



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

“BARRERAS QUE IMPIDEN EL USO DE LA PÍLDORA ANTICONCEPTIVA DE EMERGENCIA EN ADOLESCENTES QUE CURSAN EL BACHILLERATO A NIVEL DE LOS COLEGIOS DEL DISTRITO EDUCATIVO INTERCULTURAL Y BILINGÜE AMBATO N°2, PERÍODO MARZO-JULIO 2013”.

Requisito previo para optar por el Título de Médico

Autor: Moreno Genoves, Fernando Xavier

Tutora: Dra. MSc. Aguilar Salazar, Aida Fabiola

Ambato - Ecuador

Abril, 2014

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora del trabajo de investigación sobre el tema:

“BARRERAS QUE IMPIDEN EL USO DE LA PÍLDORA ANTICONCEPTIVA DE EMERGENCIA EN ADOLESCENTES QUE CURSAN EL BACHILLERATO A NIVEL DE LOS COLEGIOS DEL DISTRITO EDUCATIVO INTERCULTURAL Y BILINGÜE AMBATO N°2, PERÍODO MARZO-JULIO 2013” de Moreno Genoves, Fernando Xavier, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Enero del 2014

LA TUTORA

Dra. MSc. Aida Fabiola Aguilar Salazar

AUTORÍA DE LA TESIS

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación **“BARRERAS QUE IMPIDEN EL USO DE LA PÍLDORA ANTICONCEPTIVA DE EMERGENCIA EN ADOLESCENTES QUE CURSAN EL BACHILLERATO A NIVEL DE LOS COLEGIOS DEL DISTRITO EDUCATIVO INTERCULTURAL Y BILINGÜE AMBATO N°2, PERÍODO MARZO-JULIO 2013”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado.

Ambato, Enero del 2014

EL AUTOR

Fernando Xavier Moreno Genoves

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella, un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales, de mi tesis con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice presentando mis derechos de autor.

Ambato, Enero del 2014

EL AUTOR

Fernando Xavier Moreno Genoves

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el Tema: **“BARRERAS QUE IMPIDEN EL USO DE LA PÍLDORA ANTICONCEPTIVA DE EMERGENCIA EN ADOLESCENTES QUE CURSAN EL BACHILLERATO A NIVEL DE LOS COLEGIOS DEL DISTRITO EDUCATIVO INTERCULTURAL Y BILINGÜE AMBATO N°2, PERÍODO MARZO-JULIO 2013”**, de Moreno Genoves, Fernando Xavier, estudiante de la carrera de Medicina.

Ambato, Abril del 2014

Para constancia firman:

PRESIDENTE/A

1er VOCAL

2do VOCAL

DEDICATORIA

Es mi deseo dedicarle mi trabajo de grado, plasmado en el presente Informe, en primera instancia a Dios, por darme la fortaleza y protección en cada día de mi vida, luego a mis padres Fernando y Anita que fueron el pilar fundamental en mis estudios y a mis hermanos:

Mayra Alejandra Moreno G.

Jhon Alexander Moreno G.

Por sus consejos, aliento para superarme y salir adelante.

Mis amados seres humanos quienes son mi motivación e inspiración para superarme día a día.

Fernando Moreno

AGRADECIMIENTO

Mi gratitud:

A Dios por haberme permitido llegar al final de la carrera, darme la fortaleza en situaciones difíciles y permitirme sentir la felicidad y satisfacción de aliviar el dolor a mis semejantes.

A la Universidad Técnica de Ambato por haberme dado la oportunidad de ingresar a la Carrera de Medicina distinguida institución dónde adquirí todos los conocimientos necesarios para mi formación como profesional y ser humano.

A mis padres por su amor desinteresado, por no haberme dado las cosas en exceso sino todo lo necesario para mi vida y porque con ello he sabido valorar todas y cada una de las cosas que con esfuerzo he llegado a tener.

A la Dra. Aida Aguilar por ser mi guía, que me ha brindado todo su apoyo para la realización de este trabajo, ejemplo de docente, persona y amiga, llena de conocimientos y principios éticos.

A mis amigas y amigos, quienes con sus consejos, errores y ocurrencias han hecho que mis estudios estén llenos de anécdotas agradables que nunca se borran.

“Él ahora es un regalo, aprovéchalo”

Fernando Moreno

ÍNDICE GENERAL

PORTADA:.....	I
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	II
AUTORÍA DE LA TESIS	III
DERECHOS DE AUTOR	IV
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL.....	V
DEDICATORIA	VI
AGRADECIMIENTO	VII
ÍNDICE GENERAL.....	VIII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	XII
ÍNDICE DE TABLAS	XV
RESUMEN.....	XVI
Summary	XVIII

INTRODUCCIÓN	1
--------------------	---

CAPÍTULO I EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. TEMA	3
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.2.1. CONTEXTUALIZACIÓN	3
1.2.2. ANÁLISIS CRÍTICO	7
1.2.3. PROGNOSIS	10
1.2.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	10
1.2.5. PREGUNTAS DIRECTRICES	10
1.2.6. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	11
1.3. JUSTIFICACIÓN	12
1.4. OBJETIVOS	13

1.4.1. OBJETIVO GENERAL:	13
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	14

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	15
2.2. FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA	18
2.3. FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....	20
2.4. FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA (Categorías Fundamentales).....	23
2.4.1. DETERMINANTES SOCIO-CULTURALES	23
2.4.2. DEFICIENCIAS DE CONOCIMIENTO.....	25
2.4.3. ROL DE LOS SERVICIOS DE SALUD	27
2.4.4. BARRERAS	28
2.4.5. REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD.....	29
2.4.6. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	33
2.4.7. ANTICONCEPCIÓN REGULAR	34
◆ MÉTODOS HORMONALES	34
◆ MÉTODOS DE BARRERA	35
◆ DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU).....	36
◆ MÉTODOS DEFINITIVOS.....	36
2.4.8. PÍLDORA ANTICONCEPTIVA DE EMERGENCIA.....	37
◆ MECANISMO ACCIÓN	37
◆ EFICACIA.....	40
◆ INDICACIONES.....	40
◆ CONTRAINDICACIONES	41
◆ EFECTOS SECUNDARIOS:.....	42
◆ FORMAS DE ADMINISTRACIÓN:	42
2.5. HIPÓTESIS.....	42
2.6. SEÑALAMIENTOS DE VARIABLE.....	43

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN	44
3.2. MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	44
3.3. NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN	44
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	45
3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	47
3.5.1. OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE ..	47
3.5.2. OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE DEPENDIENTE	48
3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	49
3.7. MÉTODOS DE ANÁLISIS APLICADOS EN LA INVESTIGACIÓN.....	49
3.8. CRITERIOS ÉTICOS APLICADOS EN LA INVESTIGACIÓN	49

CAPÍTULO IV ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS ADOLESCENTES ESTUDIADOS.....	51
4.1.1. EDAD	51
4.1.2. GÉNERO.....	52
4.1.3. ÉTNIA CON LA QUE EL ADOLESCENTE SE IDENTIFICA.....	53
4.1.4. LUGAR DE RESIDENCIA	54
4.2. ASPECTOS DE SALUD REPRODUCTIVA	55
4.2.1. INICIO DE VIDA SEXUAL.....	55
4.2.2. UTILIZACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS:.....	57
4.2.3. ANTECEDENTES DE PATERNIDAD - MATERNIDAD	61
4.3. PREVALENCIA DE USO DE PAE.....	63
4.4. BARRERAS PARA EL USO DE PAE	65
4.4.1. CONOCIMIENTO SOBRE LA PAE.....	65
4.4.1.1. CONOCIMIENTO GENERAL SOBRE PAE.....	65
4.4.1.2. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA PAE.....	67

