



Universidad Nacional De Loja

Área de la Salud Humana

CARRERA DE ENFERMERIA

TEMA:

CONOCIMIENTOS SOBRE ANTICONCEPCIÓN Y RIESGO REPRODUCTIVO EN ADOLESCENTES DE LA UNIDAD INTERCULTURAL BILINGÜE “MUSHUK RIMAK” SAN LUCAS

TESIS PREVIA A LA OBTENCION DEL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA

AUTORA:

Narcisa de Jesús Chalán Guamán

DIRECTORA:

Lic. Mgs. Rosa Rojas Flores

LOJA - ECUADOR

2014

CERTIFICACIÓN

DIRECTORA DE TESIS

Lcda. Rosa Rojas Flores

Docente de la Carrera de Enfermería del Área de la Salud Humana

CERTIFICA:

Luego de haber dirigido y revisado el trabajo de investigación titulado **CONOCIMIENTOS SOBRE ANTICONCEPCIÓN Y RIESGO REPRODUCTIVO EN ADOLESCENTES DE LA UNIDAD INTERCULTURAL BILINGÜE “MUSHUK RIMAK” SAN LUCAS**, de la egresada Narcisa de Jesús Chalan Guamán, por lo tanto autorizo para que la tesis en mención prosiga con los trámites legales pertinentes para su presentación y defensa ante el respectivo tribunal de grado.

Loja, Noviembre del 2014



Lic. Rosa Rojas Flores

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DE LA AUTORA,
PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y
PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.

Yo Narcisa de Jesús Chalán Guamán declaro ser autora de la tesis titulada CONOCIMIENTOS SOBRE ANTICONCEPCIÓN Y RIESGO REPRODUCTIVO EN ADOLESCENTES DE LA UNIDAD INTERCULTURAL BILINGÜE “MUSHUK RIMAK” SAN LUCAS, como requisito para optar el grado de Licenciada en Enfermería; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

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

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

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 29 días del mes de julio del dos mil catorce, firma la autora.

Firma  _____

Autora: Narcisa de Jesús Chalán Guamán

Cédula: 1900555218

Dirección: Belén

Correo Electrónico: narcys@hotmail.es

Celular: 0981986661

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de Tesis: Lic. Rosa Rojas Flores

Tribunal de Grado:

Presidenta: Mg. María Sánchez Castillo

Vocal: Dra. Meri Ordoñez Sigcho

Vocal: Mg. Bertila Tandazo Agila

AUTORÍA

Yo Narcisa de Jesús Chalán Guamán, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

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

Autora: Narcisa de Jesús Chalán Guamán

Firma:  _____

Cédula: 1900555218

Fecha: Noviembre del 2014

DEDICATORIA

A mi Dios todo poderoso, ante todo por estar presente en cada uno de mis momentos de estudios y de mi vida, brindándome esa luz necesaria para tener la vocación necesaria para asumir retos con organización y amor para hacer las cosas bien y tener el entendimiento de mis conocimientos, enseñándome que todo en esta vida se puede lograr con la dedicación, el esfuerzo y amor para hacer el bien a pesar de los golpes y dificultades que se puedan presentar.

A mi madre Zoila Guamán, que de alguna forma u otra me ha sabido guiar por el buen camino desde el primer momento de mis pasos, orientándome siempre en las dificultades y por su empeño en los logros y las metas por alcanzar. Te tendré siempre en mi corazón madre.

A mi padre Francisco Chalan, que de alguna manera siempre me ha apoyado en mis decisiones brindándome su amor y su orientación para seguir el camino del bien y la formación de una buena persona. Gracias por ser mi papa.

A mis queridos hermanos, porque juntos aprendimos a vivir, crecimos como cómplices día a día y somos amigos incondicionales de toda la vida, compartiendo triunfos y fracasos.

A mi esposo Patricio Macas, por motivarme a estudiar y darme una oportuna orientación en mi vida. Gracias por tu apoyo y comprensión.

A mi hija Cristel Macas, que es el motivo de inspiración para luchar y alcanzar mis metas, es la luz de mi vida, el que me da ánimo para seguir adelante haciéndome reír cuando estoy triste. Te quiero.

Narcisa Chalan

AGRADECIMIENTO

Es difícil recordar a todas aquellas personas que hicieron posible la realización de este trabajo; sin embargo, quiero expresar mi más profundo agradecimiento.

A DIOS todo poderoso y ser supremo el cual me permite crecer bajo sus bendiciones por darme salud y sabiduría y culminar con éxito mi carrera.

A mis padres, por ser mis guías en mi vida y por estar a mi lado brindándome el cariño, amor, confianza y la atención para poder seguir adelante y darme toda su colaboración para lograr mí meta. Los quiero mucho.

A mi hija por estar conmigo, apoyarme siempre, ser mi fuerza y por haber compartido los momentos buenos y difíciles y estar a mi lado, recibiendo un aliento de lucha por alcanzar mí meta, lo cual le agradezco. Te quiero.

A la UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA y en especial a la Carrera de Enfermería por haberme abierto sus puertas para estudiar en tan Magna casa de estudios y de haberme formado como profesional e individuo con oportunidad en la vida.

A mi directora de tesis, Lic. Mgs. Rosa Rojas, por ofrecerme la orientación y colaboración para realizar mi trabajo de grado y mi meta de ser una profesional, guiándome con su profesionalismo y dedicación hasta el logro del mismo.

Al personal docente por ser parte de los que tienen la delicada labor y dedicación de formar los individuos del futuro, además por su colaboración y orientación en este estudio y por estar siempre dispuestos ayudarme cuando más lo necesité.

Y a todas aquellas personas que de una u otra forma colaboraron para lograr esta meta.

Narcisa Chalan

1. TITULO

**CONOCIMIENTOS SOBRE ANTICONCEPCIÓN Y
RIESGO REPRODUCTIVO EN ADOLESCENTES DE LA
UNIDAD INTERCULTURAL BILINGÜE “MUSHUK
RIMAK” SAN LUCAS**

2. RESUMEN

El presente trabajo investigativo es de tipo descriptivo, se lo realizó en la Unidad Intercultural Bilingüe “Mushuk Rimak”, de la parroquia de San Lucas, durante el periodo septiembre 2013 a julio 2014. El universo lo constituyeron 324 estudiantes y la muestra 92 estudiantes adolescentes en edades comprendidas entre 14 a 18 años que corresponden al 1°, 2° y 3 de bachillerato.

El propósito planteado fue: *Identificar los conocimientos que tienen los/as estudiantes sobre los riesgos reproductivos ante el uso temprano e indiscriminado de métodos de anticoncepción con la finalidad de contribuir mediante un programa educativo a disminuir los riesgos en este ámbito.*

Entre los resultados obtenidos se observó que los adolescentes que cursan el 1°, 2° y 3° de bachillerato tienen un adecuado conocimiento sobre anticoncepción y riesgo reproductivo, dado que entienden como anticoncepción a la forma de prevenir el embarazo con el 51,09%; conocen sobre los métodos anticonceptivos, especialmente del condón con el 47,09%; además un 48,91% de estudiantes indican que si han recibido información sobre esta temática en el colegio.

Además se planteó determinar la correlación entre los conocimientos sobre riesgos en la salud reproductiva y el uso temprano e indiscriminado de métodos anticonceptivos, se puede señalar que no existe correlación entre estas variables, dado que pese a tener un adecuado conocimiento, han utilizado indiscriminadamente los métodos anticonceptivos, ya que 38 (47,50%) que son prácticamente la mitad de estudiantes encuestados/as si utilizan métodos anticonceptivos y lo han hecho a temprana edad, entre 12 a 16 años, en un 58,69%.

Para tratar de mejorar o disminuir esta problemática, los y las adolescentes creen conveniente que se debe implementar charlas con temas específicos

para incrementar los conocimientos sobre anticoncepción y riesgo reproductivo y sobre todo ponerlos en práctica. Es por esto que se realizó un programa educativo con el objetivo de contribuir a mejorar los conocimientos de la salud sexual y reproductiva del sector estudiantil San Lucas.

SUMMARY

This investigative work is descriptive, carried out in the Intercultural unit referred to above, located in San Lucas, during the period September 2013 to July 2014. 80 students have formed the universe. The stated purpose was to: identify the knowledge that have the / students about reproductive risks to early and indiscriminate use of methods of contraception in order to contribute through an educational program to reduce the risks in this area. In the present study concludes: that teens aged 14 to 18 years of 1 °, 2 ° and 3 ° of Bachelor of the Bilingual Intercultural unit have adequate knowledge about contraception and reproductive risk, since they understand as contraception to how to prevent pregnancy with 60%; they know about contraceptive methods, especially the condom with the % 47,09; In addition a 52.50% of students indicate that if they have received information about this subject in school. Also arose to determine the correlation between the knowledge about reproductive health risks and early and indiscriminate use of contraceptive methods, it can be said that there is no correlation between these variables, given that despite having adequate knowledge, have indiscriminately used contraceptive methods, since 38 (47,50%) which are almost half of students surveyed / as if they use contraception and have it done at a young age, between 12 to 16 years, 56.25%, with a frequency of every month (62,50%) and every fifteen days (15%). To try to improve or reduce this problem, adolescents believe suitable talks with specific topics must implement to increase knowledge about contraception, reproductive risk and above all to put them into practice. Therefore, that was an educational program with the aim of contributing to improve the sexual and reproductive health of the student sector San Lucas.

3. INTRODUCCIÓN

La importancia que presenta la anticoncepción, fundamentalmente orientada a la adolescencia y su relación con los derechos sexuales y reproductivos, amerita la necesidad de definir la prestación de un servicio de salud integral, ante la solicitud espontánea de anticoncepción por el sector de adolescentes de 19 años o menos, o pareja de adolescentes, con vida sexual activa, permanente o esporádica.

En investigaciones que realiza el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, se informa que en 2009 del total de gestantes 23% corresponde a adolescentes entre 14 y 18 años. En tanto que para el 2010 encontró que 13% de las adolescentes ecuatorianas entre 15 y 19 años ya es madre, 11% está gestando por primera vez. (MSP, 2011).

Desde la antropología de la cultura, la anticoncepción no es un fenómeno diferente al de la cultura, pero sí una manera diferente de pensar; la interculturalidad conceptualiza la cultura a partir del principio de su formación y del proceso de su desarrollo; es decir, desde lo que la constituye. Una crítica de la razón anticoncepción, que significa definir las condiciones y posibilidad de tener una familia, se funda en el concepto de interculturalidad, y hace simultáneamente de ésta el fundamento de una teoría de la cultura. (José Sánchez pg. 365)

En general, la información disponible sobre el uso de anticonceptivos en adolescentes muestra que existen mayores tasas de fracaso, menores tasas de continuidad y un menor cumplimiento en comparación con los adultos por lo que es necesario preguntarse: ¿existen anticonceptivos especiales para el uso en adolescentes? o ¿existen condiciones o características especiales de los/las adolescentes para el uso de anticonceptivos? La indicación de un método anticonceptivo a un adolescente o pareja de adolescentes no es igual que en los adultos, sino por el contrario, no todos serán adecuados en

la adolescencia, principalmente debido a las mayores tasas de fracaso, menor aceptabilidad y mayores tasas de discontinuación, siendo prioritario frente a la indicación de anticoncepción evaluar los aspectos biopsicosociales involucrados.

El objetivo general de este trabajo es entregar una visión general sobre los diferentes métodos anticonceptivos que están siendo utilizados por las y los adolescentes.

En los últimos años se han observado en nuestro país una disminución progresiva en la edad de inicio de la actividad sexual, observando diferencias según género y nivel socioeconómico. El embarazo no deseado y el riesgo de adquirir una Infección de Transmisión Sexual (ITS) y/o por VIH son unas de las principales consecuencias del inicio de la actividad sexual sin protección y a edades más precoces. (ARIAS, R. 2010 pg. 87)

A nivel global, una gran cantidad de adolescentes ya son sexualmente activos antes de cumplir 20 años de edad y la gran mayoría, alrededor del 60% (FPNU,2010:24-32). No utiliza ninguna protección contra el embarazo, ni contra el riesgo de adquirir una (ITS) o infectarse de VIH.

“Cada año dan a luz 16 millones de adolescentes en el mundo. El 90% de estos embarazos ocurre en países en desarrollo; 38% sucede en América Latina y el Caribe. Los riesgos de un embarazo en la adolescencia están fuertemente asociados con las desigualdades, la pobreza y la inequidad de género. Las probabilidades de que las adolescentes de entre 15 y 19 años mueran debido a complicaciones durante el embarazo o el parto son dos veces mayores que las de una mujer de 20 a 30 años.”¹

¹ ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y SALUD MATERNA E INFANTIL (2010). Encuestas de salud de maternidad; porcentaje de madres adolescentes. ECUADOR. Edición Aguilar, pág. 23-25

“Actualmente existen en el Ecuador, muchos jóvenes y adolescentes excluidos del sistema formal de la educación, ya sea por abandono prematuro de los colegios, o porque nunca tuvieron la oportunidad de frecuentarla debido a diversos motivos, ya sea económico, familiar o político. Se puede deducir que un alto porcentaje de adolescentes carece de educación e información sobre los diversos programas que existen sobre sexualidad y salud reproductiva.”²

Se sabe que el cuidado del cuerpo y de la sexualidad significa salud y bienestar. Por eso es necesario informarse sobre cómo se transmiten infecciones como el SIDA y cuál es la mejor forma de evitar su contagio. La elección del método anticonceptivo tiene que basarse en los criterios de seguridad y eficacia. El método ideal es el que protege de las infecciones de transmisión sexual y de los embarazos no deseados. La elección del método anticonceptivo debe contar con la asesoría de un médico, quien hará la recomendación de acuerdo al perfil de cada persona y del tipo de vida sexual que lleve; el condón es el método ideal para prevenir las infecciones de transmisión sexual y la pastilla o píldora es el método más efectivo para evitar el embarazo no deseado. La pastilla no protege de las infecciones de transmisión sexual, por lo que, usar una combinación de píldora y condón puede ser una buena opción para obtener más seguridad y eficacia.”³

En sí, la adolescencia implica una nueva etapa de vida en la que se produce cambios e interrogantes en la personalidad de cada adolescente es por esta razón que debemos tomar importancia sobre los conocimientos y usos que tienen éstos sobre la sexualidad. En el Ecuador viven cerca de dos millones trescientos veintinueve mil diez adolescentes entre 10 y 19 años. Los y las adolescentes representan el 16% del total de la población ecuatoriana. La tendencia de la fecundidad adolescente en el país en la última década es al incremento, siendo la más alta de la subregión andina.

² MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL. (2010). Plan Nacional de Prevención de embarazo en adolescentes: Métodos anticonceptivos. Quito, pág. 10-12

³ MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL. (2010). Plan Nacional de Prevención de embarazo en adolescentes: Métodos anticonceptivos. Quito, pág. 14

“Donde el 96% de las mujeres de 15 a 49 años de edad han oído hablar de por lo menos un método anticonceptivo y el 95.5% han oído hablar siquiera de un método moderno pero no poseen un conocimiento claro de lo que es cada uno de los métodos anticonceptivos; el nivel de conocimiento de algún método anticonceptivo varía entre la población mestiza y la indígena. También se observa que a mayor nivel de instrucción y nivel económico, es mayor la proporción que tienen los adolescentes sobre el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos.

El uso más bajo corresponde a “mujeres de 15 a 19 años de edad (56.1%). Cabe mencionar que a medida que aumenta la edad a la primera relación sexual, también aumenta el uso. El uso de los métodos anticonceptivos en adolescentes durante la primera relación sexual es del 3.9%” (MSP, 2012; 36). La falta de conocimiento sobre riesgo reproductivo en la adolescencia constituye un problema social, económico y de salud pública de inmensa magnitud, ya que la falta de conocimiento sobre este tema ha hecho que los adolescentes, tomen la sexualidad como una diversión más, convirtiéndose en entes sexualmente activos sin medios de protección, que a la final repercute sobre sí mismos, provocando baja escolaridad, embarazos a temprana edad, embarazos no deseados, abortos que a su vez dejan secuelas, sentimientos de culpa, y una paternidad irresponsable, además el riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual.

“Según el Ministerio de Salud Pública, en este 2013 existe al menos un “30% de riesgo de muerte en las madres adolescentes debido a su corta edad la cual dificulta el completo desarrollo y preparación de su cuerpo”.⁴

El conocimiento sobre el riesgo reproductivo en los adolescentes representa un gran problema a nivel social, familiar y personal en el país y en Loja en particular.

⁴ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (2013) Embarazos no deseados en Adolescentes: Consecuencias por las que pasan las adolescentes, pág. 61.

Ser padre o madre a temprana edad implica dejar de lado actividades propias de la edad como son sus estudios, familia, amistades, para convertirse en adolescentes llenos de responsabilidades conforme un adulto.

En la ciudad de Loja, el inicio de la sexualidad va desde los 13 años en adelante, a esta edad los y las adolescentes no se encuentran con capacidad de tener responsabilidades como: ser madre a temprana edad, tener relaciones sexuales prematrimoniales, utilizar métodos que prevengan con alguna infección de transmisión sexual, enfrentarse a embarazos prematuros.

El número restringido de programas sobre educación sexual promueven el acceso a la información adecuada, así como a los servicios con énfasis en salud sexual y reproductiva para la población adolescente, particularmente de la parroquia de San Lucas, centrado en sus necesidades y características étnicas; brindando información, educación y capacitación en salud sexual y reproductiva, sexualidad humana y planificación familiar, tanto a jóvenes, como padres, docentes y profesionales de la salud que trabajen con adolescentes; con un enfoque de interculturalidad por parte de las instituciones educativas locales y los ministerios correspondientes como el MSP – MIES y Ministerio de Educación Intercultural para así promover en la comunidad en general el conocimiento acerca de las necesidades y problemática de los adolescentes, para generar conciencia social y el respeto por sus derechos para una vivencia sana, placentera y responsable de su sexualidad.”(MSP, 2012:22)

“Nacemos como seres sexuales, lo cual es una característica del ser humano, tanto como la de caminar erguido y la de hablar. Los adultos estimulan a los niños a caminar y a hablar, pero no sucede lo mismo con la sexualidad. Sin embargo, la sexualidad también requiere una guía de apoyo por parte del adulto para conseguir una sana evolución. Pero, los adultos, en este caso como educadores, necesitan comprender y aceptar su propia

sexualidad como normal e innata, una dimensión vital que nos afecta desde el momento del nacimiento hasta la muerte.”⁵

En la provincia de Loja sabemos que ha aumentado el embarazo precoz en adolescentes sobre todo en el “cantón Saraguro con un promedio del 40%; en adolescentes de colegios de poblaciones indígenas por su idiosincrasia inician la procreación a los 15 – 16 años” (Diario Crónica de la Tarde, 2013: 2); en la provincia de Zamora Chinchipe también existe un gran número de “adolescentes embarazadas con un 25 % de mujeres entre 10 – 19 años han sido madres o están embarazadas permitiéndoles el abandono de los estudios,” (En Directo,2013;1) ya que cuando las adolescentes quedan embarazadas deben asumir responsabilidades muy tempranas como madres, que por lo general obstaculizan sus estudios.

Estos embarazos no sólo ocurren por falta de información sobre anticonceptivos, inaccesibilidad a servicios o patrones socioculturales, sino por la escasa preparación para establecer un plan de vida que les permita posponer la iniciación sexual, a fin de evitar gestaciones precoces e infecciones de transmisión sexual.

“La adolescencia en los últimos años, ha incrementado el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad, esto trae consigo problemas de salud pública como el aumento de las infecciones de transmisión con la probabilidad de adquirir el VIH/SIDA, así como los embarazos no planificados; debido a la poca información que poseen estos jóvenes estudiantes sobre el ejercicio de una sexualidad sana y responsable. Ante esta problemática, surge la importancia de investigar: ¿CUÁL ES EL CONOCIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y RIESGOS REPRODUCTIVOS EN ADOLESCENTES DE LA UNIDAD INTERCULTURAL BILINGÜE “MUSHUK RIMAK ” DE SAN LUCAS, MAYO 2013-MARZO 2014?

⁵ BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. El fracaso Educativo: Embarazos para no ir a clase. Notas técnicas # IDB- TN- 281 (2011, pág. 39).

La presente investigación se desarrolló mediante un tipo de estudio Descriptivo–Interpretativo, siendo los objetivos; i) *Establecer el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos, que poseen los adolescentes del primer, segundo y tercer año de Bachillerato de la Unidad Intercultural Bilingüe “Mushuk Rimak”*; ii) *Determinar la correlación entre conocimientos sobre riesgos en la salud reproductiva y uso temprano e indiscriminado de métodos anticonceptivos*; y iii) *Diseñar en forma participativa un programa educativo dirigido a la población adolescente de la Unidad Intercultural Bilingüe “Mushuk Rimak” sobre salud sexual y reproductiva para prevenir la presencia de embarazos no planificados.*

Esta investigación se efectuó en la Unidad Intercultural Bilingüe “Mushuk Rimak de San Lucas Educativa, participaron como universo 80 adolescentes con edades entre 14 y 18 años (1º, 2º y 3º año de bachillerato), tomando como *criterios de inclusión* a todos los estudiantes con la edad establecida y matriculados en estos años, periodo septiembre – julio de 2014.

