescente...	15
4.2.3. El padre adolescente.....	14
4.2.2.4. Consecuencias de maternidad-paternidad adolescente...	15
4.3. PREVENCION DEL EMBARAZO ADOLESCENTE.....	16
4.4. ABORTO EN ADOLESCENTES.....	18
4.4.1. Aborto.....	18

4.4.2.1. Clasificación.....	19
4.5. ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL.....	20
4.5.1. Clasificación.....	22
4.5.2. Síntomas y Signos .....	23
4.6. METODOS ANTICONCEPTIVOS.....	26
4.6.1. Clasificación.....	27
5. MATERIALES Y METODO.....	34
5.1.Tipo de estudio.....	34
5.2. Universo.....	34
5.3. Muestra.....	34
5.3.1. Criterios de inclusión.....	34
5.3.2. Criterios de exclusión.....	34
5.4. Técnica y procedimiento.....	35
6. RESULTADOS.....	37
7. DISCUCION DE RESULTADOS.....	55
8. CONCLUSIONES.....	59
9. RECOMENDACIONES.....	60
10. BIBLIOGRAFIA.....	61
11. ANEXOS.....	64
12. INDICE.....	75