◆ CONOCIMIENTO DE LOS ADOLESCENTES SOBRE LA EFICACIA DEL PAE	67
◆ CONOCIMIENTO SOBRE LOS RIESGOS DEL PAE	69
◆ RIESGO DE ABORTO DE LA PAE	70
◆ BENEFICIOS DE PAE FRENTE A LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS).....	72
◆ CONOCIMIENTO SOBRE LA FORMA DE USO DEL PAE	74
4.4.2. RAZONES PARA NO UTILIZAR LA PAE	76
4.4.3. BARRERAS PARA EL ACCESO AL PAE.....	78
4.5. FUENTES DE INFORMACIÓN: ROL DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS.	80

CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES	83
5.2. RECOMENDACIONES	86

CAPÍTULO VI LA PROPUESTA

6.1. DATOS INFORMATIVOS	89
6.2. ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA	90
6.3. JUSTIFICACIÓN	91
6.4. OBJETIVOS	92
6.5. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD	93
6.6. FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICO-TÉCNICA	95
6.6.1. EDUCACIÓN POR PARES	95
6.6.2. EDUCACIÓN SEXUAL Y REPRODUCTIVA	97
6.6.3. PÍLDORA ANTICONCEPTIVA DE EMERGENCIA.....	99
6.7. MODELO OPERATIVO.....	101
6.8. ADMINISTRACIÓN.....	105

6.9. PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN.....	105
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	107
ANEXOS	107
ANEXO 1: Píldora Anticonceptiva de Emergencia (PAE) entregada por el MSP Ecuador.....	114
ANEXO 2: Autorización del director distrital de educación para aplicación de encuestas.....	115
ANEXO 3: ENCUESTA APLICADA A ESTUDIANTES	116
ANEXO 4: Fotos de la recopilación de datos.....	118
ANEXO 5: Nivel de Instrucción al que asiste o asistió la población de mujeres adolescentes con al menos un hijo nacido vivo.....	121
ANEXO 6: Ámbito económico de la adolescente embarazada	121
ANEXO 7: Diez principales causas de morbilidad femenina Ecuador 2009 ..	122

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Distribución según grupos de edad. Colegios del distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N°2. 2013.....	51.
GRÁFICO 2: Distribución según género. Colegios distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013	52.
GRÁFICO 3: Distribución según auto identificación étnica. Colegios distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013	53.
GRÁFICO 4: Distribución según auto identificación étnica por tipo de colegio. Colegios distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013.....	54.
GRÁFICO 5: Distribución de estudiantes según lugar de residencia. Colegios del distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013	54.
GRÁFICO 6: Adolescentes según inicio de vida sexual. Colegios distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013	55.

GRÁFICO 7: Inicio de vida sexual según el género. Colegios del distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013	56.
GRÁFICO 8: Inicio de vida sexual según autodefinición étnica y lugar de residencia. Colegios distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013	57.
GRÁFICO 9: Distribución del uso de anticoncepción en adolescentes que han iniciado vida sexual. Colegios distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N°2. 2013.....	57.
GRÁFICO 10: Uso de anticoncepción según el género sexual. Colegios del distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013	59.
GRÁFICO 11: Uso de anticoncepción según autodefinición étnica. Colegios del distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013	60.
GRÁFICO 12: Uso de anticoncepción según lugar de procedencia. Colegios del distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013	60.
GRÁFICO 13: Distribución de adolescentes con antecedente de paternidad-maternidad. Colegios del distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2....	61
GRÁFICO 14: Antecedente de paternidad-maternidad según el género. Colegios del distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013	62.
GRÁFICO 15: Antecedente de paternidad-maternidad según autodefinición étnica y lugar de procedencia. Colegios del distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013.	62
GRÁFICO 16: Uso de PAE en adolescentes que han iniciado vida sexual. Colegios distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013	63.
GRÁFICO 17: Conocimiento sobre la PAE. Adolescentes Colegios del distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013	65.
GRÁFICO 18: Conocimiento sobre eficacia de la PAE. Colegios del distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013	67.

GRÁFICO 19: Criterios sobre riesgos de la PAE. Colegios distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013.....	69
GRÁFICO 20: Criterio de los adolescentes sobre riesgo de aborto por uso de PAE. Colegios distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013.....	70.
GRÁFICO 21: Criterio de riesgo de aborto, como barrera para el uso de PAE. Colegios del distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013.....	71
GRÁFICO 22: Conocimientos sobre protección de PAE para ITS. Colegios del distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013.....	72.
GRÁFICO 23: Modo de uso de la PAE. Colegios del distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013.....	74.
GRÁFICO 24: Nivel de Conocimiento de PAE según variables. Colegios distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013.	76
GRÁFICO 25: Argumentos de los adolescentes para no utilizar el PAE. Colegios distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013.	77
GRÁFICO 26: Dificultad en el acceso al PAE. Colegios distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013.....	78
GRÁFICO 27: Razones que dificultan el acceso al PAE. Colegios distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013.....	79
GRÁFICO 28: Fuentes de información de la PAE. Colegios distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013.....	80
GRÁFICO 29: Rol de las unidades educativas y servicios de salud como fuentes de información de la PAE. Colegios distrito educativo. Ambato N° 2. 2013.....	81.
GRÁFICO 30: Adolescentes que desean mayor información sobre la PAE. Colegios distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013.....	82

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Población de estudiantes de bachillerato. Dirección distrital de educación intercultural y bilingüe Ambato N° 2.....	12
Tabla 2: Nomina de unidades educativas dividida en estratos de la muestra, dirección distrital de educación intercultural y bilingüe Ambato N° 2.....	45
Tabla 3: Prevalencia de uso de la PAE, según variables. Colegios distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013.....	64
Tabla 4: Conocimiento de la PAE, según características de la población estudiada. Colegios distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013.....	66.
Tabla 5: Conocimientos sobre eficacia del PAE, según variables. Colegios del distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013.	68
Tabla 6: Criterios sobre riesgo de la PAE. Colegios distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013.	70
Tabla 7: Criterio de riesgo de aborto por uso de PAE, según variables. Colegios distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013.....	71
Tabla 8: Protección de la PAE frente a ITS, según variables. Colegios distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013.	73
Tabla 9: Modo de uso de PAE, según variables. Colegios distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013.....	74
Tabla 10: Argumentos de los adolescentes para no utilizar el PAE, según variables. Colegios distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013.....	78

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

"BARRERAS QUE IMPIDEN EL USO DE LA PÍLDORA ANTICONCEPTIVA DE EMERGENCIA EN ADOLESCENTES QUE CURSAN EL BACHILLERATO A NIVEL DE LOS COLEGIOS DEL DISTRITO EDUCATIVO INTERCULTURAL Y BILINGÜE AMBATO N° 2, PERÍODO MARZO-JULIO 2013".

Autor: Moreno Genoves, Fernando Xavier

Tutor: Dra. MSc. Aguilar Salazar, Aida Fabiola

Fecha: Enero del 2014

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, de campo, para identificar las barreras que impiden el uso de la píldora anticonceptiva de emergencia en adolescentes de bachillerato de los colegios del distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N°2, en el período de Marzo a Julio del 2013. Se seleccionó una muestra estratificada, aleatoria y proporcional de 759 adolescentes (de una población de 7341), de los cuales 590 pertenecían a planteles fiscales, y 169 a planteles particulares.