Para obtener la información requerida se aplicó como técnicas de recolección de datos, una encuesta, y guía de observación directa.

Luego se procesó la información y se procedió a organizarla y analizar cada uno de los indicadores de las variables, los resultados de la investigación se exponen en base a dos *variables: Independiente (Conocimiento que tienen las y los estudiantes de la Unidad Intercultural Bilingüe “Mushuk Rimak” y dependiente (Riesgo reproductivo en los adolescentes)*, lo que permitió establecer una discusión, relacionando los resultados obtenidos del abordaje investigativo y la fundamentación de los referentes teóricos.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

En la actualidad, dos de los problemas medico sociales más importantes que afectan a los adolescentes son el embarazo no deseado y las enfermedades de transmisión sexual, y el uso de métodos anticonceptivos puede servir como solución para ambos. Si bien muchos de estos métodos son conocidos por los adolescentes, la mayoría no los utiliza debido a la falta de información adecuada, a la vergüenza de adquirirlos, y a la carencia de servicios de salud y consejería que les garanticen una privacidad y confidencialidad merecidas. En el presente trabajo de Investigación la revisión de la literatura retomó la bibliografía histórica existente y en base al análisis propuesto en este trabajo relacionado al conocimiento sobre anticoncepción y riesgos reproductivos. Además se realizó una revisión de los métodos anticonceptivos disponibles en la actualidad, haciendo énfasis en cómo pueden usarse durante la adolescencia, sus ventajas y desventajas, en relación con su uso en esta etapa de la vida. A pesar de los programas de educación sexual, la anticoncepción en la adolescencia es una asignatura pendiente, ya que los más jóvenes siguen incurriendo en conductas de riesgo por falta de información o creencias erróneas sobre la sexualidad. (Gutiérrez, 2010).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a los adolescentes Indígenas como un grupo de riesgo en materia sexual. Esto es así porque, muchos de ellos, de acuerdo a su formación y educación no tienen un acertado conocimiento acerca de anticoncepción, ya que para ellos hablar de sexualidad está fuera de los hábitos y valores en base a su cultura; razón por la cual no se protegen adecuadamente mediante el uso de anticonceptivos cuando mantienen relaciones sexuales, lo que puede ocasionar embarazos no deseados y contagio de enfermedades, como las de transmisión sexual o el VIH.

Actualmente, según algunos estudios, la edad media del inicio de las relaciones sexuales completas en los chicos indígenas está en los 16 años

y, en las chicas está alrededor de los 17 años en las chicas. Pero hasta un 30% de los adolescentes no utiliza ninguna protección anticonceptiva en esos primeros encuentros sexuales y otro 30% usa métodos muy poco fiables, entre los que destaca por su frecuencia de uso el *coitus interruptus*. (Rosero, 2012)

Según José Sánchez Parga, (2012), Los expertos advierten de que aunque la edad biológica de maduración sexual se ha adelantado (las niñas tienen la menarquia, la primera regla, antes, alrededor de los 11 años), este proceso no se corresponde con un paralelo desarrollo de maduración psicológica. Los adolescentes suelen tener una falsa percepción de ausencia de peligro en sus conductas sexuales y no son conscientes de los problemas orgánicos y emocionales que puede conllevar un embarazo precoz.

El embarazo en la adolescencia complica la gestación, ya que hay más incidencia de patologías médicas graves durante el embarazo y el parto, como prematuridad, bajo peso al nacer o preeclampsia. Además, por lo general, cuando la adolescente se queda embarazada suele esperar bastante tiempo hasta comunicar la noticia, lo que retrasa los controles prenatales y obstétricos necesarios. Estos riesgos se ven notablemente aumentados cuando la chica es menor de 15 años y se reducen cuanto más se acerca a los 19. (Sánchez, 2012).

Por otro lado, hay más posibilidades de que la embarazada adolescente incurra en conductas de riesgo (como el consumo de tóxicos) y sufra problemas psicológicos como ansiedad e inseguridad. Los embarazos adolescentes también pueden condicionar el futuro socio-profesional, ya que muchas chicas no retoman sus estudios. De hecho, se ha comprobado que los hijos de madres adolescentes tienen hasta el doble de probabilidades de repetir ese modelo en el futuro, siendo padres ellos también durante la adolescencia. (Dra. Adela Montero 2011; 22 Facultad de medicina Universidad de Chile)

Aunque actualmente muchos programas abordan la educación sexual, sigue detectándose falta de información y abundancia de ideas erróneas en este colectivo.

4.1. ANTICONCEPCIÓN

La anticoncepción es conocida como el conjunto de métodos y procedimientos empleados para impedir el embarazo. Es decir el de prevención del embarazo en el sentido estricto.

En la actualidad la anticoncepción es el uso de diferentes métodos anticonceptivos es, por lo general, no solamente legal, sino también muy difuso. El conocimiento general sobre diferentes métodos anticonceptivos prolifera los discursos de los medios de comunicación de masas, otorgando información sobre todo tipo de los métodos de carácter médico y no médico. La planificación familiar como una herramienta de aplazar en el tiempo la maternidad y la paternidad es una práctica socialmente legitimizada. (Molina R. 210 pp 768 – 782)

4.1.1. Anticoncepción en la adolescencia

Según (Molina, 2011), Cuando se analiza la selección del método anticonceptivo que se va a indicar a un adolescente, debemos tener en cuenta 2 aspectos fundamentales:

- Peligros médicos del embarazo a esta edad.
- Ventajas y desventajas, efectos secundarios y peligros, del uso de los anticonceptivos en la adolescencia.

Sobre la base de los problemas prevalentes que tenga el adolescente, en este caso específico, la adolescente, la vamos a clasificar en 3 grandes grupos:

- 1) **Nuligesta**, adolescente con vida sexual activa, pero sin historia de embarazo previo.
- 2) **Primigesta**, adolescente con antecedente de aborto espontáneo o provocado, pero que todavía no es madre.
- 3) **Primigesta**, madre adolescente.

4.1.2. Métodos que no funcionan

Los siguientes métodos no descartan de un embarazo.

Lavados vaginales.- Echar un chorro de agua o cualquier otro líquido en la vagina después de tener relaciones sexuales no elimina los espermatozoides ni impide que ocurra un embarazo. También puede causar infecciones.

Envoltura plástica en lugar de un condón.- las envolturas y bolsas plásticas pueden romperse y dejar que escapen espermatozoides.

Orinar inmediatamente después de las relaciones sexuales.- la orina no pasa por la vagina, por lo tanto no elimina los espermatozoides.

Tener relaciones sexuales por primera vez.- puedes quedar embarazada con tener tan solo un acto sexual sin protección.

Hace el acto sexual en una posición especial.- no importa la posición que adopte durante el acto sexual, si el pene penetra o llega cerca de la vagina, se puede quedar embarazada.

4.1.3. Las relaciones sexuales y la reproducción

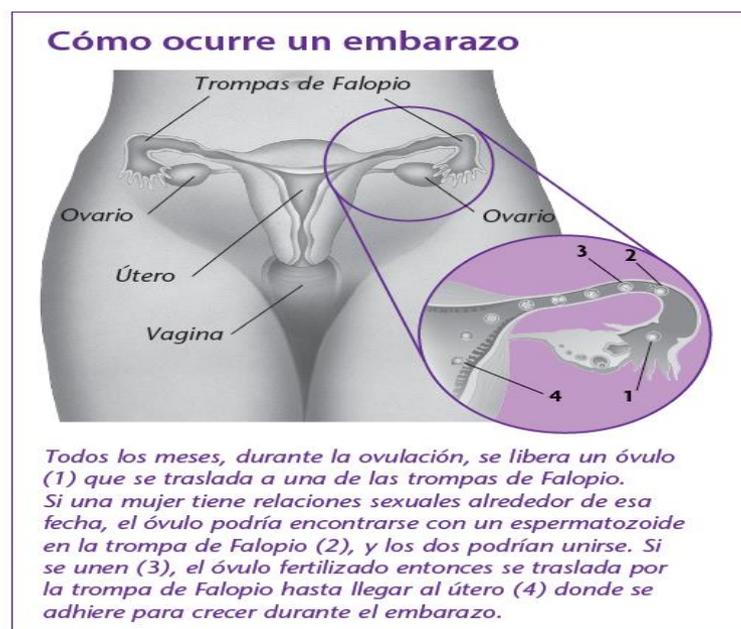
Según (Burton, 2008), saber cómo ocurre un embarazo ayudara al adolescente conocer cómo funcionan los distintos métodos anticonceptivos. La mujer tiene dos ovarios, uno a cada lado del útero. Todos los meses,

cada uno de los ovarios libera un óvulo en una trompa de Falopio. Esto se llama ovulación ocurre aproximadamente a los 12 a 14 días del comienzo de la menstruación (el periodo menstrual).

Durante las relaciones sexuales (sexo), el pene del hombre entra en la vagina de la mujer. Cuando un hombre eyacula el pene secreta semen que contiene millones de espermatozoides. Si esto sucede al tener relaciones sexuales, el semen penetra en la vagina. Los espermatozoides en el semen pueden nadar hacia arriba por el cuello uterino, hacia el útero y las trompas de Falopio. Si un espermatozoide encuentra a un ovulo en la trompa de Falopio, podría ocurrir lo que se llama fertilización, es decir la unión de un ovulo con un espermatozoide. El óvulo fertilizado puede entonces desplazarse hacia el útero y adherirse a la membrana que lo cubre. Una vez que el ovulo fertilizado se haya adherido a la membrana que cubre el útero, la adolescente queda embarazada aun si es la primera vez que tiene relaciones sexuales.

Grafico N° 1

Cómo ocurre un embarazo



4.1.4. Elección del método anticonceptivo

Es necesario que los adolescentes conozcan todos los métodos reversibles, para poder elegir el que mejor se adapte a sus necesidades, valores, preferencias y personalidad. Para ello, se desarrolla un proceso asistencial denominado Consejo Contraceptivo que pretende:

- Conocer las necesidades anticonceptivas de la adolescente o pareja, que serán diferentes dependiendo de la frecuencia de relaciones, de si existe o no riesgo de ITS, de la confianza que exista entre la pareja, del grado de implicación del chico, etc.
- Identificar valores y creencias sobre la sexualidad, la anticoncepción, la eventualidad de un embarazo no deseado, etc.
- Conocer características personales de la adolescente que deban ser tomadas en cuenta para elegir el método más adecuado (metódica, olvidadiza, rechazo a fármacos, apoyo familiar...)
- Valorar el estado de salud para descartar posibles condiciones médicas que afecten a la elegibilidad de los diferentes métodos anticonceptivos. La guía Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de anticonceptivos que proporciona una orientación clara y actualizada sobre las situaciones de salud que pueden desaconsejar el uso de un determinado método.
- Dar a conocer los métodos anticonceptivos, informando sobre su eficacia, forma de uso, relación con el coito, precio, etc.
- Recomendar la doble protección, es decir, el uso del preservativo para prevenir ITS y de otro método, generalmente hormonal, para aumentar la eficacia anticonceptiva.

- Ayudar a adoptar decisiones informadas.
- Proporcionar información sobre el correcto uso del método elegido, el manejo de eventualidades (rotura, olvidos, vómitos, uso de otros fármacos) y los efectos secundarios posibles. La guía Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos de la OMS ofrece asesoramiento, basado en la evidencia científica, sobre cómo usar el método anticonceptivo elegido de una forma segura y eficaz.
- Comprobar la correcta comprensión.
- Proponer un seguimiento, ya que la elección de un método contraceptivo debe seguirse de una adecuada supervisión y la posibilidad de acceder a la consulta si se produce cualquier problema o surge alguna duda.

4.1.5. Conductas generales para la elección del método

Grupo 1

- Es el más conflictivo.
- La elección del método “idealmente” debe ser hecha con la pareja para informar, instruir y educar, en relación con la sexualidad y la responsabilidad individual.
- Los métodos ideales son los de barrera masculinos, combinados con espermicidas y cálculo de período fértil para aumentar la eficacia.
- La segunda prioridad corresponde a los métodos hormonales orales combinados con baja dosis de estrógeno, o a los métodos hormonales orales de solo progestina en dosis continua.
- Este grupo, por sus características, necesita instrucciones en el método poscoital de emergencia.

Grupo 2

- Grupo que presenta alto riesgo de un nuevo embarazo, independientemente de si el aborto fue espontáneo o provocado.
- Desde el punto de vista biológico, la elección del método anticonceptivo es semejante a la de la mujer adulta.
- Debe recomendarse el uso del condón masculino, si no como método único, sí como método acompañante (método doble de anticoncepción).
- Si el método que se va a indicar es un dispositivo intrauterino (DIU), aplicar el mismo criterio que para el grupo 3, y hacer un seguimiento de control más frecuente. Si no existe contraindicación, lo ideal es insertar un DIU en el posaborto inmediato o en los primeros 15 días posaborto, cuando todavía el útero no ha involucionado totalmente.
- Valen para este grupo las mismas recomendaciones que para el grupo 3.

Grupo 3

- Aplicar los mismos criterios que en la mujer adulta.
- Es válido también para estos casos la recomendación dada para el grupo 2, en lo que se refiere al uso del método doble.
- Si la mujer está lactando, puede recomendarse el uso de preparados hormonales inyectables del tipo de la Depo-Provera (DMPA), por su alta eficacia y no interferencia con la lactancia.
- Si el DIU es el método seleccionado, es indispensable una histerometría o un examen ginecológico acucioso para determinar el tamaño uterino, y si este fuera igual o menor que 6 cm, el DIU que se deberá indicar es el multiload mini.
- Se debe tener un criterio permisivo para su atención, sin cerrar el caso en el período puerperal, y facilitar así el control (deben ser seguidas con más cuidado las que no tengan ningún método anticonceptivo) y la eventual solicitud de servicios de anticoncepción.

No se recomiendan para las adolescentes nuligestas (grupo 1) y premigistas no madres (grupo 2) los métodos siguientes:

- Inyectables de tipo DMPA de 3 meses de duración.
- Inyectables mensuales por sus altas dosis de estrógeno.
- DIU en la nuligesta.
- Anticoncepción hormonal, cuando existe historia de menarquia tardía, sin valoración integral hecha por un especialista.
- Anticoncepción hormonal, ante la presencia de signos de androgenización.
- Anticoncepción de algún tipo, cuando existen contraindicaciones para su uso específico en estos casos, que aparecen reflejadas en las normas generales.

4.1.6. Métodos anticonceptivos en la adolescencia.

4.1.6.1. Preservativo

Según González E. (2009), El uso del preservativo está especialmente indicado si las relaciones son esporádicas o imprevistas y para evitar ITS.

Es el método más utilizado entre los menores. Con la edad, su uso va siendo sustituido por otros métodos, fundamente los hormonales. La hegemonía del preservativo a estas edades es un éxito de las políticas de prevención y resultado también de la autonomía de su uso que no requiere del concurso de profesionales sanitarios. Pero, el IJE-2008 señala un inconveniente relacionado con esta casi exclusividad: el desconocimiento de los otros métodos, que deja a los adolescentes que rechazan el uso del preservativo sin posibles alternativas.

Indicaciones

El uso del preservativo está especialmente indicado si las relaciones son esporádicas o imprevistas y para evitar ITS; ya que, reduce el riesgo de transmisión de: HIV, sífilis, Clamidia trachomatis, gonococia, Trichomonas vaginalis, herpes genital, papiloma virus y hepatitis B.

Eficacia

La tasa de embarazo en usuarios perfectos es de 2 gestaciones por 100 mujeres que lo utilicen durante un año, pero puede ser de hasta un 12% si el uso es incorrecto o inconstante.

Instrucciones de uso

Por fácil e intuitiva que parezca su utilización, es importante dar las siguientes instrucciones para procurar un uso correcto:

- Comprarlos en establecimientos garantizados y guardarlos en un lugar fresco y seco (no en el bolsillo del pantalón, en la guantera del coche o en la moto).
- Comprobar la fecha de caducidad y su integridad antes de usarlos.
- Abrir el envoltorio cuidadosamente, sin utilizar ningún instrumento cortante.
- Colocar el preservativo desde el inicio de la erección, con el pequeño anillo en el que está enroscado hacia el exterior y pinzando el extremo del condón antes de desenrollarlo sobre el pene para que quede un pequeño espacio libre de aire.
- Debe colocarse el preservativo antes del contacto íntimo porque las secreciones preeyaculatorias contienen espermatozoides y tanto estas secreciones como las vaginales pueden contener microorganismos causantes de ITS.
- Se recomienda usar lubricantes para practicar sexo anal.
- No usar como lubricante vaselina, aceite mineral, aceite vegetal o cremas para niños, porque dañan el preservativo, pudiendo diseminarse el VIH a través de las paredes del 50% de los preservativos en 3 minutos. Se deben utilizar sólo geles hidrosolubles.
- Después de la eyaculación, retirar cuidadosamente el pene mientras está erecto, sosteniendo el borde superior del preservativo para evitar la salida del esperma o que el preservativo se pierda en la vagina.
- Cerrar el preservativo con un nudo y comprobar siempre su integridad.
- Evitar que el pene, tras la retirada del preservativo, toque el área genital.

- Usar un nuevo preservativo en cada coito.
- No poner un preservativo sobre otro para obtener una mayor seguridad, ya que el roce que se produce conlleva un mayor riesgo de rotura.

4.1.6.2. Anticonceptivos hormonales combinados

Por su alta eficacia anticonceptiva, son una buena elección para adolescentes sanas que mantienen relaciones sexuales con suficiente frecuencia y no requieren protección frente a ITS. Son beneficiosos cuando existe sangrado menstrual irregular o excesivo, dismenorrea, acné o hirsutismo, problemas que aparecen con alguna frecuencia en la adolescencia.

La anticoncepción hormonal combinada (AHC) asocia un estrógeno, el etinilestradiol, a un progestágeno, que varía según los diferentes preparados disponibles. Este tipo de anticoncepción puede indicarse desde la menarquia, ya que no interfiere con el proceso de maduración del eje hipotálamo-hipofisiario. Para evitar un efecto negativo sobre la masa ósea de las adolescentes, se recomienda utilizar una dosis de 30 microgramos de etinilestradiol. Disponemos de tres formulaciones: *píldoras, anillo vaginal y parche transdérmico.*

Indicaciones

Son una buena elección para adolescentes que mantienen relaciones sexuales con suficiente frecuencia y no requieren protección frente a ITS.

Eficacia

Elevada, con una tasa de 0,8 embarazos por 100 mujeres que los utilicen de forma perfecta durante un año. La eficacia real o efectividad, sin embargo, asciende a 8 embarazos, por los frecuentes olvidos. La protección anticonceptiva se mantiene también durante los días libres de hormonas en cada ciclo.

Condiciones de no elegibilidad médica.

Las situaciones clínicas que pueden darse en la adolescencia y contraindican el uso de AHC son las siguientes.

- Trombofilia hereditaria.
- Enfermedad tromboembólica venosa.
- Anticuerpos antifosfolipídicos.
- Cirugía mayor e inmovilización prolongada.
- Migrañas con aura.
- Hepatitis aguda.
- Tumores hepáticos benignos.
- Uso de anticonvulsivos: fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, oxcarbazepina.
- Tratamiento con lamotrigina.
- Tratamiento con rifampicina y rifabutina.
- Primeras 3 semanas postparto (pueden iniciarse inmediatamente después de un aborto).
- Durante los 6 primeros meses de lactancia materna.

Efectos beneficiosos adicionales

Además de la eficacia anticonceptiva, la AHC ofrece la posibilidad de tratar problemas menstruales o trastornos muy frecuentes a estas edades, como el acné, ya que:

- Mejora la dismenorrea.
- Disminuye la cuantía del sangrado menstrual y evita anemias ferropénicas.
- Provoca hemorragias de privación regulares.
- Mejora el acné y el hirsutismo.
- Además, se ha comprobado que su uso:
- Disminuye en un 50-75% la patología benigna de la mama.

- Disminuye la incidencia de quistes ováricos funcionales y tumores ováricos benignos.
- Confiere cierta protección frente a la enfermedad pélvica inflamatoria.
- Reduce en un 50% el riesgo de cáncer de ovario y de endometrio, prolongándose esta protección más de 15 años tras la suspensión.

Efectos no deseables

Sólo afectan a un pequeño número de adolescentes.

- Alteraciones en el peso. El efecto global sobre el peso parece ser insignificante y, en grandes series, la proporción de mujeres que perdieron o ganaron peso fue semejante. Sin embargo, las adolescentes se muestran muy preocupadas acerca de esa posibilidad.
- Náuseas y vómitos. Pueden aparecer en los primeros ciclos y para evitarlos se recomendará la toma al acostarse.
- Cloasma. Conviene recomendar el uso de un fotoprotector.
- Cambios en la libido.
- Cambios de humor.
- Sangrados intermedios. Suelen desaparecer espontáneamente en el transcurso de los primeros ciclos.
- Amenorrea. Aparece en menos del 2% de los casos. Generalmente es secundaria a la atrofia del endometrio por la deficiencia de estrógeno. Resulta prudente hacer una prueba de embarazo.