La edad de los adolescentes varió entre los 14 a 19 años, (promedio de 16,8 años), siete de cada 10 adolescentes participantes fueron mujeres; según la etnia dos terceras partes fueron adolescentes mestizos, el resto fueron adolescentes indígenas; el 68,6% de los adolescentes de los colegios fiscales residen en la zona urbana; todos los estudiantes de los colegios particulares residen en el sector urbano; el 36% de adolescentes ha iniciado vida sexual, en promedio a los 16 años; El 38,1% de ellos no utilizan habitualmente algún método anticonceptivo; existieron diferencias

estadísticamente significativas en el uso de anticonceptivos entre indígenas y mestizos (menor en indígenas). El preservativo es el método anticonceptivo preferido por los adolescentes (63,7%), y el 15,2% de los adolescentes que han iniciado vida sexual, tiene hijos.

Los datos analizados muestran que, el uso de la PAE en adolescentes que han iniciado vida sexual tiene una prevalencia del 28,6%, sin embargo se constató que el 93,1% de adolescentes poseen conocimientos medios y bajos sobre el método y su aplicación correcta, con múltiples errores conceptuales, develando que el bajo conocimiento es una barrera trascendental para su uso, factor que debe ser abordado de forma multidisciplinaria, con un rol activo de la comunidad educativa y los servicios de salud.

PALABRAS CLAVE: ANTICONCEPTIVOS, PAE, SEXUALIDAD, ANTICONCEPCIÓN, EMBARAZO.

TECHNICAL UNIVERSITY AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

MEDICAL CAREER

**"BARRIERS TO THE USE OF THE EMERGENCY CONTRACEPTIVE PILL
IN ADOLESCENTS ENROLLED IN THE BACCALAUREATE-LEVEL
COLLEGES AND BILINGUAL INTERCULTURAL EDUCATION AMBATO
DISTRICT N^o 2, MARCH-JULY 2013 PERIOD".**

Author: Moreno Genoves, Fernando Xavier

Tutor: Dra. MSc. Aguilar Salazar, Aida

Date: January 2014

Summary

A descriptive, cross-sectional field study was conducted to identify barriers to the use of the emergency contraceptive pill in adolescents baccalaureate high school students, intercultural and bilingual education Ambato district N^o 2, in the period from March to July 2013. A stratified, random sample of 759 proportional and adolescents (from a population of 7341), of which 590 belonged to tax schools and 169 private schools were selected.

The adolescent age ranged between 14-19 years (mean 16.8 years), seven of each of 10 participants were female adolescents, by ethnicity two thirds were mestizo teenagers, the rest were indigenous teenagers, 68,6% of adolescents in the public schools reside in urban areas, all students in private schools reside in urban areas, 36% of adolescents initiated sexual life, on average at 16 years. The 38.1% of them don't regularly use any method of contraception; there were no statistically significant differences in contraceptive use between Indians and mestizos (indigenous

retail). The condom is the preferred method of contraception by adolescents (63.7%), and 15.2% of adolescents who initiated sexual life, have been children.

The data shows that the use of PAE in adolescents who have initiated sexual life has a prevalence of 28.6 %, however it was found that 93.1% of teenagers have medium and low knowledge about the method, with errors conceptual and applied properly, revealing that low awareness is a crucial barrier to its use, a factor that must be addressed in a multidisciplinary way, with an active role in the education community and health services.

CONTRACEPTIVE, PAE, SEXUALITY, CONTRACEPTION, PREGNANCY:
KEYWORDS.

INTRODUCCIÓN

La Píldora Anticonceptiva de Emergencia (PAE), según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es un método de prevención de embarazos después de haber mantenido una relación sexual sin protección. En nuestro medio, se realiza la promoción y entrega desde el presente año sin necesidad de receta médica, la cual consta de una pauta de dos dosis divididas cada 12 horas de un comprimido de 0,75 mg de levonorgestrel, eficaz dentro de las 72 horas posteriores al coito, cuya eficacia puede prolongarse si se lo consume hasta el 5to día.

Su mecanismo depende principalmente del momento del ciclo menstrual y del tiempo desde la relación sexual, y provoca diferentes efectos como la inhibición de la ovulación, la alteración de la motilidad tubárica y aumento de la viscosidad a nivel del cuello uterino.

Al ser un medicamento avalado por la comunidad científica, debería ser una herramienta muy importante para disminuir las tasas crecientes de embarazos no deseados en adolescentes, y por consiguiente la incidencia de abortos en condiciones que incrementan las tasas de morbi-mortalidad materna.

El rol insuficiente en educación sexual por parte de los servicios de salud, planteles educativos y la familia, predisponen a que los adolescentes inicien su vida sexual a edades cada vez más tempranas, sin un sólido conocimiento de métodos anticonceptivos de uso regular y de emergencia, por consecuencia el Ecuador se encuentra en el segundo lugar en incidencia de madres adolescentes a nivel de Latinoamérica después de Venezuela, además las altas tasas de embarazo en adolescentes vinculan la principal causa de morbilidad femenina en Ecuador, que es el aborto, y pone en riesgo la salud y la vida de las mujeres que se someten a ello. Adicionalmente, en Ecuador existen alrededor de 122.301 madres adolescentes, de las cuales el 75,2% pertenece a la población económicamente inactiva, involucrando además al sexo masculino debido a que se ha determinado que uno de cada cinco adolescentes es padre en el Ecuador.

Ante esta realidad, el Ministerio de Salud Pública (MSP), creó el programa de entrega de PAE en forma gratuita a todas las personas que lo requieran en cada uno de los servicios de la red pública, sin embargo no se conoce el acceso y las dificultades que enfrentan los usuarios, especialmente los adolescentes que al no ser informados adecuadamente o manejar creencias o conceptos equivocados pueden hacer mal uso de este beneficio o no acceder con oportunidad al medicamento, lo que ocasiona que no resuelva el problema básico que dio lugar a la política.

Por todo lo anterior es imprescindible descubrir las barreras que enfrentan los adolescentes, no solo para el uso de la PAE, sino también para la práctica de una sexualidad responsable, resultando necesario abordar estos temas de una forma multidisciplinaria que involucre un rol activo tanto por el sector salud, educativo y la familia.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. TEMA

"Barreras que impiden el uso de la píldora anticonceptiva de emergencia en adolescentes que cursan el bachillerato a nivel de los colegios del distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N°2, período Marzo–Julio 2013”.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1. CONTEXTUALIZACIÓN

A nivel mundial, la anticoncepción es un tema controversial con influencia cultural, étnica, religiosa, socioeconómica, lo cual implica que las entidades de salud deben realizar múltiples esfuerzos para lograr que la información llegue a las personas que la necesitan y así pueda tomar decisiones adecuadas a sus necesidades y expectativas. Sin embargo, con frecuencia se evidencia que el correcto uso de tales medicamentos es bajo e irregular, expresándose en las cifras alarmantes de embarazos en mujeres jóvenes y adultas, siendo más preocupante las tasas de embarazos en adolescentes y los datos crecientes de abortos provocados, (que muchas veces se practican en condiciones insalubres) y altas tasas de mortalidad a consecuencia de las complicaciones de éstos.