4.1.6.2.1. Preparados orales (Píldora)

Las píldoras disponibles son muchas, pero la combinación de elección es la que contiene 30 mcg de etinilestradiol y 150 mcg de levonorgestrel (Ovoplex 30/150, incluido en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud, SNS). Además hoy en día es la más común y se debe tomar todos los días a la misma hora.

Preparados con dosis más bajas de estrógenos no son adecuados; ya que, pueden necesitar de un mejor cumplimiento terapéutico del que suele ser

habitual entre las adolescentes y además dificultar la adquisición de masa ósea.

El uso de píldoras con progestágenos distintos al levonorgestrel se asocia a un mayor riesgo de enfermedad tromboembólica venosa y debe evitarse.

Si se produjeran olvidos en la toma de la píldora se recomendará:

Olvido de una píldora:

- Tomar cuanto antes la píldora olvidada (2 en el mismo día o al mismo tiempo).
- Seguir con el envase normalmente.
- No se necesitan medidas anticonceptivas adicionales.

Olvido de dos píldoras:

- Tomar cuanto antes una de las píldoras olvidadas.
- Seguir con el envase normalmente.
- Precauciones anticonceptivas los 7 días siguientes.
- Si olvido en la primera semana, se tomará además una píldora postcoital.
- Si en la segunda semana: no es necesaria ninguna otra medida.
- Si en la tercera: se comenzará además el siguiente envase sin respetar el intervalo de descanso o desechando las píldoras placebo, si el preparado las contiene.

Si aparecieran vómitos o diarrea en las dos horas siguientes a la toma, se recomendará tomar una píldora adicional. Si el problema persistiera, se utilizarán medidas contraceptivas adicionales durante siete días.

Se suspenderán en caso de:

- Embarazo.

- Flebitis.
- Ictericia, hepatitis o prurito generalizado.
- Aumento del número de crisis epilépticas.
- Cirugía mayor programada con 4-6 semanas de antelación.
- Si se requiere inmovilización por reposo en cama, escayolas, etc.

4.1.6.2.2. Anillo vaginal

Un sistema diferente para administrar anticonceptivos hormonales combinados consiste en un anillo vaginal hormonado (Nuvaring), que libera 15 mcg de etinilestradiol y 0,12 mg etonogestrel diarios y que no contiene látex.⁶

Eficacia

Es similar a la de la AHC oral no existen suficientes datos epidemiológicos para establecer el riesgo comparativo de enfermedad tromboembólica venosa en relación con la AHC oral.

Las condiciones de elegibilidad médica son las mismas que la AHC oral y están especificadas en la Guía OMS Criterios de elegibilidad médica para el uso de anticonceptivos.

Este método evita el primer paso hepático, presenta una tasa de liberación constante y no se ve afectado por alteraciones gastrointestinales.

El anillo consiste en un anillo plástico flexible que se coloca en la parte superior de la vagina. Este anillo permanece en la vagina durante 21 días y se extrae durante 7 días. Durante esos 7 días del periodo menstrual. Entonces se introduce un nuevo anillo. El anillo contraceptivo presenta un mejor control del ciclo que la píldora combinada y el parche con menos sangrados intermenstruales y amenorreas. La incidencia del resto de los efectos secundarios, cambios en el peso y en la tensión arterial, mastalgia, náuseas y cefalea.

⁶ Gabriela Rodríguez R., (2009), Sexualidad y Anticoncepción para jóvenes adolescentes de la Ciencia, UNAM, México.

La aceptabilidad de este método durante los ensayos de eficacia realizados en población general (no en adolescentes) ha sido buena. Algunas adolescentes y jóvenes encuentran este sistema más fácil y conveniente que la toma diaria de píldoras, aunque resulta mucho más caro, ya que no está financiado por el Sistema Nacional de Salud.

4.1.6.2.3. Parche anticonceptivo

Es un método de AHC transdérmico que libera 20 mcg de etinilestradiol y 150 mcg de norelgestromina diariamente (EVRA)(22).

La eficacia es similar a la píldora, se ve influida por la correcta adhesión a la piel y se considera potencialmente reducida en mujeres obesas (peso >90 kg).

Los criterios de elegibilidad son similares.

Parece asociarse a un mayor riesgo de trombosis venosa.

Los estudios farmacológicos muestran que minimiza los picos y valles de la vía oral y no se ve afectado por alteraciones gastrointestinales.

Puede producir reacciones cutáneas leves en el lugar de aplicación que disminuyen con el tiempo y spotting, hemorragias y tensión mamaria durante los primeros meses con mayor frecuencia que los preparados orales. El sangrado de privación es más prolongado que con la píldora.

Aunque existen pocos datos sobre los beneficios no contraceptivos del parche, se considera que se obtendrán beneficios similares a los alcanzados con la AHC oral (reducción de dismenorrea, disminución de anemia ferropénica, de cáncer de endometrio y ovario, etc.).

La aceptabilidad de este método en adolescentes no es alta, prefiriendo, en general, la píldora o el anillo.

El primer parche se aplica el primer día del ciclo y, a continuación, uno cada semana durante tres semanas, seguidas de un intervalo libre de 7 días durante el que se producirá la hemorragia de privación. Los parches sucesivos se colocarán en diferentes localizaciones, espalda, abdomen, brazos, parte alta del tórax y se evitará su colocación sobre las mamas, porque la alta concentración local de estrógeno puede ocasionar tensión

mamaria. Si se comienza su uso en otro momento del ciclo, se recomendará utilizar un método adicional durante 7 días.

La adolescente debe saber que si se produce un retraso en la aplicación del primer parche, éste debe ser colocado cuanto antes, se usará un método anticonceptivo adicional 7 días, y se cambiará el día de aplicación. Si el olvido afecta al segundo o tercer parche y consiste en un retraso de dos o tres días, como hay un periodo adicional de dos días de liberación de niveles adecuados de estrógenos, no será necesaria anticoncepción adicional ni modificar el día de cambio del parche. Pero, si el olvido es superior a 48 horas, será necesario utilizar píldora postcoital, un método anticonceptivo adicional durante 7 días y cambiar el día de aplicación. Si el olvido consiste en retraso en retirar el tercer parche, se quitará en cuanto se recuerde y no se modificará el día de aplicación.

Si un parche se ha despegado menos de 24 horas, debe recolocarse si no ha perdido su adhesividad, en caso contrario se colocará uno nuevo. Si se ha despegado por más de 24 horas, se aplicará otro, este día pasará a ser el nuevo día de cambio y se usará un método adicional durante 7 días.

4.1.7. Anticoncepción hormonal con sólo progestágenos (ASG)

Según (Rodríguez, 2010) Son una buena alternativa para adolescentes que no requieren protección frente a ITS y que presentan alguna contraindicación médica para el uso de AHC y, además, en el caso del implante y la inyección intramuscular cuando tienen dificultades para usar adecuadamente los otros métodos.

Los anticonceptivos que contienen sólo gestágenos (23) son de elección para adolescentes con alguna contraindicación a los métodos combinados con estrógenos, y para aquellas que presentan algunos efectos adversos con la AHC, como: náuseas, retención de líquidos, cefalea, cambios de humor, depresión, disminución de la libido o que están lactando. Disponemos de ASG en forma de píldora diaria, inyectables trimestrales e implantes.

Estos anticonceptivos se utilizan de forma continuada y, por tanto, no inducen una hemorragia de privación similar al sangrado menstrual, como hacen los AHC. Los ASG producen, por el contrario, un patrón impredecible de sangrado: desde sangrado regular, sangrado frecuente, sangrado prolongado, sangrado infrecuente a amenorrea. Estas alteraciones del patrón menstrual, aunque directamente relacionadas con el efecto de los progestágenos sobre el endometrio, constituyen el motivo más frecuente de rechazo o abandono de estos métodos. Es, por ello, muy importante advertir a la adolescente de estas alteraciones y explicar con claridad que no suponen ningún problema para la salud y que, incluso, la amenorrea puede constituir una ventaja si existía sangrado menstrual muy abundante o dismenorrea.

4.1.8. Píldora con sólo gestágeno (POP)

Sólo disponemos de una píldora comercializada que contiene 75 mcg de desogestrel (Cerazet, incluida en la prestación farmacéutica del SNS). Su metabolito activo es el etonogestrel.⁷

No existen estudios que comparen su eficacia con la de la AHC, aunque se considera similar. Está especialmente indicada si existe alguna contraindicación para el uso de estrógenos: migraña con aura, historia de enfermedad tromboembólica, trombofilia genética, hepatitis aguda, cirugía con inmovilización, 21 primeros días postparto, lactancia a partir de las 6 semanas.

No es un método elegible si la adolescente presenta un tumor hepático, anticuerpos antifosfolípidicos, padece una enfermedad tromboembólica venosa, se encuentra en las primeras 6 semanas de lactancia o sigue tratamiento con inhibidores de la proteasa reforzados con ritonavir, carbamazepina, fenitoína, primidona, barbitúricos, topiramato y oxcarbazepina.

⁷ Gabriela Rodríguez R. (2009), Obra cit pág. 25

Produce una alteración del patrón menstrual habitual. El 70% de las mujeres que presentan amenorrea en los 3 primeros meses de uso, la seguirán teniendo y el 50% de las que presentan sangrado infrecuente o sangrado prolongado mantendrán este patrón al menos durante el primer año.

Las píldoras, que se presentan en envases de 28, se toman diariamente a la misma hora y de forma ininterrumpida; de forma que, al terminar un envase, se inicia otro sin intercalar ningún periodo de descanso.

Se comienza el tratamiento el primer día de la regla. Si se inicia entre el segundo y quinto día del ciclo se tomarán precauciones anticonceptivas adicionales durante 7 días.

4.1.9. Preparado intramuscular (DMPA)

Disponemos de un preparado que contiene 150 mg de acetato de medroxiprogesterona (Depo-progevera, incluida en la prestación farmacéutica del SNS).

Eficacia muy elevada.

Es elegible médicamente en las siguientes situaciones: migraña con aura, hepatitis aguda, cirugía con inmovilización, trombofilia genética, historia personal de enfermedad tromboembólica, lactancia (a partir de las 6 semanas), epilepsia (contribuye a disminuir las crisis convulsivas), uso de anticonvulsivos inductores enzimáticos o de rifampicina.

El uso concomitante de aminoglutetimida disminuye los niveles en plasma y puede afectar a la eficacia anticonceptiva.

No es un método elegible si la adolescente presenta un tumor hepático, anticuerpos antifosfolípidicos, padece una enfermedad tromboembólica venosa o durante las primeras 6 semanas de lactancia.

La ampolla de DMPA debe agitarse vigorosamente antes de ser utilizada y se administra mediante inyección intramuscular profunda, preferentemente en el glúteo mayor o en el deltoides, en los cinco primeros días que siguen a

una regla. Se repite la dosis cada 12 semanas. La OMS reconoce un “periodo de gracia” de 4 semanas que permite administrar la siguiente dosis hasta 16 semanas después de la anterior sin requerir protección adicional. Si han transcurrido más de 16 semanas, puede administrarse la siguiente dosis, si hay certeza razonable de que la adolescente no está embarazada. Deberá usar precaución anticonceptiva durante los 7 días siguientes y puede utilizarse si se precisa anticoncepción postcoital.

Produce sangrado irregular y frecuente durante los 3 primeros meses en el 80% de las mujeres, lo que deberá ser advertido, y amenorrea al año de uso en el 50% de los casos.

El uso de DMPA puede producir un incremento de peso de 2-3 kg durante el primer año, pero no se asocia a acné, depresión o cefaleas.

4.1.10. Implante anticonceptivo

Disponemos de un implante anticonceptivo subcutáneo que consiste en una varilla flexible, radiopaca, que contiene 68 mg de etonogestrel (Implanon NXT, incluido en la prestación farmacéutica del SNS).

Se ha establecido su seguridad y una eficacia altísima en mujeres entre 18 y 40 años de edad. La OMS considera que puede usarse sin restricciones entre la menarquía y los 18 años.

Presenta la ventaja de poder ser utilizado en adolescentes que no son buenas candidatas para los otros métodos anticonceptivos, tanto por olvidos, despistes y estilo de vida, como por problemas de capacidad intelectual, salud mental o conductas de riesgo. Además, es elegible médicamente si la adolescente presenta migraña con aura, epilepsia tratada con lamotrigina, hepatitis aguda, cirugía con inmovilización, trombofilia genética, padece enfermedad tromboembólica o está lactando (a partir de las 6 semanas).

Su eficacia disminuye con el uso concomitante de fármacos inductores enzimáticos (rifampicina y anticonvulsivos), pero no presenta interacción con lamotrigina.

El implante se inserta en la cara interna del brazo no dominante en los 5 primeros días del ciclo, inmediatamente tras un aborto o tras el parto si no se lacta. Puede insertarse también en cualquier momento del ciclo si existe razonable seguridad de que la adolescente no está embarazada. En este caso se recomendará anticoncepción adicional durante 7 días.

Su eficacia se mantiene durante tres años. A partir de esa fecha debe procederse a su extracción y, si se desea, a la colocación de un nuevo implante a través de la misma incisión. Al cumplirse la caducidad, si no se ha procedido a su recambio, debe utilizarse otro método anticonceptivo.

Debe explicarse a las adolescentes el cambio en el patrón menstrual: 20% de usuarias tendrán amenorrea y 50% sangrado irregular.

No hay evidencia de retraso en el retorno de la fertilidad ni de asociación con cambios en el peso, alteraciones del humor o de la libido.

4.1.11. Dispositivos intrauterinos (DIU)

Son una buena elección para adolescentes con hijos o que mantienen relaciones sexuales estables, no requieren protección frente a ITS y no desean usar métodos hormonales ni de barrera.

A pesar de que el DIU(24) es muy poco usado en la adolescencia, se considera categoría 2 de la OMS; es decir, un método cuyas ventajas generalmente superan los riesgos teóricos o probados. La edad o la paridad no parecen influir en el riesgo de padecer alguna complicación, aunque la inserción puede ser más difícil y dolorosa. Siempre debe obtenerse una historia sexual para identificar a aquellas adolescentes que se encuentran en riesgo de padecer o adquirir una ITS. Si hay tal riesgo, la inserción del DIU debe desaconsejarse.

Es un método adecuado para adolescentes con hijos o que mantienen relaciones sexuales estables, no requieren protección frente a ITS y no desean usar métodos hormonales ni de barrera. Presenta la ventaja de ser un método de larga duración, independiente del coito y sin problemas de cumplimiento.

Disponemos de dos tipos de DIU, los de cobre, de los que existen diferentes modelos, siendo recomendable por su mayor eficacia y duración de uso (10 años) el TCU380A, y el DIU hormonal (Mirena), que libera levonorgestrel.

El DIU de cobre se utiliza también en la anticoncepción de emergencia. Puede insertarse hasta 120 horas después del coito no protegido. La tasa de fallo es muy inferior al 1%.

La tasa de embarazo a los 5 años de uso es inferior al 2% con el TCU380A y al 1% con el DIU hormonal.

El DIU de cobre incrementa el sangrado menstrual, su duración y la dismenorrea; por lo que, no se recomendará en casos de sangrado menstrual excesivo o reglas dolorosas. El DIU hormonado, por el contrario, disminuye el sangrado menstrual, ocasiona amenorrea hasta en el 50% de las usuarias y alivia el dolor menstrual; por lo que, puede ser útil en adolescentes que presentan estos problemas y no desean métodos hormonales o de barrera.

Debe proporcionarse a las adolescentes que solicitan un DIU la siguiente información:

- La colocación puede resultar dolorosa y producir en algunas ocasiones un reflejo vagal.
- Durante las 3 semanas que siguen a la colocación, existe un riesgo de infección por contaminación bacteriana menor del 1%. El riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria posterior es similar al de las no usuarias.
- Existe un riesgo de perforación uterina durante la inserción inferior a 2 casos por cada 1.000 procedimientos.
- El uso del DIU no afecta a la fertilidad posterior, que retorna inmediatamente tras la extracción.
- El riesgo de gestación ectópica es inferior al de las mujeres que no usan contracepción.
- Durante los primeros meses de uso del DIU de cobre, es frecuente el incremento del sangrado menstrual, la aparición de sangrado

prolongado, leucorrea abundante y molestias pélvicas leves. Con el DIU hormonado debe esperarse un sangrado escaso e irregular durante los tres primeros meses de uso. Algunas mujeres experimentan también, como consecuencia de la absorción sistémica del progestágeno: cefaleas, tensión mamaria, acné, náuseas y cambios de humor, que suelen desaparecer transcurridos 3-6 meses.

- Deberán consultar si experimentan síntomas de infección pélvica, dolor y alteraciones menstruales persistentes y retraso menstrual si el DIU es de cobre.
- La colocación se realizará por personal entrenado durante la regla o en cualquier momento del ciclo si hay razonable seguridad de que la adolescente no está embarazada. Puede insertarse inmediatamente tras un aborto.

4.1.12. Anticoncepción hormonal postcoital (Anticoncepción de emergencia)

Existe una dilatada y amplia experiencia con el uso del levonorgestrel que ha demostrado que es un fármaco absolutamente seguro. A la dosis utilizada como tratamiento postcoital no existe ninguna contraindicación médica.

La llamada píldora del día siguiente ocupa un lugar importante en la anticoncepción de los adolescentes, dado que las relaciones sexuales no planeadas y sin protección son muy frecuentes, así como la rotura de preservativos, los olvidos de píldoras o los fallos con el coito interrumpido. Se considera que por cada 1.000 tratamientos se evitan 53 embarazos. Como píldora postcoital se utiliza levonorgestrel 1,5 mg en dosis única (Norlevo y Postinor, dispensados gratuitamente por muchos Servicios de Salud y de venta libre en farmacias) y se recomienda su utilización dentro de las 72 horas siguientes al coito no protegido(25).

Existe una dilatada y amplia experiencia con el uso del levonorgestrel que ha demostrado que es un fármaco absolutamente seguro. A la dosis utilizada, no existe ninguna contraindicación médica y, además, su administración en

un embarazo inadvertido no tiene consecuencias ni tampoco si no se consigue prevenir la gestación.

Indicaciones

- Uso incorrecto de otros métodos, rotura de preservativo, olvido de píldora, etc.
- Coito no protegido.
- Uso de teratógenos potentes.
- Violación.

Eficacia

Se ha considerado que la eficacia del tratamiento disminuye a medida que pasan las horas tras el coito no protegido. Sin embargo, un análisis de 4 ensayos de la OMS encuentra que la administración hasta las 96 horas no parece afectar a la eficacia.

Elegibilidad

No existen contraindicaciones médicas y puede utilizarse en más de una ocasión en el mismo ciclo. Puede ser utilizada también antes de la menarquia.

4.1.13. Consideraciones sobre algunos métodos anticonceptivos y su uso por los adolescentes

No existe un método anticonceptivo ideal para uso en la adolescencia, como tampoco existen razones médicas para negar el uso de algunos basándose solo en razones de edad. El mejor método será aquel que la adolescente y, en el mejor de los casos, ambos miembros de la pareja, escojan, una vez que hubiesen recibido una completa y detallada información, y hayan sido interrogados exhaustivamente sobre cuestiones inherentes a su sexualidad y derecho reproductivo, lo que facilitará, finalmente, que se produzca el acuerdo entre el proveedor de salud y la pareja.⁸

⁸ ERASO LOPEZ ANABELLA, NADER MORA LUCIA y otros, (2012) Anticoncepción (Preguntas que hacen los adolescentes de 14 a 22 años), Editorial Grijalbo Barcelona

Deberán tomarse en consideración también a la hora de la selección del anticonceptivo, los hallazgos del examen físico general y de la esfera reproductiva, así como aspectos no médicos, pues estos no solo van a cumplir una función de prevención del embarazo, sino también la no menos importante de prevenir el contagio de una infección de transmisión sexual (ITS).

- **Abstinencia**

Es el método más eficaz para prevenir el embarazo y las ITS y no tiene efectos orgánicos nocivos para la salud ni psíquicos, siempre y cuando la renuncia o postergación de la relación coital sea algo aceptado por el individuo y no impuesto. Para alcanzar un adecuado nivel de aceptación de este concepto, es básica y fundamental la correcta educación sexual, que debe iniciarse desde la infancia y desde el seno de la familia.

Los que brindan servicio de anticoncepción, también pueden ayudar a los jóvenes a adquirir las aptitudes necesarias para hacer frente a las presiones de los grupos de pares, y cuando conozcan que se ha iniciado la relación coital, deben tratar de disminuir lo más posible el “tiempo de riesgo” (definido como el tiempo transcurrido entre el comienzo de las relaciones coitales y la utilización de un método anticonceptivo seguro). La abstinencia requiere mucha motivación y autocontrol; la comunicación y cooperación de la pareja son esenciales para que esta pueda sustentarse.

- **Métodos naturales**

Dentro de este grupo se incluyen el método del ritmo, el del moco cervical, el de la temperatura basal y el sintotérmico. Aunque para algunas parejas de adolescentes pueden ser la única opción disponible, se considera, en general, que las adolescentes no son las idóneas para usar estos métodos, pues ellas, frecuentemente, carecen de información adecuada sobre el ciclo menstrual o padecen trastornos en este sentido, lo que condiciona una

reducción importante de la eficacia anticonceptiva de los métodos naturales, y, además, estos no ofrecen protección contra las ITS.

- **Métodos de barrera**

Son los ideales para los adolescentes, pues son accesibles, baratos, seguros y solo en muy raras ocasiones producen efectos indeseables (alergia al látex). Otras de sus ventajas son la eficacia inmediata y el control por el propio usuario, así como el hecho de que su uso se inicia y descontinúa con facilidad, además de que algunos protegen contra las ITS. La eficacia anticonceptiva de los métodos de barrera es alta, cuando se usan sistemática y correctamente, y son los ideales para las relaciones sexuales casuales y esporádicas propias de los adolescentes.

Los métodos de barrera incluyen el condón masculino y los métodos femeninos (condón femenino, capuchón cervical, diafragma y espermicidas). Estos pueden usarse solos o combinados entre ellos, o con otros métodos anticonceptivos que no sean de barrera, como por ejemplo, las píldoras. El diafragma, que puede ser un dispositivo eficaz cuando hay motivación, está “gozando” a nivel mundial, de popularidad creciente, en especial, en adolescentes mayores con educación avanzada. Cuando se combina con cremas o geles espermicidas (que contengan, por ejemplo, nonoxinol-9) su eficacia anticonceptiva aumenta. El diafragma ofrece también cierta protección contra algunas ITS, aunque no contra el VIH.

El condón femenino es otra de las opciones disponibles de este grupo, si bien su uso es muy reducido todavía. Puede ser controlado por la propia paciente y ofrece protección contra las ITS.

- **Anticonceptivos orales**

Ocupan la segunda posición entre los métodos recomendados para ser utilizados por los adolescentes, y algunos autores consideran que si se

guardan las precauciones adecuadas, puede ser el método anticonceptivo más idóneo para usar en esta etapa. Son muy seguros para las jóvenes y presentan varias ventajas: no interfieren con el acto sexual y pueden usarse sin la intervención de la pareja, son muy eficaces para prevenir el embarazo, cuando se usan sistemática y correctamente (tasa de embarazo inferior a 1 %), producen escasos efectos secundarios y ofrecen beneficios no relacionados con la anticoncepción, como, la regulación de los ciclos menstruales, reducción del acné, disminución de la frecuencia de dismenorrea y quistes ováricos, así como protección contra el embarazo ectópico, la enfermedad fibroquística benigna de la mama, el cáncer de ovario y el endometrial, y la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI). El bloqueo precoz del eje hipotálamo-hipofisario no tiene repercusiones negativas comprobadas en el organismo ni parece afectar el pico de masa ósea. Los anticonceptivos orales tampoco son responsables del aumento mantenido de peso, y el incremento del cáncer de mama detectado en mujeres que usaron preparados diferentes y de altas dosis de estrógeno en su adolescencia, no se ha demostrado con las formulaciones actuales.

Existen 2 tipos de píldoras anticonceptivas orales: los anticonceptivos orales combinados (AOC), que tienen estrógeno y progestina, y las píldoras de solo progestina (PSP).

- **Inyectables e implantes**

No se recomendaba su uso sistemático durante la adolescencia porque pueden producir sangrado irregular, aunque ya algunos expertos los están proponiendo como de uso seguro en esta etapa. En un trabajo muy reciente de Arribas y otros que vio la luz en el año 2004, titulado “Indicación de un método anticonceptivo a una adolescente: implante subcutáneo de gestágeno”, los autores se erigen en defensores de este método para su uso en la adolescencia, y refieren que los países en los que se prescribe un “método doble” de contracepción, como píldora más condón, DIU más condón, o implante más condón, son los que están consiguiendo reducir las

tasas de embarazo en la adolescencia y la incidencia de ITS, e invitan a los médicos a cambiar de parecer, en relación con el uso de implantes durante la adolescencia. Además, argumentan, que con este método la adolescente puede despreocuparse, en esencia y por un buen tiempo, del tratamiento, y que como, generalmente, los problemas mayores de salud son escasos (no usar cuando existe hipercolesterolemia familiar, obesidad mórbida o tabaquismo severo), su uso no entraña riesgos mayores.

Los inyectables y los implantes son muy eficaces, pues las tasas de embarazos son inferiores al 1 % después de 1 año de uso. Otras ventajas son que su uso no depende del acto sexual y no necesitan de administración diaria o consultada necesariamente con la pareja. Además, también producen beneficios a largo plazo que no se relacionan con la anticoncepción; por ejemplo, disminuyen el riesgo de sufrir una EPI, un embarazo ectópico y un cáncer endometrial.

- **DIU**

La OMS solo recomienda su uso en la adolescencia cuando no se dispone de otros métodos o si estos no son aceptados, ya que el riesgo de expulsión en mujeres menores de 20 años es más elevado, sobre todo, en aquellas que no han tenido hijos. Además, se reporta también, con frecuencia, en las usuarias de DIU durante la adolescencia, un aumento de la cantidad de sangrado y duración de las menstruaciones, incremento de los cólicos menstruales y de la aparición de flujo vaginal patológico, así como aumento del riesgo de padecer infecciones genitales bajas y EPI (no ofrecen protección contra las ITS).

- **Esterilización**

No es un método de anticoncepción aprobado para las adolescentes y adultas jóvenes, pues es permanente e irreversible, y a estas edades comienza la vida reproductiva de la mujer. Excepcionalmente, puede recomendarse en estas etapas de la vida, ante la presencia de discapacidad

mental o física o enfermedades invalidantes de transmisión genética, contando siempre con la previa autorización del interesado y/o de sus progenitores o tutores.

- **Anticoncepción de emergencia**

Se refiere al uso de anticonceptivos para prevenir el embarazo después de un acto sexual sin protección y sus efectos secundarios son muy escasos.^{37,38} A pesar de que en muchos adolescentes las relaciones sexuales ocurren de forma imprevista y son esporádicas, pocos tienen conocimiento sobre la opción de la anticoncepción de emergencia.^{1,39} Esta es una opción válida ante el olvido o accidente en el uso de un método de barrera, olvido en la toma de la píldora, uso incorrecto de un método, en el caso de relaciones sexuales imprevistas sin protección y en las víctimas de violación.³⁹⁻⁴¹ Dado que, como se comentó, las adolescentes sexualmente activas generalmente tienen relaciones sexuales sin protección, especialmente durante los primeros 6 meses de iniciada la actividad sexual, el acceso fácil a la anticoncepción de emergencia puede ser importante para esta población. Además, esta puede ayudar a prevenir un embarazo no planificado y también puede servir como una forma de introducción de la anticoncepción corriente en la joven.

Por suerte, en la actualidad, esta alternativa está alcanzando gran difusión entre las adolescentes dado lo sencillo de su uso, su alta eficacia para prevenir el embarazo (98-99 % de los casos) y su fácil accesibilidad. El circuito para su obtención debe presentar las máximas facilidades, y la ocasión de prestación de este servicio debe aprovecharse para brindar el consejo, en relación con el uso de algún anticonceptivo de forma regular.

- **Métodos de protección doble: contra embarazo e ITS**

El término “doble seguridad” es una adaptación informal del término double dutch, acuñado en Holanda, y que realmente quiere decir doble holandés. Conceptualmente hace referencia al doble uso de métodos anticonceptivos (preservativo para el varón y píldora anticonceptiva para la mujer) como doble protección frente a la transmisión de una ITS, por un lado, y de un embarazo no deseado, por otro.²² Esta es una estrategia con un doble enfoque preventivo válida a estas edades, dado el hecho del alto riesgo de contraer una ITS que corren los adolescentes y jóvenes. Pueden combinarse, por ejemplo, la píldora o los inyectables con el condón. Otras combinaciones también son válidas.

- **Anticoncepción posparto.**

Todas las adolescentes y jóvenes, ya sea que estén amamantando o no, pueden emplear condones o espermicidas inmediatamente después del parto. Debido a los riesgos de expulsión, los DIU deben ser insertados antes de que transcurran 10 min después del alumbramiento, o dentro de un período de 48 h, después de este, por un profesional capacitado. De lo contrario, la inserción se debe posponer por 6 semanas, hasta que el útero haya recuperado su forma natural. El uso del diafragma o del capuchón cervical se debe posponer hasta transcurridas 6 semanas después del parto. Las adolescentes que amamantan pueden comenzar a usar el método de la lactancia-amenorrea (MELA) inmediatamente después del parto, cuya tasa de fallo es menor que 2 % si la lactancia es exclusiva las 24 h. Estas adolescentes deben esperar 6 semanas para comenzar a usar métodos solo de progestina de cualquier tipo (PSP, inyectables o implantes, que no producen disminución en el volumen ni en la calidad de la leche materna) o métodos naturales, y 6 meses para poder usar AOC. Las que no amamantan pueden comenzar a usar métodos solo de progestina inmediatamente, pero deben esperar 3 semanas para poder comenzar a utilizar AOC o métodos naturales.

- **Anticoncepción posaborto**

Después de un aborto, es imperativo que la adolescente comience a usar la anticoncepción cuanto antes. Si este fue hecho en el primer trimestre, puede comenzar a usar cualquier método anticonceptivo inmediatamente después del proceder, considerando el día de la evacuación uterina como si fuera el primer día de la menstruación. Si, por el contrario, este fue practicado en el segundo trimestre, puede usar la mayoría de los métodos inmediatamente, pero debe esperar 6 semanas para comenzar a utilizar el diafragma o el capuchón cervical, y entre 4 y 6 semanas para poderse insertar un DIU, a menos que este sea insertado de inmediato después del aborto y no haya infección.

4.1.14. Prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS)

Pocos adolescentes consideran que es necesario prevenir las enfermedades de transmisión sexual. El uso tan extendido del preservativo no se debe tanto al miedo al VIH/Sida y a otras ITS, sino al embarazo.

Las relaciones sexuales coitales sin protección exponen al riesgo de contraer ITS, entre las que se incluyen la infección por papilomavirus, algunos de cuyos serotipos son los agentes etiológicos del cáncer de cérvix, y la infección por VIH. Las adolescentes son más vulnerables que las chicas de más edad y las mujeres que los hombres al exponer una mayor superficie mucosa en las relaciones coitales.

Los jóvenes siguen considerando que el VIH/Sida no es su problema, quizás porque siguen relacionándolo con la drogadicción, la homosexualidad y la prostitución, sin que todavía haya calado en ellos la idea de que la principal vía de transmisión ha pasado a ser la relación heterosexual y el que a priori no hay ningún compañero sexual seguro a menos que nunca haya tenido relaciones sexuales y no mantenga ninguna conducta de riesgo. Contribuye a su no percepción de este riesgo, el que suelen elegir a sus

parejas entre su grupo de amigos y conocidos, lo que les infunde una falsa seguridad. Por ello, aunque muchos adolescentes piensan en protegerse del embarazo, aún hoy, muy pocos consideran la necesidad de prevenir también las enfermedades de transmisión sexual. Así, el uso tan extendido del preservativo en España no se debe tanto al miedo al VIH/Sida y a otras ITS, sino al embarazo.

4.15. LA ADOLESCENCIA

4.15.1. Concepto de Adolescencia

Según *Castillo, (2011)*, “La adolescencia es 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 muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones .No es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales ,sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social. (Organización Panamericana de la Salud, Salud del Adolescente. OPS/OMS, Washington.2010, Pp. 47-49)

La **Pubertad** es el periodo durante el cual van madurando los órganos sexuales implicados en la reproducción tanto del hombre, como de la mujer. La edad promedio en la que ocurre la pubertad es en la mujer entre los 11 y 14 años de edad, y en los hombres entre los 13 y los 16 años de edad.

Este periodo se manifiesta, en las mujeres por el comienzo de la menstruación (menarquia), aparece vello en los genitales y en las axilas, los senos empiezan a crecer, la cadera se ensancha un poco, y la voz se afina.

En los hombres por la producción del semen, la voz cambia y se hace más gruesa, hay crecimiento de vello en diferentes partes del cuerpo como son los genitales, axilas, cara (barba), pecho, piernas.

4.15.2. Subetapas de la adolescencia

La adolescencia por ser un proceso de cambios se le ha dividido en tres subetapas.

1.- Adolescencia temprana. Comprende de los 10 a los 12 años de edad. Generalmente es la etapa en que ocurre la pubertad

2.- Adolescencia media.- Comprende desde los 13 hasta los 15 años de edad, etapa en la que ya se ha completado en la mayoría su crecimiento y desarrollo.

3.- Adolescencia tardía o fase de resolución de la adolescencia, comprende de los 16 a los 19 años de edad.

En cada subetapa hay metas por lograr y algunas tareas de socialización; según Robert Havinghurst las tareas evolutivas o de desarrollo psicosocial, del adolescente son:

- Aceptación de la propia figura y del papel correspondiente según el sexo, nuevas relaciones con el sexo contrario.
- Obtención de la seguridad mediante la independencia económica.
- Elección y preparación para una ocupación.
- Deseo y logro de una conducta socialmente responsable.
- Preparación para el matrimonio y la vida familiar.

4.15.3. Características más usuales en esta edad

Independientemente de las influencias sociales, culturales y étnicas la adolescencia se caracteriza por los siguientes eventos.

- Crecimiento corporal dado por aumento de peso, estatura y cambio de las formas y dimensiones corporales. Al momento de mayor velocidad de crecimiento se denomina estirón puberal.
- Aumento de la masa y de la fuerza muscular, más marcada en el varón.
- Aumento de la capacidad de transportación de oxígeno, incremento de los mecanismos amortiguadores de la sangre, maduración de los pulmones y el corazón, dando por resultado un mayor rendimiento y recuperación más rápida frente al ejercicio físico.
- Al incrementarse la velocidad del crecimiento se cambian las formas y dimensiones corporales, esto no ocurre de manera armónica, por lo que es común que se presenten trastornos como son: torpeza motora,

incoordinación, fatiga, trastornos del sueño, esto puede ocasionar trastornos emocionales y conductuales de manera transitoria.

- Desarrollo sexual caracterizado por la maduración de los órganos sexuales, aparición de caracteres sexuales secundarios y se inicia la capacidad reproductiva.
- Aspectos psicológicos dados fundamentalmente por:
 - Búsqueda de sí mismos, de su identidad.
 - Necesidad de independencia.
 - Tendencia grupal.
 - Evolución del pensamiento concreto al abstracto.
 - Manifestaciones y conductas sexuales con desarrollo de la identidad sexual
 - Contradicciones en las manifestaciones de su conducta y fluctuaciones del estado anímico
 - Relación conflictiva con los padres
 - Actitud social reivindicativa, se hacen más analíticos, formulan hipótesis, corrigen falsos preceptos, consideran alternativas y llegan a conclusiones propias.

4.15.4. Cambios en la Adolescencia

Es muy importante que los padres de los adolescentes tengan toda la información posible sobre esta etapa y que se preparen para ella. Es bueno que antes de que llegue sepan ya en qué consistirá y lo que va a ocurrirle a su hijo o hija adolescente. Está claro que no todas las adolescencias son iguales pero hay algunos cambios físicos y psicológicos que provocan reacciones muy similares en la mayoría de los Adolescentes.

4.15.4.1. Cambios Físicos

Los principales cambios físicos de la adolescencia son, por una parte, cambios en el aparato reproductor, en las mamas de las niñas y en los genitales de los

niños; la aparición de vello corporal y un período de crecimiento rápido que dura entre 3 y 4 años.

4.15.4.2. Cambios Sexuales

La primera etapa de la adolescencia se conoce también como pubertad. Es en este periodo cuando se produce la diferenciación entre el organismo femenino y el masculino. Además la pubertad se inicia en las niñas con la menstruación y, por lo tanto, con el comienzo de la posibilidad de reproducción sexual.

4.15.4.3. Cambios Psicológicos

Se producen muchos cambios hormonales en el organismo. Esos cambios hormonales son los que provocan la transformación física en el cuerpo de los adolescentes pero también sus alteraciones emocionales, los adolescentes pasan de la alegría a la melancolía con asombrosa rapidez. En un minuto se comportan como los niños que eran hace nada y al segundo siguiente adoptan posturas mucho más cercanas a la madurez. Esa es una de las características más habituales de la adolescencia. Y en general no tiene ninguna importancia aunque es bueno vigilar si los periodos de tristeza fueran muy prologados o la melancolía excesiva que podrían indicarnos la existencia de problemas psicológicos.

4.15.4.4. Cambios Sociales

Otro de los cambios fundamentales de la adolescencia es la importancia que adquieren los amigos. Necesitan formar parte de un grupo de iguales para ir construyendo su propia identidad. Comenzarán a pasar mucho más tiempo con ellos y menos con su familia, pero esa es también una forma de irse preparando para el futuro. Como en el resto de las transformaciones que tienen lugar en la adolescencia, los padres deben estar atentos a esta y saber muy bien quiénes son los amigos de sus hijos.

4.15.4.5. Cambio Cultural

Por otra parte, es a través de la cultura que se podrá determinar cuan largo será el período de adaptación a estos cambios de la adolescencia; ésta determinará el cambio brusco o de transición entre una etapa de desarrollo y otra, para que se le considere en sí una etapa aparte, (Mussen, 2011). Por lo tanto los cambios en relación con el hogar y con la sociedad, que definan punto social de término de la juventud, serán determinados culturalmente.

4.16. La sexualidad en la adolescencia.

La sexualidad existe en el adolescente, que evidentemente se transforman durante la adolescencia. Los cambios físicos que ocurren en la pubertad son los responsables de la aparición del instinto sexual.

A esta edad sus actividades sexuales son predominantemente auto eróticas, aunque algunos ya comienzan a realizar el acto sexual coital.

4.17. RIESGO REPRODUCTIVO EN LOS ADOLESCENTES

Según Molina R. (2011) Riesgo reproductivo Es la probabilidad (grado de peligro) de enfermedad o muerte que tienen tanto la mujer en edad fértil como su futuro hijo en caso de quedarse embarazada en condiciones no ideales. Gestación que ocurre en la etapa etaria denominada adolescencia que comprende a las mujeres hasta los 19 años de edad (OMS). Independientemente de la edad ginecológico de riesgo variable, según sus condiciones física, médicas y sociales.

Grafico N° 2
Riesgo reproductivo



4.17.1. Estadística en Ecuador en relación al riesgo reproductivo en adolescentes.

El embarazo en la adolescencia es una de las condiciones de riesgo reproductivo y constituye una barrera para que las mujeres puedan desarrollar capacidades que les permitan acceder a los recursos necesarios para su bienestar.

Más del 17% de las jóvenes ecuatorianas de entre 15 y 19 años son madres, la segunda mayor tasa de América Latina.

En el 2010, el último año del que hay cifras oficiales, el 20% de los partos en el país fue de adolescentes de esa franja de edad, quienes dieron a luz a más de 60.600 niños.

A nivel general, 37 de cada 100 embarazos en Ecuador son no deseados.

La tasa de fecundidad en Ecuador es de 2,4 hijos por mujer, pero es más alta entre los indígenas, las personas con poca educación y los pobres, según los datos oficiales.

El Gobierno se ha planteado como meta reducir para el 2013 en un 25% el número de embarazos entre adolescentes y en la misma medida los embarazos no deseados.

Para ello invertirá 29 millones de dólares este año y 28 millones en el 2013 en una campaña que aspira a crear conciencia en la sociedad sobre el problema, bajo el eslogan "Habla Serio. Sexualidad sin misterios".

4.17.2. Factores de riesgo reproductivo

Los factores de riesgo reproductivo han sido agrupados de acuerdo a su influencia así tenemos:

- 1.- Antecedentes generales (se incluyen los biológicos)

- 2.- Antecedentes patológicos obstétricos
- 3.- Antecedentes patológicos personales.

EDAD MATERNA:

La edad de la futura madre es un factor que influye mucho en su salud al momento del embarazo, especialmente en los casos de edades tempranas (<20 años) debido esto a que el cuerpo de la adolescente no está completamente preparado para llevar un embarazo con toda normalidad. Un embarazo a edades mayores a 35 años también es de alto riesgo tanto para la madre como para su bebé.

ESTATURA:

Por debajo de 140cm. Hay una mayor incidencia de retraso de crecimiento intrauterino y mayor probabilidad de cesárea por desproporción cefalopélvica.

Grafico N° 3
Estatura



MULTIGRAVIDEZ:

El excesivo número de embarazos es un factor de riesgo para la salud materna y del bebé debido a la frecuencia de contracciones que sufre el útero durante cada parto. Lo que puede conducir a rupturas uterinas, y las

hemorragias ante y postparto. Además el riesgo de padecer cuadros hipertensivos durante el embarazo, lo mismo ocurre cuando el embarazo es de 2 o más fetos.

Grafico N° 4
Multigravidez



INTERVALO ÍTER GENESICO:

Se refiere al espacio de tiempo entre el último parto y el siguiente embarazo. Cuando los embarazos se dan muy seguidos existen mayores posibilidades, de niños con bajo peso al nacer y un incremento en la mortalidad post-neonatal, debido a que se suprime tempranamente la lactancia del anterior bebé.