A pesar de ello y en un esfuerzo para controlar el creciente número de embarazos no deseados, muchos países han puesto en vigencia programas en los que se entrega gratuitamente anticonceptivos de emergencia, cuyo uso debe estar mediado por procesos de información y educación a las usuarias, sin embargo es notorio que muchas de las mujeres que solicitan el método, no cuentan con conocimientos

apropiados para su uso, probablemente debido a la información escasa y contenido poco claro de la información, que no es proporcionada por fuentes adecuadas, que en este caso debería ser los servicios de salud, centros educativos y el hogar. Por otra parte, los adolescentes mantienen relaciones sexuales sin aplicar las medidas de contracepción regular y de emergencia (lo que aumenta el riesgo de embarazos y/o abortos), por desconocimiento de los mismos, por carencia de recursos para su adquisición y por dificultades en el acceso a los servicios de salud, pues con frecuencia pueden ser sujetos de maltrato o discriminación; de allí la gran importancia de desarrollar estrategias en el sector salud en lo concerniente a la planificación familiar, a fin de facilitar el acceso a la información y mejorar la asesoría de anticoncepción regular, para disminuir la frecuencia de relaciones sexuales sin protección anticonceptiva, y en el caso de necesitar un método anticonceptivo de emergencia, la población cuenta con conocimientos suficientes para emplear la PAE, teniendo como referencia que es un método válido, con una alta seguridad contraceptiva, avalado por organismos internacionales y locales encargados del control de los medicamentos de uso humano; además, la Organización Mundial de la Salud ha colocado a las píldoras de levonorgestrel en la lista oficial de Medicamentos Esenciales, por lo que en más de 100 países este fármaco está disponible y cuenta con registro sanitario, lo que legaliza su venta y dispensación (Organización Mundial de la Salud, Julio de 2012).

Para promover el uso de la PAE, se creó el “Consortio para la Contracepción de Emergencia” que tiene como finalidad, la difusión y promoción de información sobre este método (González, 2010), procurando además superar barreras socioculturales y conceptuales diversas y específicas del entorno de los países, en donde hay temores, mitos y creencias acentuadas sobre lo desconocido, (en este caso la PAE), pues ello pone en desventaja a la mujer de los estratos sociales pobres, donde “la situación de pobreza ha sido históricamente sinónimo de vulnerabilidad frente a los actos de poder del Estado y de terceros. Una mujer, que además de ser adolescente, es pobre, tendrá

una carga adicional a la hora de reclamar el respeto de su autonomía” (Undurraga Valdés, 2011).

A nivel de Latinoamérica, existe población diversa y multiétnica con una tasa de escolaridad baja en relación con los países desarrollados, lo cual está directamente relacionado con la adquisición de conocimientos; simultáneamente los programas para abordar la educación sexual y métodos de anticoncepción modernos, no son debidamente estructurados cuyo impacto es insuficiente.

En un artículo (Revista Redbioética / UNESCO, 2013) señala que, entre los elementos que han contribuido a limitar el acceso a la información y el uso de la anticoncepción de emergencia, destacan la posición y argumentos expuestos por la Iglesia Católica y los grupos de derecha, cuya presencia se ha incrementado en años recientes. Sin embargo, en varios países se ha avanzado de forma significativa en la incorporación de la PAE, ampliando las posibilidades de satisfacer las necesidades de la población que por alguna circunstancia tuvieron relaciones sexuales desprotegidas, incorporando a la PAE al menú de anticonceptivos disponibles, a pesar de los múltiples cuestionamientos de los sectores conservadores que se oponen a este método de planificación familiar (Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA, 2011).

A nivel de Ecuador, según el INEC, el aborto es la principal causa de morbilidad femenina (Ver Anexo 7), algunos de éstos, posiblemente son provocados (Vallejo, 2013), poniendo en riesgo la salud y la vida de las mujeres que se someten a ello. Adicionalmente, la problemática resultante del fracaso de los programas de anticoncepción en adolescentes abarca una vasta población como lo demuestran los datos obtenidos del VI Censo de Población y Vivienda, donde se recalca que en Ecuador existen alrededor de 122.301 madres adolescentes, de las cuales el 34,1% tiene instrucción primaria, y el 56,7% cursa la instrucción secundaria (Ver Anexo 5). De las madres adolescentes, el 75,2% pertenece a la población económicamente inactiva y el 24,8% pertenece a la población económicamente activa (Ver Anexo 6),

lo que evidencia el desfase económico familiar y social que involucra un embarazo no planificado a corta edad.

Por otro lado, el 5,2% de las madres adolescentes se auto identifican como afroecuatorianas, el 4,3% como indígenas y el 3.1% se reconocieron mestizas (INEC, 2010).

Cabe destacar que según el anuario de nacimientos y defunciones del 2011, se registraron 45.708 partos en madres adolescentes de las cuales por región sobresale la región costa con el 55,3%, seguido de la región sierra con el 38,4%, la Amazonia con el 6,3% y la región insular con el 0,14% (INEC, 2011). Teniendo en cuenta a los hombres, se ha determinado que uno de cada cinco adolescentes es padre en el Ecuador, el rol y la responsabilidad de un embarazo es tanto de los hombres como mujeres según lo referido por el 70% de adolescentes que intervinieron en la investigación realizada por Plan Internacional en 60 instituciones educativas de la costa ecuatoriana (Revista del Ministerio de Inclusion Económica y Social , 2013); estos datos colocan al país en el segundo lugar en incidencia de madres adolescentes a nivel de Latinoamérica después de Venezuela (Edición Diario Hoy, 2005), exponiendo las falencias del rol que desempeña la atención primaria de salud en este grupo vulnerable que son los adolescentes.

Estos datos recalcan que la tecnología e innovación de los medicamentos no han podido llegar toda la población, donde la promoción sexista del entorno, aborda a los y las adolescentes y por conflictos morales, religiosos y socioculturales encuentran varios obstáculos y errores conceptuales en relación a un correcto empleo de métodos anticonceptivos. Además, la escasa información proporcionada, se realiza en idioma castellano, sin tomar en cuenta que en la ciudad de Ambato existe una vasta población de adolescentes cuya lengua materna es el quichua, lo cual se convierte en un factor importante que genera distintos índices de conocimiento sobre la PAE en los adolescentes hispanoparlantes y los quichua hablantes estudiados de la población.

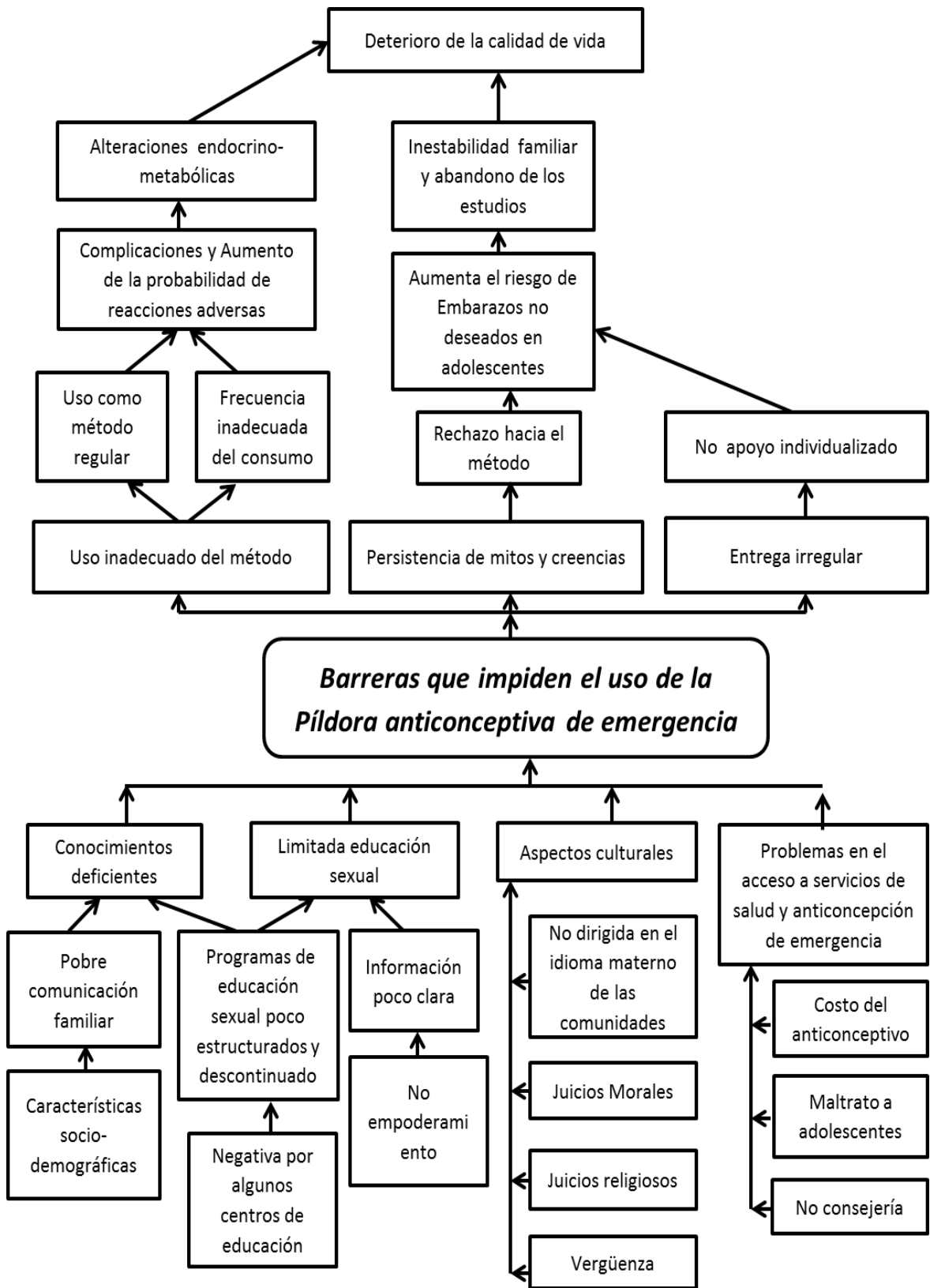
Entre otros factores que pueden intervenir en la adquisición de conocimientos de anticoncepción de emergencia figuran: la escasa información o poco clara, que se ofrece en el hogar, los centros educativos, la comunidad, encontrando a los servicios de salud con un rol de carácter pasivo frente al tema, usuarios exigentes y poco dispuestos a emplear tiempo en adquirir conocimientos sobre el tema, legislación poco clara que permite entrega ilimitada de los mismos, por los programas de salud, provocando una frecuente demanda de métodos anticonceptivos de emergencia, y al no tener un conocimiento adecuado sobre el correcto uso y efectos, desencadena un consumo habitual e inapropiado de la población, con un incremento de reacciones adversas y fracasos del método, que pudiesen evitarse con una asesoría profesional y familiar adecuada que debería ser el objetivo fundamental del médico de atención primaria de salud.

Por lo expuesto, se considera que la aceptación de la píldora anticonceptiva de emergencia en la red de servicios de salud pública puede ayudar a modificar tales estadísticas, a pesar de tratarse de una medida necesaria, la distribución libre de la PAE, no cuenta con datos validos que den cuenta de las estrategias de la promoción, oferta y demanda de la anticoncepción de emergencia entre los potenciales usuarios, por lo que es necesario que desde los espacios formativos de la Universidad se proponga la presente investigación con el propósito de aportar información que permita mejorar los componentes del programa, viabilizando su correcta aplicación, y garantizando su impacto en la morbimortalidad materna y en la mejora de la calidad de vida de las mujeres ecuatorianas en general y particularmente de las adolescentes, cuya protección y acceso a las prestaciones de salud debe ser garantizado por el Estado.

1.2.2. ANÁLISIS CRÍTICO

Al implementar el método anticonceptivo de emergencia se ha promovido su uso, ignorando el grado de conocimiento de la población acerca de la PAE, que pudiera llegar al consumo habitual e inadecuado, conllevando a trastornos de la salud y socio

familiares, que no se resolverán sin un conocimiento apropiado sobre causas y consecuencias de su uso; este desconocimiento es producto de varias barreras socioculturales que impiden la adquisición de conocimiento de anticoncepción, por lo que los estudios sobre su aceptabilidad pueden ayudar a identificar aquellos errores conceptuales, que influyen en las actitudes frente al uso del método. Ante la escasez de estudios que hayan explorado las barreras que existen para el uso de los anticonceptivos de emergencia en adolescentes, no es posible desarrollar con éxito su promoción, ya que primero es necesario identificar las barreras cognitivas y socioculturales que permitan obtener conocimientos válidos, con el fin de poder implementar programas de instrucción acorde a cada grupo poblacional.



1.2.3. PROGNOSIS

De continuar en el tiempo con el uso de la anticoncepción de emergencia, sin bases o conocimientos esenciales sobre el tema, los estudiantes de bachillerato de los colegios de Ambato podría seguir dos cauces: el primero, es que al tener poca información, la usuaria llegaría al abuso de este fármaco, y no se estaría empleando al PAE como un fármaco preventivo, sino como un tratamiento regular que cuyos efectos en la salud es desconocido, poco valorado y no considerado por parte de las usuarias, lo que contribuye a deteriorar la calidad de vida de las mujeres.

En cambio al seguir el otro cauce, que es ignorar la existencia de esta alternativa anticonceptiva, o rechazar su uso, efecto de no contar con una asesoría adecuada sobre anticoncepción regular y anticoncepción de emergencia, se continuaría enfrentando el riesgo de tener un embarazo no deseado, provocando inestabilidad familiar e inclusive abandono de los estudios, lo que es corroborado en cifras, donde el mayor porcentaje de las madres en el país (51,1%) solo alcanza la educación básica (INEC, 2010), teniendo que asumir responsabilidades para las que no están preparadas, convirtiendo al adolescente en un ente económicamente activo, enfrentando este fenómeno en muchos casos sin pareja (el 30,7% de las madres entre 12 a 17 años, no tiene pareja) (INEC, 2010), en una sociedad que en la actualidad cuestiona y califica esta situación como un problema, misma situación que en el pasado fue algo corriente.

1.2.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Qué barreras impiden el uso de la píldora anticonceptiva de emergencia en los/las adolescentes que cursan el bachillerato a nivel de los colegios del distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2, periodo Marzo- Julio 2013?

1.2.5. PREGUNTAS DIRECTRICES

✓ ¿Qué características socio-demográficas tienen las y los alumnos estudiados?

- ✓ ¿Qué nivel de conocimiento en relación a la píldora anticonceptiva de emergencia presentan las y los alumnos estudiados?
- ✓ ¿Existirá diferencias de conocimiento en relación al grupo étnico y lugar de residencia de las y los alumnos estudiados?
- ✓ ¿Cuál es el rol de los servicios de salud y de los establecimientos educativos en este tema?
- ✓ ¿De qué medios de información los adolescentes estudiados tienen acceso al PAE?

1.2.6. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Delimitación de contenido

Área de investigación:

Promoción de salud

Línea de investigación:

Salud preventiva

Prioridades a investigar:

Salud sexual y reproductiva

Delimitación temporal:

Este problema será estudiado en el período comprendido entre Marzo- Julio del 2013.

Delimitación Espacial:

Esta investigación se realizó en los alumnos que cursan el bachillerato a nivel de los colegios del distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N°2, los colegios son:

Tabla 1. Población estudiantes de bachillerato. Dirección distrital de educación intercultural y bilingüe Ambato N° 2.