Grafico N° 5
Íter genésico



PESO CORPORAL:

Tanto la obesidad como la desnutrición materna, son factores que incrementan la posibilidad de enfermedad y muerte tanto materna como de su hijo

Las adolescentes de bajo peso, tienen una tendencia mayor a sufrir anemia, ruptura prematura de membranas, endometritis, prematuridad y recién nacidos con un puntaje de apgar bajo.

En cuanto a los antecedentes patológicos obstétricos están todos los problemas o enfermedades que sufrió la madre y su hijo durante su embarazo; entre éstas están los cuadros hipertensivos durante el embarazo, las hemorragias, la anemia, la ruptura prematura de membranas, endometritis, prematuridad, sufrimiento fetal, recién nacidos con bajo peso, etc.

Existen factores de riesgo "sociales" como son: la pobreza, el consumo de tabaco y alcohol, y los problemas familiares (maltrato intrafamiliar).

4.17.3. Niveles de Riesgo reproductivo

Se presentan cuatro niveles de riesgo reproductivo.

a) Riesgo bajo (0)

Están dentro de éste nivel de riesgo las mujeres embarazadas en las que no se identificó ninguno de los factores de riesgo que se presentan en los siguientes niveles.

b) Riesgo medio (1)

Dentro de éste nivel de riesgo se encuentran las mujeres que presentan los siguientes factores de riesgo:

- Anomalía pélvica. Dificulta la posibilidad de parto vaginal.
- Baja estatura.
- Condición socioeconómica baja
- Control prenatal insuficiente.
- Edad inferior a 16 años.
- Edad superior de 35 años.
- Esterilidad previa.
- Madre fumadora.

- Embarazo múltiple
- Incremento o disminución excesiva de peso. Infección urinaria.
- Periodo ínter genésico menor de 12 meses.
 - VDRL positivo o sífilis.

c) Riesgo alto (II)

Cuando se presentan los siguientes factores de riesgo.

- Amenaza de parto prematuro.
- Anemia.
- Drogadicción/alcoholismo.
- Hemorragia del 2o y 3er trimestre.
- Demasiado o poco líquido amniótico
- Malformación fetal.
- Malformación uterina o cirugía uterina previa.
- Mortalidad perinatal recurrente. Cuando presentan antecedentes de dos o más fetos o neonatos muertos.
- Retraso del crecimiento intrauterino.
- Preeclampsia leve.(presión alta durante el embarazo)

d) Riesgo muy alto (III)

- Cardiopatías tipo III y IV.
- Diabetes.
- Estados hipertensivos del embarazo.
- Mujeres Rh negativas Patología asociada grave.

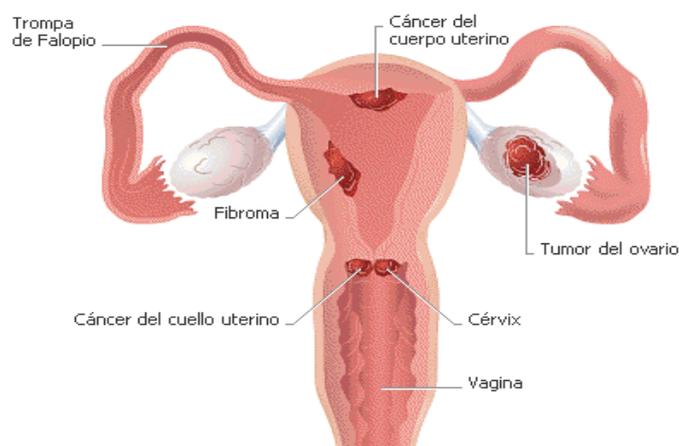
4.17.4. Riesgo reproductivo en la adolescencia

Las mujeres que inician su vida sexual en edades muy tempranas, se encuentran ubicadas entre la población de riesgo para desarrollar:

- Cáncer de cuello uterino.
- Enfermedades de transmisión sexual.

Grafico N° 6

Riesgo reproductivo en la adolescencia



Infecciones vaginales que cuando ascienden hacia la cavidad uterina y luego a las trompas de Falopio pueden provocar problemas de fertilidad si no son tratadas a tiempo.

En caso de embarazo tienen una mayor probabilidad de presentar problemas durante, perder el bebé (aborto), o tener hijos con malformaciones congénitas. Además tienen mayores probabilidades de tener un parto prematuro. Los bebés de madres adolescentes pueden nacer con un peso bajo.

4.17.5. Enfermedades de transmisión sexual ETS

Existen un gran número de enfermedades que se transmiten por contacto sexual, entre las más frecuentes están: ⁹

- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
- Gonorrea
- Condiloma
- Herpes Genital

⁹ Elmassian, Cintia ; Toledo, Claudia ; Vázquez, Hebe, (2009), *¿Preparados, listos, ya? : ¡Cuidado! ITS en la ruta* Buenos Aires: Funcei, 1ª ed.

4.17.5.1. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida)

El sida es un conjunto de manifestaciones clínicas que aparecen como consecuencia de la depresión del sistema inmunológico debido a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Una persona infectada con el VIH va perdiendo, de forma progresiva, la inmunidad a diferentes patologías. En caso de SIDA, se pueden desarrollar varias al mismo tiempo.

4.17.5.2. Gonorrea

Es causada por una bacteria llamada neisseria gonorrhoeae, en la mujer produce una inflamación de la mucosa vaginal y en el hombre produce infección del canal uretral.

Si la enfermedad no se trata, en el hombre la infección se extiende a los testículos produciendo esterilidad. En la mujer, la infección suele extenderse desde el cuello uterino hacia el útero y las trompas de Falopio, causando una enfermedad inflamatoria pélvica, inclusive esterilidad.

4.17.5.3. Condiloma

Es una enfermedad ocasionada por una infección por el papiloma virus (HPV) presenta aspecto de coliflor de unos mm hasta 8 cm de diámetro.

Que aparecen típicamente en el meato uretral, los labios mayores y menores de la vulva, el periné, el ano, la vagina, y el cuello del útero.

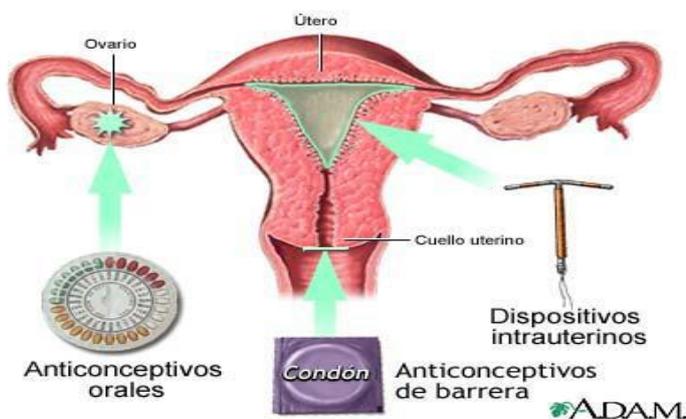
4.17.5.4. Herpes

Denominación genérica de varios tipos de erupción cutánea causadas por los virus patógenos humanos más importantes. Sus principales representantes son: el herpesvirus simple tipo 1, el tipo 2 y el de la varicela-zóster.

4.18. FACTORES DE RIESGO POR LA UTILIZACIÓN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Grafico N° 8

Factores de riesgo



El uso de los métodos anticonceptivos tiene muchos beneficios dentro del ámbito social, sin embargo el uso de éstos puede traer consigo muchas consecuencias en su futuro reproductivo.

A continuación se describen algunos efectos secundarios y los posibles riesgos a los que se someten los adolescentes al iniciar el uso de los métodos anticonceptivos.

- El uso de anticonceptivos hormonales, sean orales o inyectables, especialmente los de estrógenos y progesterona a la larga pueden ocasionar la infertilidad en la mujer, por eso su uso no debería ser recomendado en adolescentes que deseen tener hijos en un futuro.
- Además son altamente cancerígenos, y pueden ocasionar quistes ováricos, aumentar el índice de un embarazo ectópico, y aumentan el riesgo de osteoporosis en la mujer.
- Los hijos de mujeres que planificaban con píldoras anticonceptivas en el año antes de quedarse embarazada tienen un 67% más de riesgo de padecer algún tipo de alergia.
- El uso del DIU trae consigo efectos secundarios y consecuencias como los calambres por varios días, periodos menstruales más prolongados y

con sangrado más abundante por lo que la mujer puede desencadenar anemia si no es controlada a tiempo.

- Las mujeres que utilizan el DIU tienen un riesgo mayor de Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI), infección del útero, las trompas de Falopio o los ovarios, que puede conducir a la infertilidad (dificultad para quedar embarazada) o a la esterilidad (el no poder quedar embarazada).
- Si una mujer queda embarazada con el DIU puesto corre el riesgo de un aborto espontáneo en un 50% de probabilidades. Si se le quita el DIU el riesgo baja a un 30%.
- Existe la posibilidad de tener otra complicación al momento de la colocación del DIU o después, como la perforación del cérvix o el útero.

5. MATERIALES Y MÉTODOS

En cuanto a la metodología, por tratarse de investigación de carácter integral fue posible describir, analizar e interpretar los procesos sobre sexualidad y riesgos reproductivos, la situación actual de las variables investigadas en la población de estudiantes de la Unidad Intercultural Bilingüe “Mushuk Rimak.”

El presente estudio ha sido redactado considerando las normas APA.

El *tipo de estudio* que se desarrolló, fue de carácter Descriptivo y Correlacional, porque especifica las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis y correlación;(Hernández, 2010, pg.71), es correlacional porque “mide el grado de relación que existe entre dos o más variables, (Hernández, 2010, pg.71) en este caso con el fin de conocer, detallar el nivel de comportamientos y conocimientos sobre métodos anticonceptivos, así como los riesgos reproductivos, que poseen los estudiantes de la Unidad Intercultural Bilingüe “Mushuk Rimak.”(Hernández, 2010, pg.73)

En cuanto a la población investigada: en el colegio Unidad Intercultural Bilingüe “Mushuk Rimak.”, se educan 324 estudiantes constituyéndose en el universo, de los cuales participaron 100 constituyendo la muestra; que corresponden al 1ro, 2do y 3ro de bachillerato; cabe recalcar que de esta población se trabajó con 92 estudiantes dado que 3 estudiantes exceden la edad de los 18 años y 5 estudiantes se habían retirado de la institución en el transcurso del año lectivo.

Los criterios de Inclusión para delimitar la muestra, fueron los siguientes: Estudiantes matriculados y con asistencia regular al Colegio y que mostraron disposición en el proyecto de investigación; en tanto que los Criterios de Exclusión, Estudiantes mayores de 18 años matriculados/as en la Unidad Intercultural Bilingüe “Mushuk Rimak.” de la parroquia San Lucas cantón Loja.

Estudiantes de primer, segundo y tercer año de bachillerato que no querían participar en el proyecto.

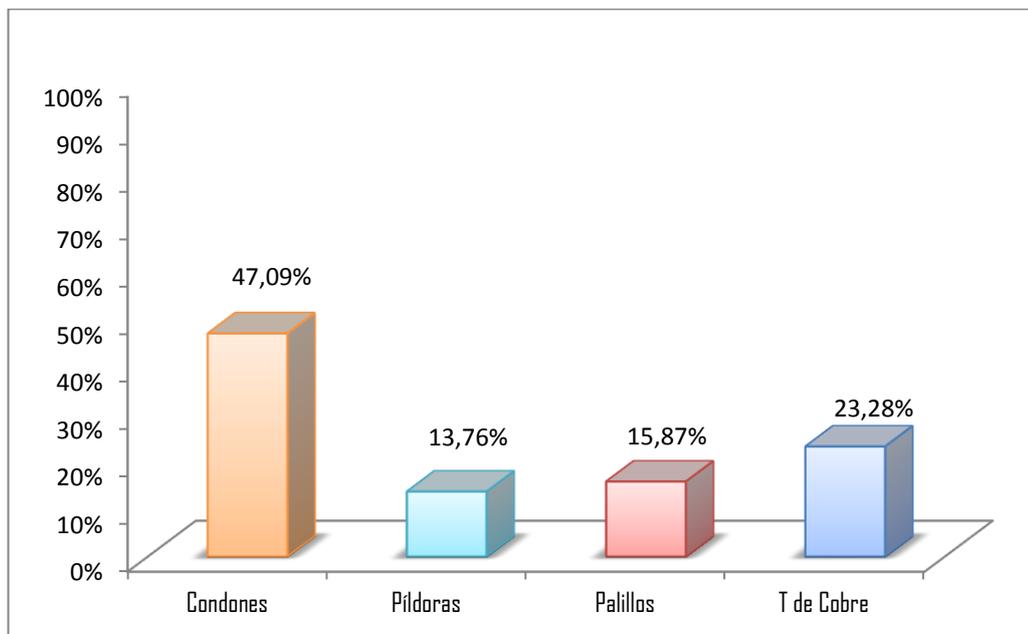
Las variables definidas y operacionalizadas fueron:

Conocimientos que tienen los y las estudiantes sobre anticoncepción del primer, segundo y tercero de bachillerato de la unidad intercultural bilingüe MUSHUK RIMAK. Y riesgo reproductivo en los/las adolescentes de la unidad intercultural bilingüe MUSHUK RIMAK.

6. RESULTADOS

Gráfico No. 1

Conocimientos sobre Métodos anticonceptivos en los adolescentes de la Unidad Intercultural Bilingüe “MUSHUK RIMAK” San Lucas 2014

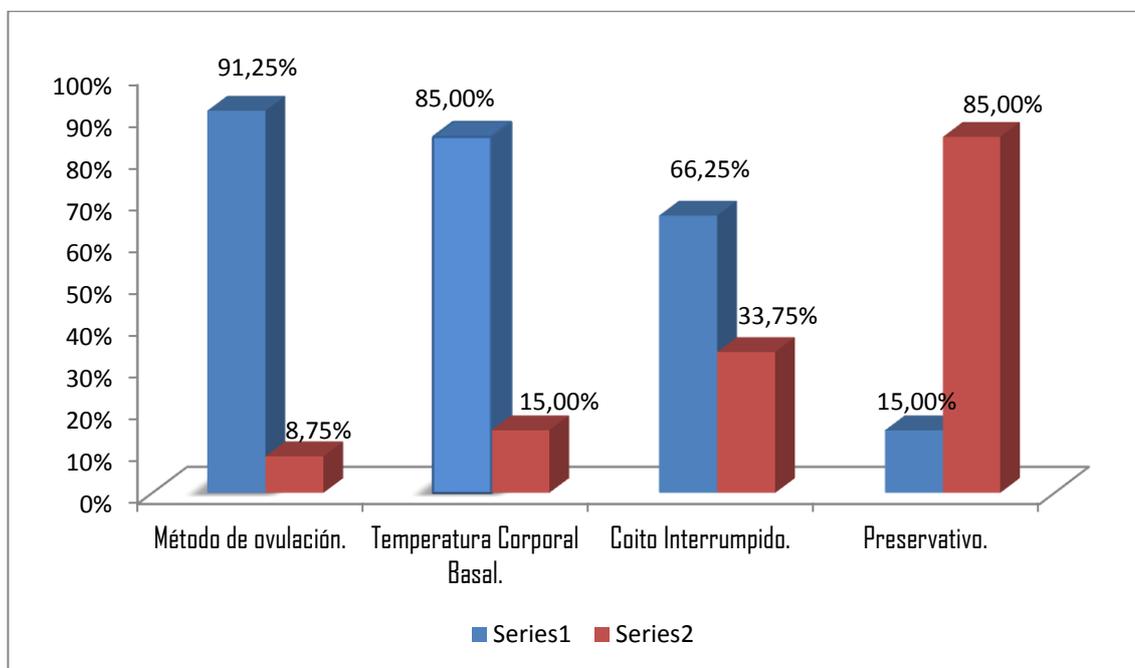


Fuente: Encuesta aplicada a estudiantes indígenas del colegio bilingüe Mushuk Rimak
Elaboración: Narcisa Chalán, 2014

En la encuesta realizada, del total de 92 estudiantes indígenas encuestados; 47.09% respondieron que el método anticonceptivo que más conocen es el condón, el 23.28% expresan que conocen la T de Cobre, el 15.87% conocen los palillos y el 13.76% tienen conocimientos de las píldoras.

Gráfico No. 2

Conocimientos de Métodos anticonceptivos naturales y artificiales en los adolescentes de la Unidad Intercultural Bilingüe “MUSHUK RIMAK” San Lucas 2014

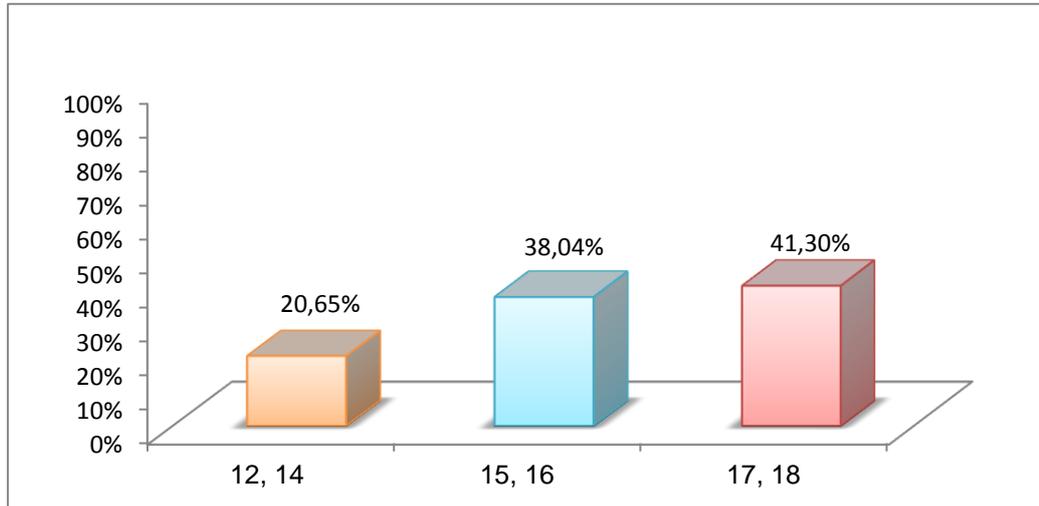


Fuente: Encuesta aplicada a estudiantes indígenas del colegio bilingüe Mushuk Rimak
Elaboración: Narcisa Chalán, 2014

De acuerdo a los resultados obtenidos en las encuestas aplicadas, se pudo concluir que la mayoría de los 92 estudiantes encuestados indígenas, a los que se aplicó saben diferenciar correctamente los métodos anticonceptivos naturales de los métodos artificiales; en el único método que hubo confusión fue en el coito interrumpido, dado que el 33,75% indicaron erróneamente que se trata de un método artificial. Esta confusión es común, debido a que si bien conocen el método a veces su nombre científico los confunde, por lo que es importante realizar el programa de capacitación para incrementar el nivel de conocimientos de los estudiantes.

Gráfico No. 3

Edad que utilizaron métodos anticonceptivos los adolescentes de la Unidad Intercultural Bilingüe “MUSHUK RIMAK” San Lucas 2014

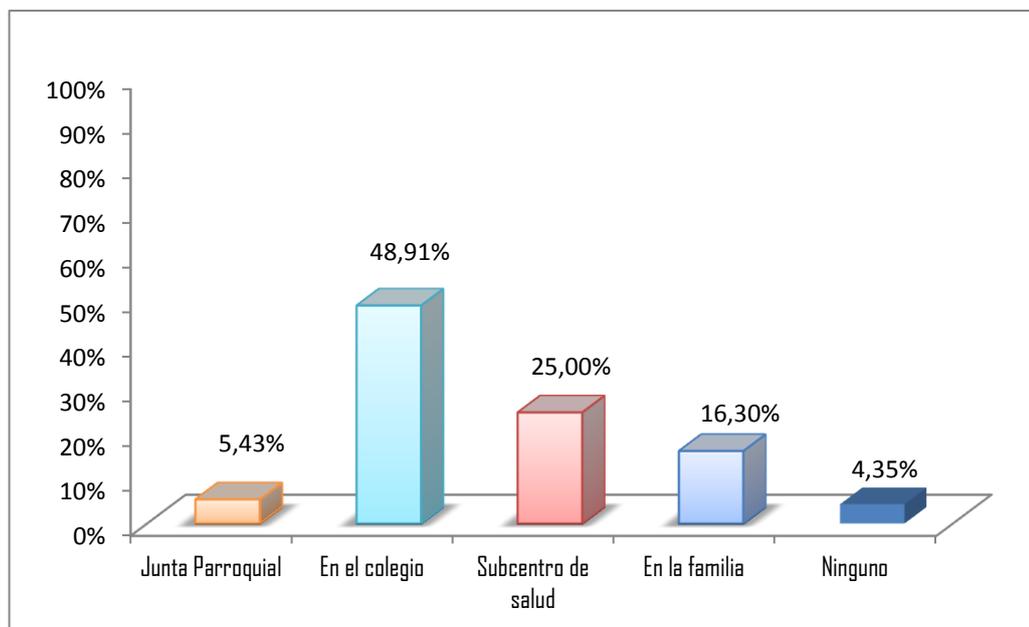


Fuente: Encuesta aplicado a estudiantes indígenas del colegio bilingüe Mushuk Rimak
Elaboración: Narcisa Chalán, 2014

Respecto a la edad, en la encuesta aplicada se pudo establecer qué; 38 estudiantes indígenas encuestados que representa el 41.30% señalan que utilizaron métodos anticonceptivos en edades comprendidas entre los 17 a 18 años; 35 estudiantes que significan 38.04% manifiestan que utilizaron métodos anticonceptivos en una edad de 15 a 16 años; finalmente 19 encuestados que alcanzan el 20.65% indican haber utilizado métodos conceptivos entre los 12 a 14 años de edad.

Gráfico No. 4

Lugar que han recibido información sobre el uso de los métodos anticonceptivos en los adolescentes de la Unidad Intercultural Bilingüe “MUSHUK RIMAK” San Lucas 2014

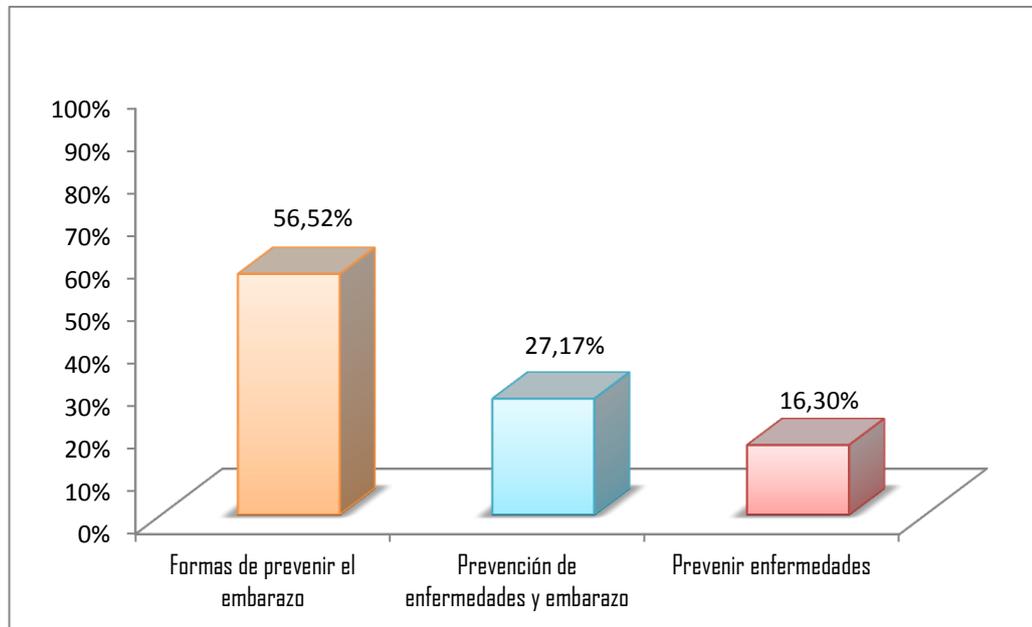


Fuente: Encuesta aplicada a estudiantes indígenas del colegio bilingüe Mushuk Rimak
Elaboración: Narcisa Chalán, 2014

En relación al lugar donde han recibido información sobre el uso de anticonceptivos, de los 92 estudiantes indígenas encuestados, el 48.91% señalan que la información sobre los anticonceptivos la han recibido en el colegio, mientras que el 25.00% expresan que han recibido la información en el Subcentro de Salud, y el 16.30% han tenido información en su entorno familiar, el 5.43% representado por 5 estudiantes han recibido información en la Junta Parroquial y 4 encuestados que representan el 4.35% respondieron que en ninguno de estos lugares planteados han recibido información sobre este tema.

Gráfico No. 5

Conocimientos de Anticoncepción en los adolescentes de la Unidad Intercultural Bilingüe “MUSHUK RIMAK” San Lucas 2014

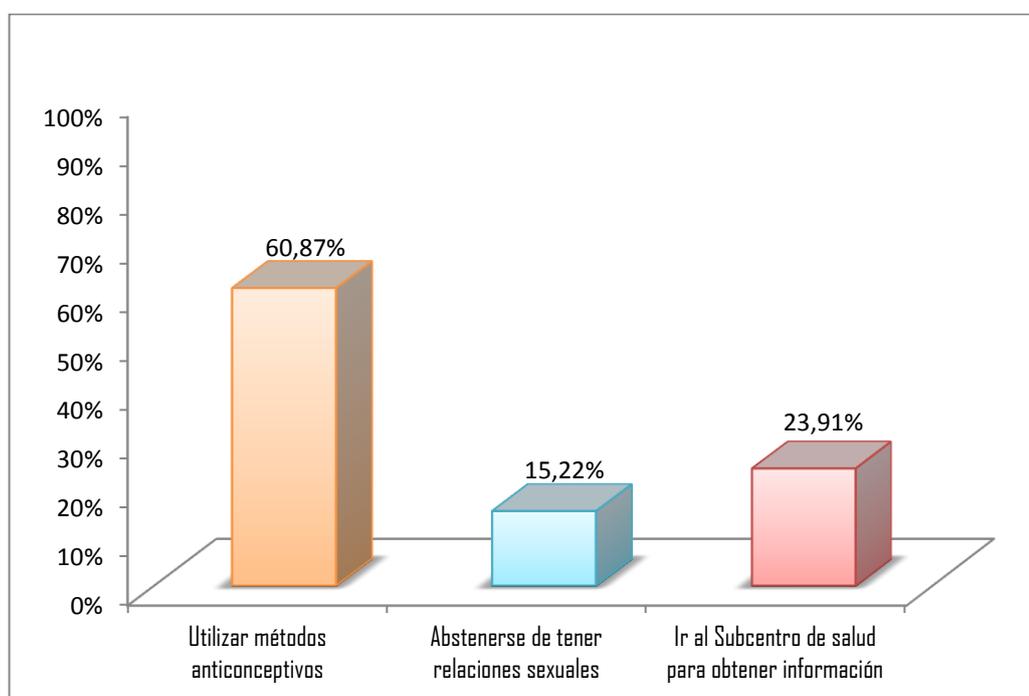


Fuente: Encuesta aplicada a estudiantes indígenas del colegio bilingüe Mushuk Rimak
Elaboración: Narcisca Chalán, 2014

En base a la encuesta realizada a 92 estudiantes indígenas de la institución educativa, 52 alumnos que alcanzan el 56.52% comentan que entienden por anticoncepción a la forma de prevenir el embarazo, mientras el 27.17% representado por 25 estudiantes encuestados expresan que comprenden a la anticoncepción a la prevención de enfermedades y embarazo, y 15 encuestados que significan el 16.30% de los encuestados la entienden como la forma de prevenir enfermedades (enfermedades de transmisión sexual, sida, sífilis, gonorrea, etc.).

Gráfico No. 6

Conocimientos sobre formas de prevención del embarazo en las adolescentes de la Unidad Intercultural Bilingüe “MUSHUK RIMAK” San Lucas 2014

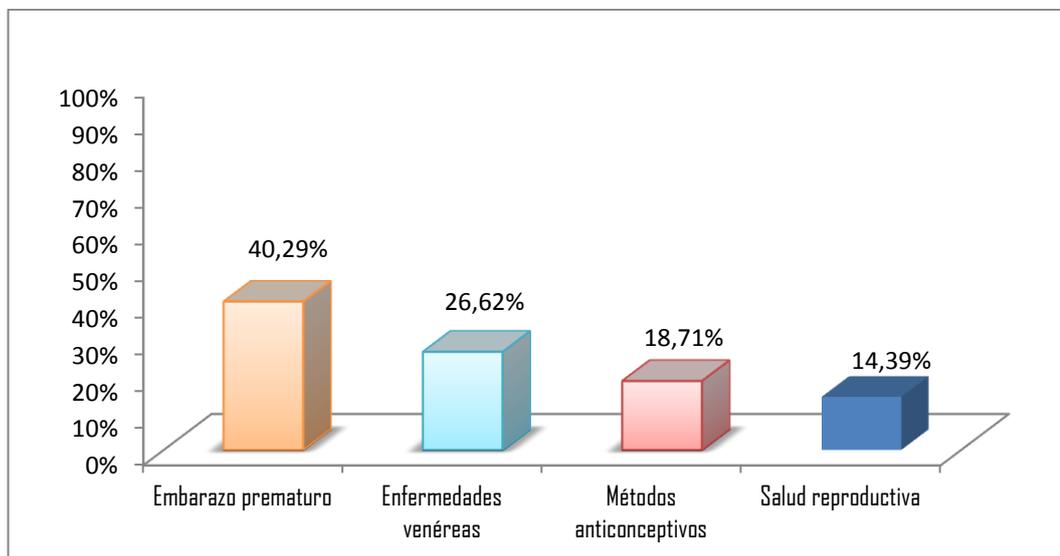


Fuente: Encuesta aplicada a estudiantes indígenas del colegio bilingüe Mushuk Rimak
Elaboración: Narcisa Chalán, 2014

En la encuesta aplicada a los estudiantes indígenas, el 60.87% que representan a 56 encuestados consideran que para evitar el embarazo es importante utilizar métodos anticonceptivos, el 23.91% que representan a 22 encuestados creen que se debería ir al Subcentro de salud para obtener información, y 14 estudiantes investigados que alcanzan el 15.22% creen que una excelente alternativa es abstenerse de tener relaciones sexuales para evitar el embarazo.

Gráfico No. 7

Temas que han abordado sobre sexualidad en el colegio a los adolescentes de la Unidad Intercultural Bilingüe “MUSHUK RIMAK” San Lucas 2014



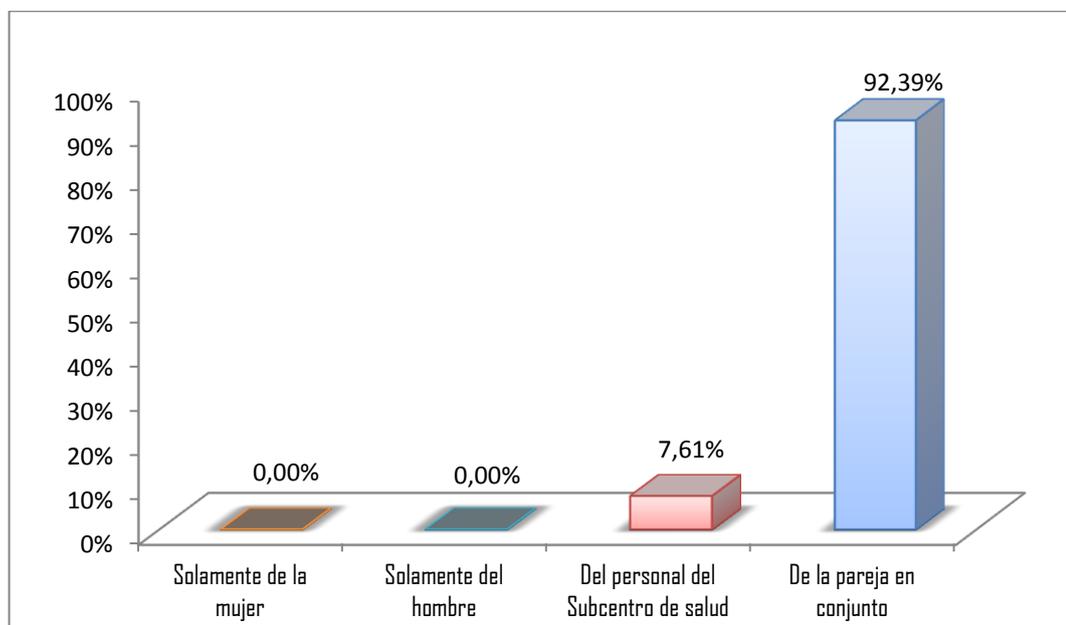
Fuente: Encuesta aplicada a estudiantes indígenas del colegio bilingüe Mushuk Rimak
Elaboración: Narcisa Chalán, 2014

La encuesta aplicada permitió establecer que el 40.29% representado por 56 estudiantes indígenas encuestados mencionan haber abordado temas en su colegio sobre embarazo prematuro; mientras 37 encuestados que alcanzan el 26.62% señalan que el tema abordado ha sido exclusivamente sobre la enfermedades venéreas, 26 que alcanzan el 18.71% mencionan haber recibido información en su colegio acerca de métodos anticonceptivos y 20 estudiantes representado por el 14.39% indican haber recibido información sobre el tema de salud reproductiva.

Los testimonios de los estudiantes investigados permite afirmar que se está limitando la educación sexual a temas específicos relacionados con los problemas, lo que si bien es positivo debe ser complementado con aspectos positivos de la sexualidad, que si existen y que deben también ser conocidos por lo adolescentes, como el conocimiento de su cuerpo, la satisfacción física, psicológica y emocional de una relación estable con una sola pareja, etc.

Gráfico No. 8

Conocimientos sobre la Responsabilidad del embarazo en las adolescentes de la Unidad Intercultural Bilingüe “MUSHUK RIMAK” San Lucas 2014

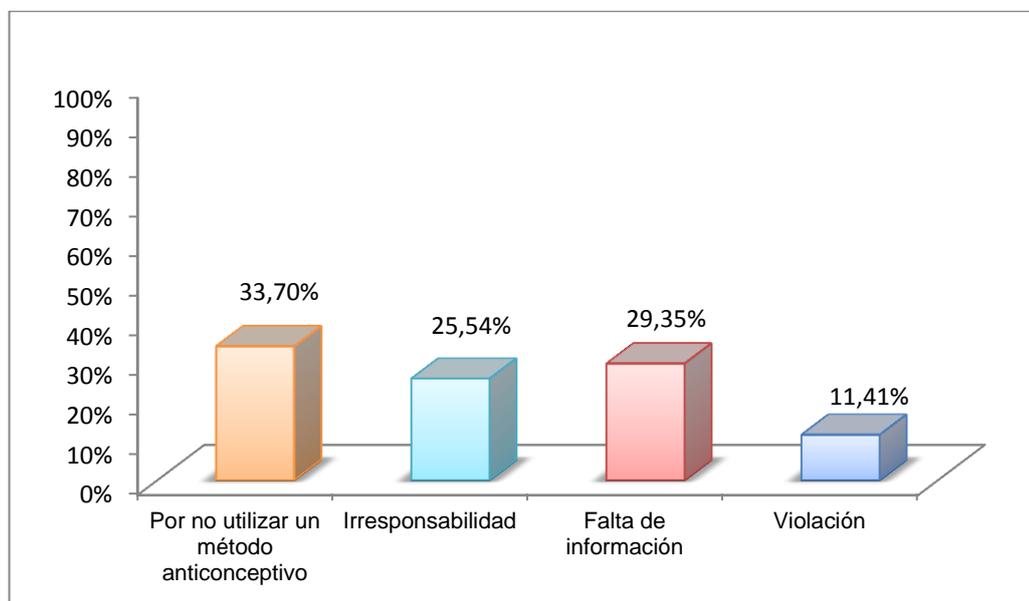


Fuente: Encuesta aplicada a estudiantes indígenas del colegio bilingüe Mushuk Rimak
Elaboración: Narcisa Chalán, 2014

En la encuesta realizada, se pudo determinar que de los 92 estudiantes indígenas encuestados; 85 que representan al 92.39% consideran que la responsabilidad del embarazo es de la pareja en conjunto, mientras que; 7 encuestados que alcanza el 7.61% creen que la responsabilidad es del personal del Subcentro de salud.

Gráfico No. 9

Causas del embarazo en las adolescentes de la Unidad Intercultural Bilingüe “MUSHUK RIMAK” San Lucas 2014

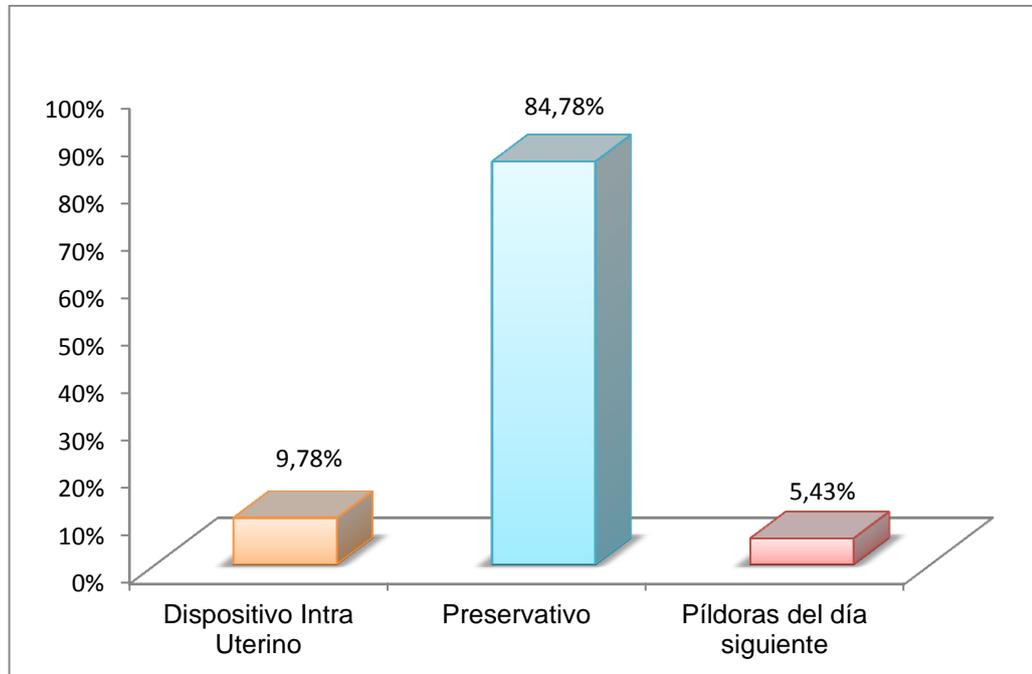


Fuente: Encuesta aplicada a estudiantes indígenas del colegio bilingüe Mushuk Rimak
Elaboración: Narcisa Chalán, 2014

La información proporcionada en la encuesta permitió saber qué; el 33,70% de los estudiantes indígenas encuestados indican que la causa por la cual se presenta un embarazo es por no utilizar métodos anticonceptivos; el 29,35% consideran que es por falta de información; un 25,54% de los estudiantes encuestados manifiestan que el embarazo se da por la irresponsabilidad y el 11,41% manifiestan que una causa para que se dé el embarazo es la violación.

Gráfico No. 10

Métodos que previene el embarazo con mínimo riesgo en la salud en las adolescentes de la Unidad Intercultural Bilingüe “MUSHUK RIMAK” San Lucas 2014

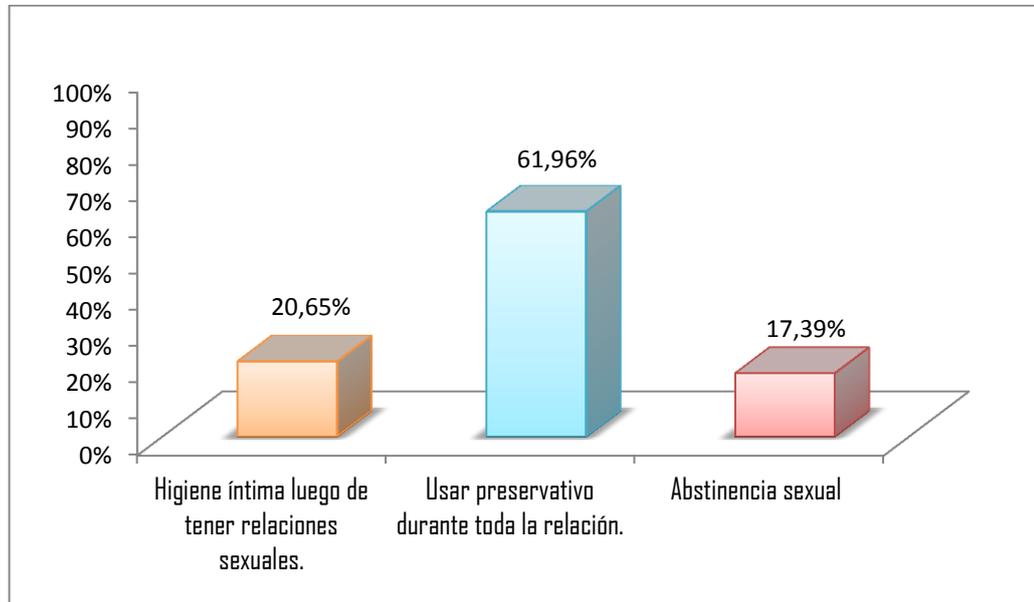


Fuente: Encuesta aplicada a estudiantes indígenas del colegio bilingüe Mushuk Rimak
Elaboración: Narcisa Chalán, 2014

De acuerdo a esta interrogante; 78 de los 92 encuestados que representan el 84.78% consideran que el método que previene el embarazo con mínimo riesgo en la salud es el método anticonceptivo (preservativo); 9 encuestados que significan un 9,78% creen que el método que previene el embarazo con mínimo riesgo en la salud es el Dispositivo Intrauterino; mientras que 5 estudiantes que representa el 5.43% deducen que las píldoras del día siguiente es el método que previene el embarazo con mínimo riesgo en la salud.

La información obtenida permite señalar que la mayoría de adolescentes de esta entidad educativa conoce de la problemática relacionada con el embarazo prematuro, por lo que están conscientes que deben informarse y utilizar, si así es el caso, métodos anticonceptivos para evitar embarazos no deseados a temprana edad.