COLEGIOS FISCALES	# Alumnos	COLEGIOS PARTICULARES	# Alumnos
Juan Francisco Montalvo	1103	Reinaldo Miño A	276
Luis A Martínez	495	La Salle	308
María Natalia Vaca	1105	Indoamérica	303
Universitario Juan Montalvo	304	Ricardo Discalsi	134
Hispano América	1209	Suizo	39
Joaquín Lalama	227	Bautista	116
Picaihua	167	Eugenio Espejo	30
Guayaquil	771	Gonzales Suarez	174
Chibuleo	176	Latino Americano	99
José Fidel Hidalgo	36	Espíritu Santo	21
Llangahua	39	INSUTEC	50
Tamboloma	42	Pedro Frías Carrasco	60
Huayna Capac	57		
Tamaño:	5731		1610 n: 7341

Fuente: División distrital de planificación, Archivo Maestro de Instituciones Educativas (AMIE), inicio año lectivo 2012- 2013.

1.3. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación tiene por objetivo analizar el desconocimiento de la anticoncepción de emergencia, en relación a su uso como alternativa para prevenir embarazos no deseados o complicaciones ginecológicas, esta información sirve como ayuda cultural a la sociedad de Ambato, teniendo como antecedente la polémica que ha surgido en torno al uso de la PAE y su entrega libre en los centros de salud, y comercialización sin requerir receta médica. Es por esto, que estos resultados significan un aporte válido que permitirá plantear programas acordes a las barreras encontradas en la población estudiada que impiden adquirir un adecuado conocimiento sobre el PAE, además con estos datos se podrá implementar estrategias, programas y acciones acordes a nuestra población, para así satisfacer a la sociedad con respuestas fundamentadas, concretas y concisas.

La investigación se realiza porque se requiere identificar cómo se está utilizando el PAE en la población adolescente, en procura de prever embarazos no deseados y problemas gineco-obstétricos, para proponer alternativas de solución, mediante información sistematizada, que facilita el diseño de estrategias que mejoren los conocimientos de este método anticonceptivo, recomendado por la comunidad científica, para de esta manera llegar a las potenciales usuarias que son mujeres en edad fértil; además permite realizar una práctica humanística, basada en la evidencia de la realidad obtenido en el método científico.

La investigación beneficiará a la sociedad que se enfrenta a la entrega libre del método anticonceptivo de emergencia, en particular a las mujeres en edad fértil que serán las potenciales usuarias, que sin contar con una adecuada asesoría puede llegar al uso incorrecto e irresponsable. Además esta investigación interesa a los trabajadores de salud, en especial al médico de atención primaria para adecuar programas de información sobre el PAE acordes a cada grupo poblacional.

La investigación es factible por ser un trabajo de interés con trascendencia nacional, enfocado a la población vulnerable que son los adolescentes, contando con el aval institucional por parte las autoridades educativas del distrito N° 2, para descubrir los conocimientos en los alumnos sobre el PAE, en pro de mejorar la capacitación al abordar el tema, además la investigación es económicamente realizable con un universo finito, organizado con características heterogéneas por lo que deriva resultados exquisitos de análisis.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL:

Establecer las barreras que impiden el uso de la píldora anticonceptiva de emergencia en las y los adolescentes que cursan el bachillerato a nivel de los colegios del distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2, período Marzo-Julio 2013.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir las características socio-demográficas de las y los alumnos estudiados.
- Determinar el nivel de conocimiento que tienen sobre la píldora anticonceptiva de emergencia las y los alumnos estudiados.
- Establecer diferencias de conocimiento en relación al grupo étnico y lugar de residencia de las y los alumnos estudiados.
- Determinar el rol de los servicios de salud y establecimientos educativos en la promoción y difusión de la PAE.
- Identificar las fuentes de información sobre la PAE en los adolescentes estudiados.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

En la revisión bibliográfica se encontraron los siguientes estudios que aportan los siguientes datos de relevancia.

1.- Se realizó un estudio en Ecuador sobre el diagnóstico de la promoción, oferta y demanda de la anticoncepción de emergencia ciudades de las provincias de Loja, Guayas, Pichincha, Esmeraldas y Chimborazo, tipo transversal descriptivo, en cuya investigación concluyeron que en el sistema de salud pública la entrega de anticoncepción de emergencia se da en muy pocos casos, su distribución sigue siendo escasa y la difusión del método es casi nula. Refiriendo diversas razones que impiden que las mujeres accedan al método, destacando que la distribución depende de la voluntad y las percepciones del personal de salud; no establecer mecanismos y protocolos claros, nacionales y exigibles para la distribución de anticoncepción de emergencia; no capacitar al personal de salud en cuanto a mecanismos y protocolos para la atención de esta solicitud como una emergencia dentro del sistema de salud pública; por otro lado, además la población al acceder al servicio público se enfrenta a un protocolo que implica conseguir un turno, abrir un historial clínico y perder muchas horas y a veces días en un proceso que constituye una emergencia; y en muchos casos se deja la responsabilidad de la entrega de PAE en una sola persona – la encargada de recetar anticoncepción normal- cuando este es un procedimiento de emergencia que debería estar siempre disponible y debería poder ser realizado por todo el personal, tomando en cuenta que no se necesita formación médica especializada para comprender y poner en práctica los criterios de elegibilidad para el uso de este método.

Este estudio también concluyó que pocas mujeres conocen la existencia de la Anticoncepción de Emergencia. Quienes conocen de su existencia no siempre saben a dónde acudir para adquirirla y/o tienen muchos prejuicios con respecto a su mecanismo de acción y su legalidad, poniendo en tela de juicio el rol de los servicios de salud, dado que la mayor parte de mujeres que ha usado el PAE las ha adquirido a través del sistema privado de salud, enfrentando las barreras del alto precio y la difícil búsqueda del método, sumado a esto la sociedad se enfrenta al conflicto moral por el miedo de que un método postcoital tenga el efecto de causar “promiscuidad” e “irresponsabilidad” en las mujeres, especialmente en las más jóvenes y de justificar y afianzar las razones que esgrimen los hombres para no usar condón; razón por lo que se busca brindar una pauta en nuestra sociedad para entrar en un proceso evolutivo del pensamiento moral y empírico, a un pensamiento científico (Larrea Izaguirre, 2010).

2.- Un estudio transversal cualicuantitativo sobre Conocimientos y actitudes hacia el uso de la anticoncepción de emergencia en jóvenes universitarios, aplicado a 583 estudiantes universitarios de primer ingreso del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara (México), concluyó de la exploración cuantitativa que de la muestra estudiada, más del 95% refirió haber escuchado algo sobre la anticoncepción de emergencia, dato que fue similar entre hombres y mujeres; sin embargo, los hombres tuvieron significativamente mayor conocimiento del uso correcto del método en un 62.5 % comparados con las mujeres en un 49 %; Al comparar las actitudes hacia el uso de la anticoncepción de emergencia no se encontraron diferencias entre hombres y mujeres ante casos de violación y olvido de un método de planificación familiar, adicionalmente más del 80 % de hombres y mujeres consideraron que el método es útil con una aceptación de uso significativamente mayor en los hombres (83.3 %) que en las mujeres (71.9 %); Al explorar si alguna vez utilizarían la anticoncepción de emergencia, los hombres fueron significativamente más proclives a su uso, pero sólo 20.3 % expresó que apoyaría a su pareja para utilizarla. Sin embargo un gran porcentaje de 78 % de la

población expresó que les gustaría tener mayor información acerca de la píldora anticonceptiva de emergencia.

En cuanto a la exploración cualitativa se encontró que los argumentos para respaldar la no aceptación, principalmente se relacionaron con una concepción de la píldora anticonceptiva de emergencia como método potencialmente abortivo, además tanto para hombres como para mujeres, la información que tenían sobre el método fue valorada como “insuficiente” y adicionalmente por las mujeres como “mala”, “incompleta”, “poco clara” y “de difícil acceso”.