Gráfico No. 11
Métodos para reducir el riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual en los adolescentes de la Unidad Intercultural Bilingüe “MUSHUK RIMAK” San Lucas 2014



Fuente: Encuesta aplicado a estudiantes indígenas del colegio bilingüe Mushuk Rimak
Elaboración: Narcisa Chalán, 2014

De los 92 estudiantes indígenas encuestados, el 61.96% dicen que los métodos más seguros para reducir el riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual es usar preservativos durante toda la relación; el 20.65% deducen que la higiene íntima luego de tener relaciones sexuales es el método más seguro para reducir el riesgo de contraer una enfermedad; finalmente el 17.39% piensan que el método más seguro es la abstinencia sexual.

7. DISCUSIÓN

En cada era, ha existido interés en comportamientos sexuales de la población indígena adolescente, particularmente en las interrelaciones sexuales y sus consecuencias, que preocupan a países en desarrollo como el nuestro, donde los y las adolescentes inician su actividad sexual a temprana edad y sin usar métodos anticonceptivos adecuados, aunque ellos refieren conocerlos. (Román, 2010).

La pubertad se refiere al período en que se manifiestan los cambios físicos de la maduración sexual (entre los 12 y 18 años aproximadamente). La adolescencia se refiere a los procesos psicológicos de adaptación a las condiciones de la pubertad. Es una etapa fundamental dentro del proceso de construcción de la personalidad y el tránsito hacia la edad adulta, siendo la expresión sexual un elemento importante del proceso de convertirse en adultos.

La adolescencia en general y en la cultura indígena marca una etapa de la vida llena de cambios complejos. En esta etapa los y las adolescentes deben prepararse para su papel futuro, adquirir conocimientos y destrezas que les permitan desempeñarse socialmente, a fin de desarrollar autonomía y establecer relaciones afectivas con los miembros de su familia y con los demás integrantes de la sociedad.

El inicio de la experiencia sexual en los adolescentes no es previsible, ya que ellos señalan que una de las más importantes razones para no usar un método anticonceptivo es porque no esperaban que dicha relación ocurriera.

Al constatar los resultados de la presente investigación con estudios sobre este mismo tema realizados en otros países de Latino América con la población indígena encontramos que en el caso de las y los adolescentes de San Lucas Ecuador, de manera general existe menor porcentaje de casos

sobre el uso de métodos anticonceptivos respecto al riesgo reproductivo en adolescentes.

Conforme se lo evidencia a continuación.

Según la Organización Mundial de la Salud en América Latina y el Caribe, 90% ó más de las adolescentes indígenas conocen al menos un método anticonceptivo, Bolivia (74%), Guatemala (68%) y Paraguay (89%). Sin embargo, los porcentajes de uso son bajos (18%).

Según (VEGA, 2008) señala que al tener el adolescente más información y provenir de hogares unidos donde se fomenta la comunicación, dichos adolescentes retrasaran el inicio de sus relaciones sexuales.

Tanto, hombres como mujeres, necesitan de mayor información sobre métodos anticonceptivos, particularmente modernos, pues si bien estos son conocidos por la mayoría de hombres y mujeres, un gran porcentaje desconoce sus características.

Para que la información sexual pueda ser un agente aliado de la prevención, deberá formar parte de la permanente educación formativa y estructurante de la personalidad de cada individuo, ya que la información en sí misma no actúa en las estructuras psíquicas cognitivas, ni crea recursos, habilidades o mecanismos al servicio de la resolución de las diferentes situaciones que la realidad permanentemente convoca al individuo a resolver.

Por lo tanto, se debe enfrentar el reto de asumir la anticoncepción en ese grupo poblacional como una política en la que la educación sexual integral sea un pilar fundamental y profundizar también en el conocimiento del arsenal anticonceptivo al alcance, así como en sus ventajas y desventajas de acuerdo con las características de los y las adolescentes.

8. CONCLUSIONES

De acuerdo con los objetivos planteados y los resultados obtenidos durante el desarrollo de la investigación se puede establecer las siguientes conclusiones.

- El conocimiento adquirido lo han recibido principalmente de la unidad educativa, instituciones de salud pública y entorno familiar, pero que se realiza esporádicamente y sobre determinados temas, por lo que se debería incrementar el conocimiento cognitivo acerca de las características particulares de cada método.
- El conocimiento de los riesgos, tanto por embarazo no deseado como por la adquisición de enfermedades venéreas, no ha impedido tener relaciones a muy temprana edad, dado que más de la mitad de estudiantes han tenido ya relaciones sexuales, algunos incluso sin protección alguna, incrementando los riesgos.
- Se elaboró un programa educativo destinado a la población adolescente de la Unidad Intercultural Bilingüe “Mushuk Rimak”, el que consta en detalle los temas, horarios y elementos a utilizar para incrementar el conocimiento sobre salud sexual y reproductiva de los estudiantes investigados.

9. RECOMENDACIONES

Luego de haber aplicado los instrumentos y obtener los resultados de la presente investigación me permito recomendar lo siguiente:

- Se recomienda a los directivos y docentes de la Unidad Intercultural Bilingüe “Mushuk Rimak”, especialmente a los docentes y orientador, trabajar conjuntamente con los estudiantes y sus representantes para mejorar el conocimiento y aplicación de la temática planteada.
- Se sugiere a la UNL, implementar eventos relacionados con anticoncepción y riesgo reproductivo, donde participen docentes, padres/madres de familia y estudiantes, con la finalidad de que conozcan las consecuencias que puede ocasionar el desconocimiento de estos temas.
- La Educación es prioritaria en la disminución del riesgo reproductivo, sobre todo a nivel preventivo, por eso sería importante incorporar en el currículo de educación preescolar, primaria y media, contenidos dirigidos a transmitir y socializar a los/as alumnos/as los valores de igualdad, respeto, tolerancia, solución pacífica de los conflictos y la preparación para la vida familiar con derechos y obligaciones domésticas, compartidas entre hombres y mujeres.

10. BIBLIOGRAFIA

1. Aligago Ismael, (2012), Fecundación Métodos Anticonceptivos, Bogotá – Colombia.
2. Beltrán Betty, (2012), Embaraza en adolescencia, Ediciones Publimpacto, Santiago de Chile. 827 – 927
3. CEPAL UNICEF, Construir Equidad desde la Infancia y la Adolescencia en Iberoamérica. SECIB, 2001
4. Dirección de Normalización de Sistema Nacional, Normas y Protocolos de Atención Integral a las/los Adolescentes, Republica del Ecuador 2009
5. Diario hoy, febrero, (2013), Porcentaje de adolescentes embarazadas en Ecuador.
6. González E. (2009), Métodos anticonceptivos en la adolescencia, Editorial. Pax. México.
7. Gómez P.I (2014), Anticoncepción de emergencia en Obstétrica y ginecología, Ediciones AlfaOmega, Bogotá – Colombia.
8. Hirtz, Bárbara, (2009), Consecuencias en la maternidad y paternidad en adolescentes, Editores, S.A. de C.V
9. HERNÁNDEZ CA. Familia y Adolescencia. Indicadores de salud. Organización Panamericana de la Salud, Editorial, Washington, 2009
10. Informe Mundial sobre la Salud Reproductiva. OMS. 2000

11. Molina R., Montero A. "Anticoncepción en la Adolescencia". En Texto: SELECCIÓN DE TEMAS EN GINECOOBSTETRICIA, TOMO II, 1° EDICIÓN. Eghon Guzmán (ed). Ediciones Publimpacto, 2011, Santiago de Chile. 795 - 825.
12. MONRROY DE VELASCO, A. Salud y Sexualidad en el Adolescente y Juventud, Editorial. Pax. México 2004
13. MULLOR. Juventud y Salud: Dimensión Moral. Foro Mundial de la Salud. O.M.S. Vol.10, No 3. Ginebra (Suiza).2009
14. MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL. (2010). Plan Nacional de Prevención de embarazo en adolescentes: Métodos anticonceptivos. Quito, pág. 10-12
15. Organización Panamericana de la Salud, Salud del Adolescente. OPS/OMS, Washington.2010
16. OPS – OMS. Organización Panamericana de Salud / Organización Mundial de Salud.
17. Política Nacional de salud sexual y reproductiva. Minprotección Social. Colombia, 2009
18. Peralta A, y Otros, (2011), Planificación familiar, Salud sexual y reproductiva, Editorial ECASA, México D.F.
19. Rodríguez Gabriela, (2010), Sexualidad, Anticoncepción y Aborto para jóvenes, UNAM, México D.F
20. Rodríguez, Gabriela, (2010), Metas de Enfermería, Ediciones México

21. ULIN, Robinson y Tolley, Investigación aplicada en Salud Pública, Métodos cualitativos, OPS, USA, 2006.
22. ERASO LOPEZ ANABELLA, NADER MORA LUCIA y otros, (2012) Anticoncepción (Preguntas que hacen los adolescentes de 14 a 22 años), Editorial Grijalbo Barcelona.

Web-grafía

10. SEOANE, José. Anticoncepción en Adolescentes, Administración Nacional de Educación Pública. España, 2011, disponible en; <http://www.anep.edu.uy/anepdata/0000016166.pdf>.
11. KASTBERG, Nils. Declaración de UNICEF contra embarazos a temprana edad en adolescentes de América latina y el Caribe, Costa Rica, 2008, disponible en; http://www.unicef.org/republicadominicana/UNICEF_Declaracion__contra__embarazos_adolescentes.pdf.
12. PINHEIRO, Paulo. Informe Mundial sobre la Violencia contra los Adolescentes, América Latina, 2006, disponible en; http://www.unicef.org/lac/Informe_Mundial_Sobre_Violencia.pdf.
14. LEDE, Malen. Familias disfuncionales, 2012, disponible en; <http://psicologia-malenede.blogspot.com/2012/02/familias-disfuncionales.html>.
15. Instituto chileno de Medicina Reproductiva, Violencia de género, disponible en; <http://www.infojuven.cl/7-2.php>.
16. GUTIÉRREZ, Enrique. Instituto Nacional de Pediatría, México D F 2012 México, disponible en; http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/ninos_jovenes_ante_violencia_familiar_2008.pdf.

11. ANEXOS

ANEXO 1:



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERIA**

ENCUESTA A LOS ESTUDIANTES DEL PRIMER, SEGUNDO Y TERCER AÑO DE BACHILLERATO DEL COLEGIO INTERCULTURAL “MUSHUK RIMAK”.

Distinguido estudiante, como egresada de la carrera de enfermería solicito tu valiosa colaboración contestando el siguiente cuestionario tus respuestas opiniones y experiencias será de uso estrictamente investigativo.

Edad:

Sexo:

1. ¿Qué métodos anticonceptivos conoces?

2. Señale cuáles son los métodos anticonceptivos Naturales (N) y Artificiales (A)

Métodos de ovulación	()	Coito interrumpido	()
T de cobre	()	Pastillas del día siguiente	()
Temperatura corporal basal	()	Preservativo	()

3. Señale el que considere el, concepto apropiado de Anticoncepción:

- Formas de prevenir el embarazo ()
- Formas de prevenir todas las enfermedades venéreas. ()
- Las dos anteriores ()

4. ¿En qué lugar has recibido información sobre el uso de anticonceptivos?

- En la Junta Parroquial. ()
- En el Colegio. ()
- En el Sub Centro de Salud. ()
- En la Familia. ()

Otros:

5. ¿Para evitar el embarazo, es importante?

- Utilizar métodos anticonceptivos ()
- Abstenerse de tener relaciones sexuales ()
- Ir al Sub Centro de Salud para obtener información ()

ANEXO 2:

TABLAS

Tabla No. 1
Métodos anticonceptivos

Indicadores	F	%
Condomes	89	47,09%
Píldoras	26	13,76%
Palillos	30	15,87%
T de Cobre	44	23,28%
Total	189	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaboración: Narcisa Chalán, 2014

Tabla N° 2

Métodos anticonceptivos naturales y artificiales

Indicadores	N	A	TOTAL	%(N)	%(A)	TOTAL
Método de ovulación.	73	7	80	91,25%	8,75%	100,00%
T de Cobre.	0	80	80	0,00%	100,00%	100,00%
Temperatura Corporal Basal.	68	12	80	85,00%	15,00%	100,00%
Coito Interrumpido.	53	27	80	66,25%	33,75%	100,00%
Pastillas del día siguiente.	0	80	80	0,00%	100,00%	100,00%
Preservativo.	12	68	80	15,00%	85,00%	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaboración: Narcisa Chalán, 2014

Tabla No. 3
Anticoncepción

Indicadores	F	%
Formas de prevenir el embarazo	52	56,52%
Prevención de enfermedades y embarazo	25	27,17%
Las dos anteriores	15	16,30%
Total	92	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaboración: Narcisa Chalán, 2014

Tabla No. 4
Lugar que han recibido información sobre el uso de los métodos anticonceptivos

Indicadores	F	%
Junta Parroquial	5	5,43%
En el colegio	45	48,91%
Subcentro de salud	23	25,00%
En la familia	15	16,30%
Ninguno	4	4,35%
Total	92	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaboración: Narcisa Chalán, 2014

Tabla No. 5
Para evitar el embarazo es importante

Indicadores	F	%
Utilizar métodos anticonceptivos	56	60,87%
Abstenerse de tener relaciones sexuales	14	15,22%
Ir al Subcentro de salud para obtener información	22	23,91%
Total	92	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaboración: Narcisa Chalán, 2014

Tabla N°6
Métodos que previene el embarazo con mínimo riesgo en la salud

Indicadores	F	%
Dispositivo Intra Uterino	9	9,78%
Preservativo	78	84,78%
Píldoras del día siguiente	5	5,43%
Total	92	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaboración: Narcisa Chalán, 2014

Tabla No. 7
Temas que han abordado en su colegio sobre sexualidad

Indicadores	F	%
Embarazo prematuro	56	40,29%
Enfermedades venéreas	37	26,62%
Métodos anticonceptivos	26	18,71%
Salud reproductiva	20	14,39%
Total	139	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaboración: Narcisa Chalán, 2014

Tabla No. 8
La responsabilidad del embarazo corresponde

Indicadores	F	%
Solamente de la mujer	0	0,00%
Solamente del hombre	0	0,00%
Del personal del Subcentro de salud	7	7,61%
De la pareja en conjunto	85	92,39%
Total	92	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaboración: Narcisa Chalán, 2014

Tabla No. 9
Edad que utilizo un método anticonceptivo

Indicadores	F	%
12, 14	19	20,65%
15, 16	35	38,04%
17, 18	38	41,30%
Total	92	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaboración: Narcisa Chalán, 2014

Tabla No. 10

Causas para que se produzca el embarazo en adolescentes

Indicadores	F	%
Por no utilizar un método anticonceptivo	62	33,70%
Irresponsabilidad	47	25,54%
Falta de información	54	29,35%
Violación	21	11,41%
Total	184	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaboración: Narcisa Chalán, 2014

Tabla No. 11

Métodos para reducir para reducir el riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual

Indicadores	F	%
Higiene íntima luego de tener relaciones sexuales.	19	20,65%
Usar preservativo durante toda la relación.	57	61,96%
Abstinencia sexual	16	17,39%
Total	92	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaboración: Narcisa Chalán, 2014

ANEXO 3:

PROPUESTA

1. TEMA

“Si mejoramos la educación sobre anticoncepción y reproducción en adolescentes disminuiría el porcentaje de embarazos no deseados.

2. ANTECEDENTES

El embarazo en la adolescencia, a nivel mundial, sigue siendo un impedimento para mejorar la condición educativa, económica y social de la mujer y en el caso de los jóvenes, el matrimonio y la maternidad precoz limitan en alto grado las oportunidades de educación y empleo. Es en Latinoamérica donde el incremento de la reproducción se ve más frecuente en mujeres jóvenes, económicamente comprometidas y dependientes.

El embarazo en las adolescentes es un problema que preocupa a los médicos de todo el mundo, llegando a ser considerado como un problema de salud pública y social; en todas partes se ve un aumento en el número de estos embarazos, el incremento se ve en todos los niveles sociales aunque con predominio en las clases desamparadas, por su ignorancia, falta de educación sexual y desconocimiento de los métodos de control de la natalidad. Ante todo, se debe tener presente que la preparación para la vida sexual, de la pareja, familiar y reproductiva del ser humano y en particular, del adolescente, comienza con la vida, en las edades más tempranas, con los saberes, los valores, los modelos conductuales que la familia y los adultos en general les transmiten a diario en el proceso de socialización.

La preocupación por la salud de los/as adolescentes gana en interés y adeptos en el mundo entero en los últimos tiempos. En 1985 nace la

Organización Cumbre del Mundo de lo que fuera la “Juventud Internacional Europea”. En 1988 se producen en la OMS intensas discusiones técnicas sobre la juventud y posteriormente se desarrolla país tras país la toma de conciencia en relación con los problemas relacionados con los jóvenes.

En este sentido, debemos pensar en cuáles serían las nuevas políticas, estrategias y recursos para que en materia de educación sexual cumpla con la formación sexual y no la mera información, constituyéndose en conocimientos significativos capaces de sumarse a la experiencia vital. Los adolescentes de hoy en día son precoces, promiscuos y tienen escasa valoración de los riesgos a los cuales están expuestos. Esto nos hace reflexionar sobre la necesidad de revisar los programas de instrucción y educación sexual, pues lamentablemente los conocimientos en esta esfera los están adquiriendo de forma distorsionada y a través de su propia práctica sexual y de modelos de educación informal y no sistemática.

3. OBJETIVO

Contribuir a mejorar el conocimiento de métodos anticonceptivos y los riesgos reproductivos que se da en la adolescencia, para así disminuir el porcentaje de embarazo a temprana edad.

4. METODOLOGÍA

1. Luego de una amplia *revisión bibliográfica* de los temas identificados como prioritarios, se hace necesario mejorar la comunicación en el entorno familiar.
2. Charlas dirigidas a los/as estudiantes, sobre temas encaminados a mejorar el conocimiento de métodos de anticoncepción.

3. La charla que se llevara a cabo será de manera interactiva, para lo cual se utilizara material didáctico como cartulina, papel, marcadores, gráficos, etc.
4. Video titulado tipos de métodos anticonceptivos; Riesgos reproductivos el que va a generar una participación activa de todos los asistentes.
5. Evaluación.