Se encontró que aunque casi la totalidad ha escuchado algo sobre la píldora anticonceptiva de emergencia, apenas la mitad conoce su uso correcto y una cuarta parte mostró actitudes no favorables hacia este método.

En cuanto al uso correcto se concluyó que los jóvenes tienen mayor dominio del uso del método, comparado con el reporte de estudiantes de secundaria. Estas diferencias podrían ser explicadas por la diferencia de edad y escolaridad de la población y por el tiempo transcurrido entre estas evaluaciones, lo que potencialmente podría indicar que este método va ganando adeptos y apoya nuestro propósito de estudio en la población con aparente menor conocimiento que son los estudiantes de bachillerato (Tapia-Curiel, 2008).

3.- En estudiantes de 2º de Bachillerato, de la zona básica de salud de Torrijos (Toledo - España), se evaluó mediante un estudio descriptivo transversal mediante encuesta a 446 alumnos estableciendo como resultados el 33.1% han mantenido relaciones sexuales, la valoración de conocimientos sobre anticoncepción de emergencia fue de 3.9 sobre 10; mayor en mujeres y en edades superiores, encontrando la principal fuente de información los medios de comunicación en un 45.3%, pero la más deseada son los profesionales sanitarios en un 86.3%; el 61.1% prefiere obtenerla en centros especiales para jóvenes.

Además se develó que un 8.4% de los que han mantenido relaciones sexuales ha usado alguna vez anticoncepción de emergencia; un 9.1% son repetidoras. Y aunque la población estudiada es de un país desarrollado se encontró que el 45.5% de la población estudiada tuvo dificultades para conseguir la píldora anticonceptiva de emergencia. De este estudio los autores concluyeron que el grado de conocimiento sobre anticoncepción de emergencia es bajo, además que un alto porcentaje no considera el método como de “emergencia”, adicionalmente, como aporte para el estudio planteado el rango de edades analizado es similar al estudio en discusión (Brasa A, 2007); planteando que las barreras cognitivas y las actitudes en cuanto al uso de este método no solo dependen del desarrollo Bio-social de la población sino también de la forma de cómo se asimila en el pensamiento individual.

2.2. FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

La píldora anticonceptiva de emergencia se ha estado utilizando por las mujeres secretamente desde mucho tiempo atrás, como un método preventivo emergente, sin embargo, en los últimos meses su aprobación y puesta en vigencia ha generado mucho debate, que no es un debate nuevo entre la iglesia, el estado y sectores sociales que defienden los derechos de las mujeres, sino que más bien resurge cuando se tocan aspectos que tienen que ver con las políticas públicas en relación a la salud reproductiva y los derechos sexuales.

Con la aprobación de la PAE dentro del sector salud, se busca evitar quizá miles de embarazos no deseados y es significativo que se haya incluido en la Norma Oficial a las adolescentes como destinatarias de estos servicios, porque son las más expuestas a tener relaciones sexuales sin protección; sin embargo, se ignora la manera como se esté usando, lo cual es un riesgo que podría desencadenar reacciones colaterales gineco-obstétricas en las usuarias e incluso la pérdida de la vida de la mujer expuesta a aborto, a más del perjuicio moral que acompaña una concepción errónea sobre la anticoncepción de emergencia (Valladares, 2005).

En la concepción moral se apoya la iglesia, que muestra un franco rechazo, y condena el uso de la píldora anticonceptiva de emergencia poniendo como argumento fundamental el derecho a la vida, al tomar al PAE como un método abortivo, defendiendo la vida intrauterina, sin juzgar a los hombres que ejercen su sexualidad irresponsablemente y no se hacen cargo de su paternidad, y sí en cambio condenan moralmente a las mujeres que ejerciendo su libre albedrío intentan no cargar a veces solas con un embarazo no deseado (Nava Péres, 2012).

Si antes era normal que una adolescente dejara de estudiar para casarse o se embarazara e iniciara una nueva familia al terminar el colegio, ahora esa misma situación se ha transformado en un problema social, porque interrumpe su educación, saca a la mujer de mercado laboral o la enfrenta con situaciones conflictivas y de discriminación en el trabajo y a veces en el propio entorno familiar y social. Además de los muchos beneficios de la escolaridad, es necesario considerar que ésta ha reemplazado al matrimonio como la fuente de seguridad económica en que las personas confían, donde el rol protector por parte de los padres se enfoca en tratar a los hijos e hijas adolescentes como si no tuvieran vida sexual y se espera particularmente de las jóvenes que respondan a ese trato no embarazándose. Las personas jóvenes con actividad sexual que intentan evitar el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual, es decir, quienes actúan reflexivamente de acuerdo a sus circunstancias, son criticadas familiar y socialmente por el ejercicio de esa autonomía, considerada inadecuada para su edad. Las mujeres son especialmente castigadas si previenen el embarazo, porque implica que asumen disposición e iniciativa frente al sexo (Undurraga Valdés, 2011).

Las mujeres se embarazan sin desearlo, abortan aún en contra de sus propias convicciones religiosas; en el presente y futuro, la mujer lo hace y seguirá haciéndolo. Este método, se lo concibe como un paradigma que enfrentara el pensamiento de la mujer al ejercer su derecho a decidir con un frecuente cargo de conciencia al desconocer los beneficios y complicaciones que conlleva el uso del PAE (Nava Péres, 2012).

2.3. FUNDAMENTACIÓN LEGAL

La anticoncepción de emergencia ha avanzado de forma significativa en su incorporación y distribución legal en varios países pese a la oposición religiosa, frentes conservadores y moralismos familiares donde los y las jóvenes se demoran cada vez más en independizarse física y económicamente de su familia de origen.

Además de tener conflictos en cuanto al inicio de vida sexual, el uso de PAE es considerado método abortivo en numerosos grupos sociales sin un fundamento científico por lo que (Valladares, 2005) recalca “El método de anticoncepción de emergencia o píldora del día siguiente no es abortivo, es anticonceptivo, por tanto no viola el derecho a la vida”, por lo que la anticoncepción de emergencia no afecta de manera alguna al Art. 32.1 de la Constitución Política que garantiza el derecho a la vida, porque su naturaleza es anticonceptiva, no abortiva, consecuentemente de ningún modo se afecta la vida del que está por nacer; adicionando la autora menciona que la Anticoncepción de Emergencia en el país es legal desde 1998, y está reconocida como tal en la Normas de Salud Reproductiva del Ministerio de Salud (Valladares, 2005).

La anticoncepción de emergencia es un método anticonceptivo que contribuye al ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres (Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA, 2011).

Por todos los antecedentes y en vista de la alta incidencia de embarazos en adolescentes el ministerio de salud de la República del Ecuador como estrategia para disminuir la incidencia de embarazos no deseados, emitió el Lunes 25 de marzo del 2013 el registro Oficial N 919, REGLAMENTO PARA REGULAR EL ACCESO Y LA DISPONIBILIDAD DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, en ejercicio de las atribuciones concedidas por los artículos 151 y 154 de la Constitución de la República del Ecuador y el artículo 17 del Estatuto del Régimen Jurídico Administrativo de la Función Ejecutiva.

Para la emisión de esta normativa se tomó como referente la publicación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), realizada en Marzo de 2012 recopilando la evidencia médica sobre el Mecanismo de Acción de la PAE (anticoncepción oral de emergencia) en la prevención del embarazo, estableciendo que una serie de estudios han proporcionado una fuerte y directa evidencia de que las PAE de LNG (Levonorgestrel) previenen o retrasan la ovulación, no inhiben la implantación, por lo que no es abortiva, pueden afectar la calidad del espermatozoides después de la eyaculación, no tiene efecto cuando se ha producido el embarazo, por lo tanto no afecta al embrión.