ANEXO 4:

REGISTRO GRÁFICO DEL TRABAJO DE CAMPO E INTERPRETACIÓN



ANEXO 5: PROGRAMA EDUCATIVO DIRIGIDO A LOS ESTUDIANTES

ACTIVIDAD	OBJETIVO	TIEMPO	CONTENIDO	BIOGRAFIA	RECURSOS
Charla	Mejorar los conocimientos de métodos anticonceptivos y riesgo reproductivo en adolescentes de la Unidad Intercultural Bilingüe "Mushuk Rimak "	25 minutos	<p>Anticoncepción.-Conjunto de métodos o procedimientos empleados para impedir el embarazo de la mujer:</p> <p>Métodos anticonceptivos.-Un método anticonceptivo es aquel que impide o reduce significativamente la posibilidad de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales de carácter heterosexual.</p> <p>Métodos anticonceptivos naturales o de abstinencia</p> <p>Método del ritmo o calendario.- El método del ritmo, también conocido como " determinación del período fértil ", es un método para la regulación de la fertilidad que utiliza el ciclo menstrual para predecir tu momento de mayor fertilidad en el mes - es decir, cuando eres más propensa a quedar embarazada.</p> <p>El método de ovulación billings o método del moco cervical.- Es un método de regulación de la natalidad dentro de los llamados métodos anticonceptivos naturales. Este método consiste en que la mujer monitorea su fertilidad, identificando cuando es fértil y cuando no lo es, en cada ciclo. El flujo de la mujer no siempre es igual, si no que cambia en cantidad y consistencia en el transcurso del ciclo, volviéndose transparente, viscoso, como clara de huevo y adquiere mayor elasticidad al aproximarse la ovulación.</p> <p>El coito interrumpido es cuando un hombre retira su pene de la vagina (o lo "saca") antes de eyacular o de tener un orgasmo. Esto impide que los espermatozoides vayan hacia el óvulo. A un hombre puede resultarle difícil "sacarlo". Se necesita mucho autocontrol. Incluso si interrumpe el coito, puede liberarse algo de semen antes de que el hombre retire el pene. Cuando el pene se pone erecto, puede haber líquido preseminal en la punta del</p>	<p>ARIAS, R. (2010). Percepciones de los Jóvenes sobre Sexualidad, Embarazo a los Servicios de Salud: Definición de Anticoncepción, importancia de la anticoncepción. Lima. Edición Aguilar: pág. 89-102.</p> <p>DEIVER, María (2008) Métodos anticonceptivos como parte fundamental para prevenir el embarazo: Métodos artificiales (capuchón cervical, preservativo femenino) México. Edición ANTARES, pág. 72-78</p> <p>VELEZ, Franco. La adolescencia y sus características: Enfermedades de transmisión sexual (ETS). Honduras. Edición BYCTI, (2008)pág.: 102-115 IBID: pág. 102-115.</p> <p>¹ MENDEZ, María (2007). Riesgo Reproductivo: "Enfermedades de</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Humanos * Cartulina * Marcadores * Gráficos

		<p>pene.</p> <p>Métodos artificiales</p> <p>Los métodos de barrera son relativamente bajos en costo, de fácil acceso y juegan un papel importante en la prevención de embarazos y de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).</p> <p>- Diafragma Es un disco de látex que se coloca en el interior de la vagina horas antes de comenzar la relación sexual y cubre el cuello del útero impidiendo el paso de los espermatozoides.</p> <p>- Capuchón Cervical El capuchón cervical es un dispositivo de látex en forma de dedal.</p> <p>- Preservativo femenino Es una bolsa cilíndrica de poliuretano o nitrilo que una vez colocada recubre totalmente la vagina. Tiene un anillo interior (extremo cerrado de la bolsa) que facilita su colocación al introducirlo como si fuera un tampón e impide que entren los espermatozoides, y otro anillo exterior (extremo abierto) que queda por fuera de la vagina, cubriendo los genitales externos de la mujer.</p> <p>Preservativo Masculino.-Es una funda de goma de látex o poliuretano que se coloca sobre el pene en erección cubriéndolo totalmente, de manera que impide que los espermatozoides contenidos en el semen pasen a la vagina. Es un método sencillo, práctico y bastante seguro si se usa de forma correcta. La seguridad de este método aumenta si además se utilizan productos espermicidas (cremas, gel, óvulo vaginal, etc.).</p> <p>METODOS HORMONALES</p>	<p>Transmisión Sexual.” Madrid. Edición Network, pág.: 32-40 ¹ IBID : pág. 32-40</p>	
--	--	---	---	--

		<p>Anticonceptivos orales.-La “mini píldora” también es conocida como anticonceptivo oral de progestina. La mini píldora previene el embarazo de varias maneras. Su principal acción es causar el aumento del moco cervical, lo que bloquea el esperma de entrar en el cuello uterino para alcanzar y fertilizar el huevo. También puede impedir la ovulación, que es la liberación de óvulos de los ovarios, así como provocar cambios en el tejido de revestimiento del útero para prevenir la implantación del embarazo.</p> <p>Anticonceptivos inyectables solo de progestina.- Previenen la ovulación, Hacen que el moco cervical se espese (dificultan la penetración de los espermatozoides), Modifican el endometrio (se vuelve más delgado haciendo improbable la implantación).</p> <p>Implantes.- Son pequeñas varillas de plástico flexible que se insertan bajo la piel, por lo general en la parte superior del brazo, con anestesia local y liberan constantemente progestágeno que actúa espesando el moco cervical y dificultando el avance de los espermatozoides. Una vez colocado, su efecto persiste cerca de 3 años. Es uno de los métodos anticonceptivos más eficaces. Si deseas quedar embarazada, el médico lo puede retirar en pocos minutos.</p> <p>Píldoras anticonceptivas de emergencia Método hormonal de uso ocasional. La anticoncepción de emergencia, se trata de la administración de un producto hormonal no abortivo que evita la ovulación y de esta forma previene el embarazo en aquellas mujeres que tuvieron relaciones sexuales y el método conceptivo les ha fallado o cuando se tuvieron relaciones sexuales sin protección, incluyendo los casos de violación.</p> <p>Dispositivo intrauterino DIU (Intrauterine Devices, IUDUn) IUD es un pequeño dispositivo en forma de “T” que se coloca dentro de su útero. Existen</p>		
--	--	---	--	--

		<p>dos tipos: IUD de cobre: el IUD de cobre se conoce por el nombre comercial Para Gard. Éste libera una pequeña cantidad de cobre dentro del útero, lo que impide que el espermatozoide alcance y fertilice el óvulo. Si ocurre la fertilización, el IUD impide que el óvulo fertilizado se implante en el recubrimiento del útero. El IUD de cobre debe ser colocado por un médico. Puede permanecer en el útero de 5 a 10 años”.</p> <p>Anticoncepción quirúrgica voluntaria “Consisten en pequeñas intervenciones quirúrgicas que la persona solicita de manera voluntaria. Estos métodos son considerados irreversibles, por eso para elegir alguno de ellos es necesario estar seguro de tener el número de hijos deseado.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oclusión tubarica.- Ligadura de trompas, o salpingoclasia. Consiste en ligar las trompas de Falopio con grapas a fin de impedir que el óvulo se implante en el útero o que los espermatozoides se encuentren con él. - Vasectomía.- Es una operación quirúrgica para seccionar los conductos deferentes que transportan a los espermatozoides de los testículos al exterior cuando se eyacula. Una vez realizada, los espermatozoides que a diario se producen son reabsorbidos por el organismo. - Puesto que el líquido seminal es elaborado en la próstata, la vasectomía no impide la eyaculación. <p>RIESGO REPRODUCTIVO Según la Comisión Nacional de Médicos define al riesgo reproductivo como: la probabilidad de enfermedad o muerte que tiene la mujer y/o su futuro hijo en caso de embarazo en las condiciones no ideales.</p> <p>Enfermedades de transmisión sexual (ETS) “Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son enfermedades que pueden transmitirse debido al contacto</p>		
--	--	--	--	--

			<p>corporal durante el sexo. Son producidas por virus, bacterias y parásitos. También se las conoce como infecciones de transmisión sexual (ITS) o por su nombre antiguo: enfermedades venéreas.</p> <p>Sífilis Gonorrea Chancroide Linfogranuloma venéreo Granuloma inguinal Virus: Herpes simple 1 y 2 Papiloma Hepatitis B VIH Protozoos: Tricomonas</p>		
Video	<p>Informar y sensibilizar al alumnado sobre anticoncepción y las infecciones de transmisión sexual</p>	20 minutos	<p>La falta de conocimiento sobre riesgo reproductivo en la adolescencia constituye un problema social, económico y de salud pública de inmensa magnitud, ya que la falta de información sobre este tema ha hecho que los adolescentes, tomen la sexualidad como una diversión más convirtiéndose en entes sexualmente activos, sin medios de protección, que a la final repercute sobre sí mismos, provocando bajo rendimiento escolar, deserción escolar, embarazos a temprana edad, embarazos no deseados, embarazos que no pueden desarrollarse normalmente, abortos que a su vez dejan secuelas, como son el sentimientos de culpa, y una paternidad irresponsable, además el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual.</p>	<p><i>Anticoncepción disponible en:</i> www.youtube.com/watch?v=cBBNM6peUmE</p> <p>Salud reproductiva disponible en: http://www.youtube.com/watch?v=-zCB1l-6jKY</p> <p>Enfermedades de Transmisión Sexual disponible en: http://www.youtube.com/watch?v=suDNo6XpABY http://www.youtube.com/watch?v=p5sOLqtOfy4</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Humanos * Computadora * Infocus * Video

Fuente: López Gómez Ana Berta (2011). Educación Sexual Prevención del VIH y Otras ITS, Manual Para Promotores de Salud.
Elaboración: Narcisca Chalán,

2014

ANEXO 6:

CERTIFICADOS



UNIDAD EDUCATIVA INTERCULTURAL BILINGÜE "MUSHUK RIMAK"
COLEGIO INTERCULTURAL BILINGÜE "DR. MIGUEL RIOFRIO"
San Lucas - Loja - Ecuador

San Lucas, Octubre 30 de 2014

Lic. Segundo F. Andrade Ch. – **RECTOR E. DE LA UNIDAD EDUCATIVA INTERCULTURAL BILINGÜE "MUSHUK RIMAK"** de la parroquia San Lucas.- a petición de parte interesada.

CERTIFICA:

Que la Sra. **NARCISA DE JESUS CHALAN GUAMAN**, desarrollo el tema de investigación **"CONOCIMIENTO SOBRE ANTICONCEPCION Y RIESGOS REPRODUCTIVOS EN ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA INTERCULTURAL BILINGÜE "MUSHUK RIMAK" SAN LUCAS**, en el año lectivo 2013 - 2014, cabe recalcar que en el desarrollo de esta investigación, se realizaron las encuestas, charlas y videos educativos, con los alumnos del Primer, Segundo y Tercer Año de bachillerato de este Plante41.

Es todo cuanto certifico en honor a la verdad.

Atentamente,


Lic. Francisco Andrade
RECTOR E.





UNIDAD EDUCATIVA INTERCULTURAL BILINGÜE "MUSHUK RIMAK"
COLEGIO INTERCULTURAL BILINGÜE "DR. MIGUEL RIOFRIO"
San Lucas - Loja -- Ecuador

San Lucas, Febrero 25 de 2014

Lic. Miguel A. Gualan M.- **RECTOR DE LA UNIDAD EDUCATIVA INTERCULTURAL BILINGÜE "MUSHUK RIMAK"** de la parroquia San Lucas.- a petición de parte interesada.

CERTIFICA:

Que en la Unidad Educativa "Mushuk Rimak" de la parroquia San Lucas, en el año lectivo 2012 - 2013, en el Primer, Segundo y Tercer año de Bachillerato el número de alumnos fue de ochenta alumnos; y del año lectivo 2013- 2014 el número de alumnos es de Cien alumnos.

Que con fecha 30 de Diciembre del 2012 con Acuerdo N.-224-12 fue creada la Unidad Educativa Intercultural Bilingüe "Rumifahui"

Es todo cuanto certifico en honor a la verdad.

Atentamente,


Lic. Miguel A. Gualan M.
RECTOR E.

REPUBLICA DEL ECUADOR
MINISTERIO DE EDUCACION Y CULTURA
DIRECCION PROVINCIAL DE EDUCACION DE LOJA

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION, ESTADISTICA Y EVALUACION

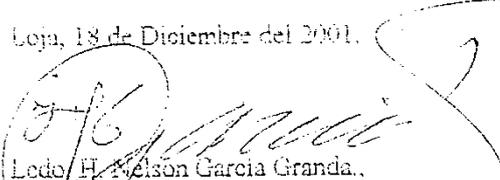
Licenciado Héctor Nelson García Granda., JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION, ESTADISTICA Y EVALUACION DE LA DIRECCION PROVINCIAL DE EDUCACION DE LOJA, a petición de la parte interesada,

CERTIFICA: Que el Colegio Fiscal Mixto DR. MIGUEL RIOFRIO, de la Parroquia SAN LUCAS, Cantón y Provincia de LOJA, se crea mediante Acuerdo NRO. 018869 del 20 de Octubre de 1980, con el Nombre de Mixto SAN LUCAS de la parroquia del mismo nombre, el mismo que viene funcionando normalmente desde su creación.

Cabe indicar que el nombre de Colegio Fiscal Mixto Dr. Miguel Riofrío se le otorgó en el mes de Enero de 1981

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, facultando para hacer uso del mismo en lo que creyere conveniente.

Loja, 18 de Diciembre del 2001.


Lcdo. Héctor Nelson García Granda.,
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION,
ESTADISTICA Y EVALUACION DE LA D.P. PRIMERA





LA DIRECCION NACIONAL DE EDUCACION INTERCULTURAL BILINGUE

CONSIDERANDO:

- QUE mediante Acuerdo Ministerial No 915 del 19 de febrero de 1993, el colegio Mixto del Cielo Básico "San Lucas" de la parroquia del mismo nombre, Cantón Loja creado con Acuerdo Ministerial No. 018869 del 20 de octubre de 1980, pasa a la Jurisdicción de la Dirección Nacional de Educación Intercultural Bilingüe DINEIB, a partir del año lectivo 1992-1993,
- QUE mediante Acuerdo Ministerial No. 0088 del 26 de julio de 1993 se crea el Cielo Diversificado en el colegio Intercultural Bilingüe "Dr. Miguel Riolfo" de la parroquia San Lucas, Cantón y Provincia de Loja, con el Bachillerato en Ciencias Especialización QUÍMICO BIOLÓGICAS con carácter de experimental a partir del año lectivo 1993-1994,
- QUE mediante Acta Constitutiva de fecha 12 de julio del 2001, firmada por: la Lic. Rosa Deba Quiñipe M. DIRECTORA DE EDUCACION INTERCULTURAL BILINGUE DE LOJA, Lic. Manuel Santos Guamán RECTOR DEL PLANTILLO y Ego. Miguel Saca C. DIRECTOR de la Escuela Fiscal "RAMON AGUIRTO CASTILLO", más los informes Técnicos de Planeamiento y Supervisión provincial justifican la elevación a la categoría de UNIDAD EDUCATIVA;
- QUE mediante Oficio S/N de fecha 24 de marzo del 2002, la Dirección Provincial de Educación Intercultural Bilingüe de Loja solicita a la Dirección Nacional de Educación Intercultural Bilingüe DINEIB, promulgar el Acuerdo Ministerial elevando a la categoría de UNIDAD EDUCATIVA,
- QUE es deber de la Dirección Nacional de Educación Intercultural Bilingüe DINEIB, atender los requerimientos de los establecimientos educativos para el fortalecimiento de la Educación Intercultural Bilingüe en la provincia

En uso de las atribuciones que le confiere el Reglamento Orgánico Estructural y Funcional de la Dirección Nacional de Educación Intercultural Bilingüe DINEIB, expedido mediante Acuerdo Ministerial No. 2912 del 26 de octubre de 1999, y publicado en el Registro Oficial No. 053 del 07 de abril del 2000

ACUERDA:

- Art. 1 ELEVAR a la categoría de UNIDAD EDUCATIVA "MUSHUK RINIAK" a los Centros Educativos Comunitarios CECA (escuela, colegio) colegio Intercultural Bilingüe "Dr. Miguel Riolfo" y la Escuela Fiscal Ramón Aguirto Castillo de la parroquia San Lucas, Cantón y Provincia de Loja, a partir del año lectivo 2001-2002,
- Art. 2 DISPONER a las autoridades de la Dirección Provincial de Educación Intercultural Bilingüe de Loja y del establecimiento educativo trabajar coordinadamente,
- Art. 3 ENCARGAR a la Dirección Provincial de Educación Intercultural Bilingüe de Loja el fiel cumplimiento del presente documento legal.

COMUNIQUESE En Quito a 10 de abril del 2002

Luis O. Montaluisa Ch.
DIRECTOR NACIONAL



REINTEGRAR

Dirección: Calle Juan Muñillo s/n y San Gregorio Edificio DINAMIB (altos ex-SNATM-5)
Cant: 503-045 503 046 503 047 Telefax: 503-038

Quito - Ecuador

ANEXO 7:

NOMINA DE ESTUDIANTES

UNIDAD EDUCATIVA INTERCULTURAL BILINGÜE "MUSHUK RIMAK"

PRIMER AÑO DE BACHILLERATO "A"

Nº	NOMINA DE ESTUDIANTES	EDADES CUMPLIDAS
1	Aguilar Medina Martha Inés	16
2	Andrade Guamán Sisaytamia Pakari	17
3	Chalan Lozano Darwin Eduardo	15
4	Gualán Guailas Silvia Patricia	15
5	Gualán Chalan Henry Abelino	15
6	Gualán Gualán Cristian Geovanny	16
7	Gualán Gualán Mayra Lucia	17
8	Guamán Macas Luz Esperanza	16
9	Guamán Saca Carmen Beatriz	15
10	Lozano Aguilar Franklin Eduardo	14
11	Medina Sarango Freddy Alexander	16
12	Morocho Medina Magda Hortensia	15
13	Parra Aguilar Henry Stain	15
14	Parra Tene Pacha Sairo	15
15	Puchaiceia Guailas Tamia Pakarina	16
16	Saca Guayllas Carmen Lucia	15
17	Sarango Gualán Edwin Patricio	15
18	Tene Guailas Rosa Celmira	16
19	Tene Poma Ruth Elizabeth	15
20	Tene Tene Johnny Rolando	15

UNIDAD EDUCATIVA INTERCULTURAL BILINGÜE "MUSHUK RIMAK"

PRIMER AÑO DE BACHILLERATO "B"

N°	NOMINA DE ESTUDIANTES	EDADES CUMPLIDAS
1	Acosta Guanuche Mentor David	15
2	Andrade Condolo Magaly Shakira	14
3	Chalan Gualán Sisa Pakary	16
4	Condolo Sarango Edwin Fernando	15
5	Guamán Guamán Jaime David	15
6	Gualán Macas Byron Andrés	14
7	Gualan Namicela Edwin Alexis	16
8	Guamán Chalan Johanna Gabriela	17
9	Guamán Japón Martha Cecibel	15
10	Guayllas Guayllas Diana María	17
11	León Guayllas Claudia Leticia	14
12	Lozano Minga Jibsson Rolando	16
13	Macas Lozano Ximena del Rocío	16
14	Medina Gualan Mayar Lilliana	16
15	Medina Lozano Luis Matías	15
16	Minga Sarango Luis Mauricio	15
17	Quizhpe Puchaicela Juana Elvira	16
18	Saca Saca Lourdes Elizabeth	15
19	Valencia Arteaga Itati Yansuli	17

UNIDAD EDUCATIVA INTERCULTURAL BILINGUE "MUSHUK RIMAK"

SEGUNDO AÑO DE BACHILLERATO "A"

N°	NOMINA DE ESTUDIANTES	EDADES CUMPLIDAS
1	Abarca Arias Katusca Carolina	16
2	Andrade Losano Nina Sisa	16
3	Cango Lozano Rosa Eivira	17
4	Cartuche Gualan Nancy Cecibel	15
5	Chalan Gualan Gladys Narcisa	17
6	Condolo Joanna Sulay	16
7	Gonzales Puchaicela Silvia María	16
8	Guaillas Quizpe Rosa Angélica	16
9	Gualan Medina Alex Jefferson	16
10	Gualan Poma Ines Yolanda	16
11	Gualan Seraquive Luis Fernando	16
12	Guaman Lozano Gladys Germania	15
13	Guayllas Guaillas Henry Andrés	15
14	Lozano Medina Maira Lucia	17
15	Macas Quizhpe Mónica Patricia	16
16	Macas Tene Richar Patricio	15
17	Medina Gualan Manuel Antonio	16
18	Medina Lozano Luz Alexandra	16
19	Medina Gualan Manuel Antonio	15
20	Minga Lozano Edison Rolando	15
21	Quizpe Saca Yesica Fernanda	17
22	Sarango Macas Claudia Verónica	15
23	Suquilanda Gonzales José Miguel	15

UNIDAD EDUCATIVA INTERCULTURAL BILINGUE "MUSHUK RIMAK"

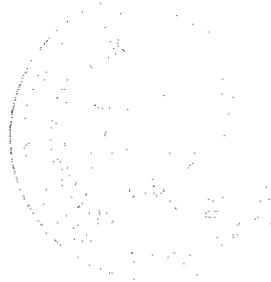
SEGUNDO AÑO DE BACHILLERATO "B"

Nº	NOMINA DE ESTUDIANTES	EDADES CUMPLIDAS
1	Andrade Guaiillas Nina Pacari	16
2	Andrade Medina Lenin Estain	16
3	Cartuche Gualan Alexander Geovanny	15
4	Cartuche Gualan Robbin Israel	16
5	Guaiillas Lozano Johana Patricia	17
6	Gualan Lozano Angel Patricio	18
7	Gualan Sarango Jhon Andrés	16
8	Guamán Gualan Nancy Patricia	17
9	Guaman Macas Rosa María	16
10	Guayllas Macas Ana Beatriz	16
11	Lozano Gualan Jimmy Stalin	15
12	Macas Macas Jonathan Alexis	16
13	Medina Chalan Verónica Israela	16
14	Medina Gualan Olga Beatriz	16
15	Morocho Lozano Delia Lucia	15
16	Sarango Guaiillas Robbin Raimundo	14
17	Seraquive Gualan Nancy Luzmila	16

UNIDAD EDUCATIVA INTERCULTURAL BILINGUE "MUSHUK RIMAK"

N°	NOMINA DE ESTUDIANTES	EDADES CUMPLIDAS
1	Andrade Zosoranga Sara Ñusta	19
2	Cango Guaillas Mariana De Jesus	17
3	Gonzales Lozano Jimmy Fernando	17
4	Guaillas Gualan Luz Carmen	18
5	Gualan Gualan Rosa Inés	19
6	Gualan Lozano Emma Cecilia	17
7	Gualan Saca Rosa Alba	17
8	Gualan Japón Juan Carlos	16
9	Lozano Gonzales Alexandra Elizabeth	20
10	Lozano Gualan Ruth Andrea	17
11	Minga Medina Marcelino Salvador	18
12	Minga Sarango María Carmen	17
13	Morocho Medina José Oscar	17
14	Sarango Gualan Emanuel Geovanny	17
15	Tene Cango Sumak Sisa	18
16	Tene Tene Dayci Marihu	18

TERCER AÑO DE BACHILLERATO



12. INDICE

CERTIFICACIÓN.....	II
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	iii
AUTORIA.....	IV
DEDICATORIA.....	V
AGRADECIMIENTO.....	VI
TÍTULO.....	1
RESUMEN.....	2
SUMMARY.....	4
INTRODUCCIÓN.....	5
REVISIÓN DE LITERATURA.....	12
MATERIALES Y MÉTODOS.....	58
RESULTADOS.....	60
DISCUSIÓN.....	71
CONCLUSIONES.....	73
RECOMENDACIONES.....	74
BIBLIOGRAFÍA.....	75
ANEXOS.....	78
INDICE.....	103