Del informe cabe recalcar en el Capítulo I, Art. 1, poner a disposición de mujeres y hombres del territorio nacional, servicios para atención integral de calidad así como toda la información que sea requerida sobre planificación familiar incluyendo la anticoncepción oral de emergencia (AOE). Además en el Art. 3, se menciona que el Ministerio de Salud Pública proveerá información, asesoría y entregará métodos anticonceptivos, a través de sus Establecimientos de Salud, siendo obligación de éstos garantizar el acceso a los mismos de forma gratuita y oportuna, incluida la anticoncepción oral de emergencia a toda la población en general, especialmente a adolescentes, jóvenes y mujeres que lo requieran, resaltando que en ninguno de los casos se requerirá autorización de la pareja ni de ningún familiar, para el uso de un método anticonceptivo. Por el principio de confidencialidad el personal de salud está obligado a no divulgar esta información. En caso de que no se cumpla esta disposición se sancionará de acuerdo a las normas pertinentes (Sociedad Ecuatoriana de Bioética, 2013).

En cuanto a la información sobre la anticoncepción oral de emergencia (AOE) en el Capítulo III, Art. 9, resalta que deberá ser proporcionada de manera objetiva, ágil, oportuna y eficiente, en base a evidencia científica, teniendo que recalcar que es un método anticonceptivo de excepción y no de rutina, por lo que no reemplaza el uso continuo y planificado de otros métodos anticonceptivos, y debe ser usado máximo dentro de los cinco (5) días después del coito sin protección, sin embargo, es

fundamental entregarla a la brevedad posible para aumentar su efectividad, preferiblemente antes de los tres (3) días de la relación sexual insegura, mencionando que este método no previene las infecciones de transmisión sexual ni el VIH/sida.

En cuanto a la distribución de la PAE en el Capítulo V, Art. 18, exhorta que se distribuirá ante solicitud de las/os usuarias/os, en cualquier situación, especialmente para:

Prevenir un embarazo después de una relación sexual sin protección, en un periodo de hasta 5 días después, procurando tomarlas en un período menor de hasta 3 días.

Si el condón se ha roto durante el coito, o si ha habido filtración, deslizamiento, o retención del mismo.

Si no ha tomado durante tres o más días su anticonceptivo oral.

Si ha habido un retraso de más de dos semanas en recibir su anticonceptivo inyectable.

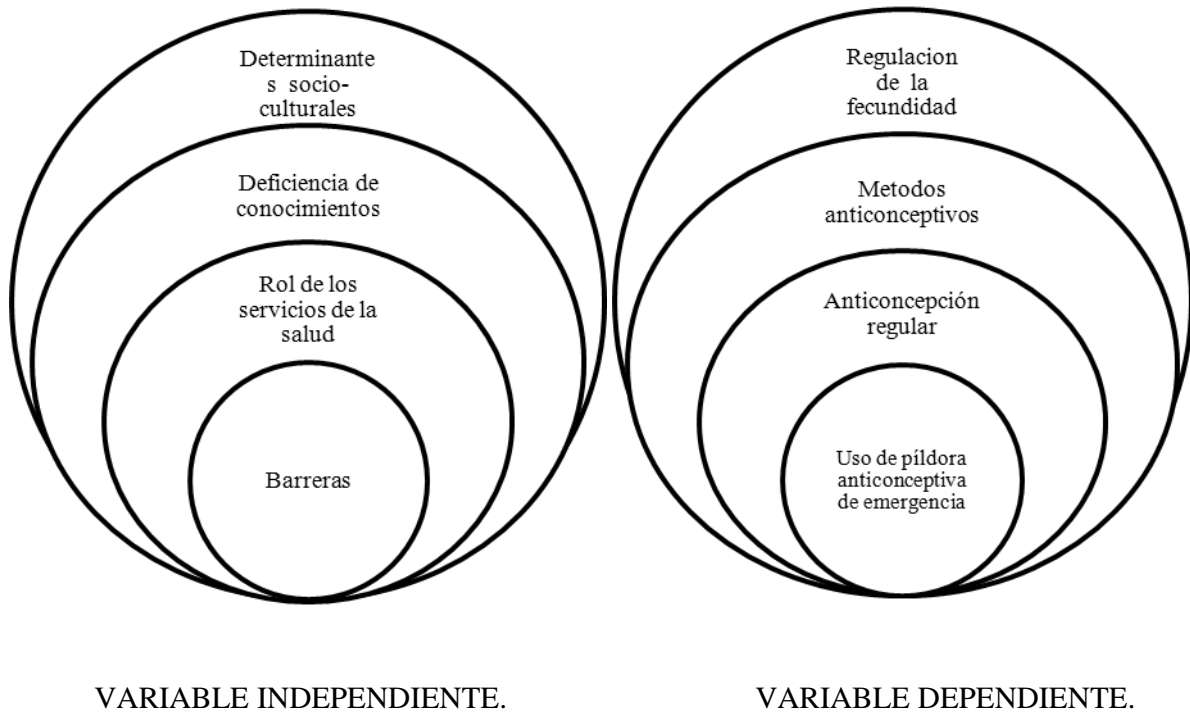
Si ha habido expulsión total o parcial del dispositivo intrauterino.

Si la persona ha sido forzada a tener relaciones sexuales o ha sido víctima de violencia sexual, se seguirán las normas y protocolos para atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida.

Además en el Art. 19, resalta que los Establecimientos del Sistema Nacional de Salud, suministrarán la anticoncepción oral de emergencia a cualquier persona que requiera su uso, sin necesidad de asistir a una consulta ginecológica, ni tener receta, ni ningún otro documento como requisito para su entrega inmediata, a hombres o mujeres que la soliciten; reiterando absoluta gratuidad en el Art. 20; recomendando a los profesionales de la salud en el Art. 23, que no podrán objetar conciencia, ni utilizar su criterio moral, para negarse a entregar anticoncepción oral de emergencia o cualquier método anticonceptivo, pues la píldora anticonceptiva de emergencia, al

igual que otros métodos anticonceptivos, permite hacer efectivo el derecho a la autodeterminación reproductiva, el mismo que está respaldado por el derecho a la integridad física, a la intimidad, a planificar la familia y a estar libre de toda forma de violencia que pueda afectar la vida sexual y reproductiva de la mujer (Ministerio de Salud Pública, 2013).

2.4. FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA (Categorías Fundamentales)



2.4.1. DETERMINANTES SOCIO-CULTURALES

Son factores sociales, económicos, culturales, étnicos, psicológicos y de comportamiento que influyen en la ocurrencia de problemas de salud y sus factores de riesgo en la población, por lo que al alterar estas condiciones se busca generar cambios en los niveles de prevalencia de ciertas enfermedades y de calidad de vida.

Tipos de determinantes socioculturales:

1. El contexto sociopolítico: Se refiere a factores del sistema político y social que inciden en la calidad de vida y las desigualdades que afectan a las personas. Un rol relevante lo desempeña en este contexto el Sistema de Protección Social.

2. Las circunstancias materiales: Referidas a las condiciones en que las personas nacen y se desarrollan durante su ciclo vital, determinando sus formas de subsistencia y sus posibilidades de satisfacer sus necesidades, por ejemplo las condiciones medioambientales, de vivienda, de acceso a bienes y de trabajo; razón muy importante en el acceso al PAE puesto que las adolescentes en situaciones de pobreza que necesitan utilizar el PAE probablemente deberán dar muchas explicaciones incómodas al médico que las atiende en el sistema público de salud, recibirán recomendaciones no solicitadas sobre el manejo de su fertilidad y tendrán menos posibilidades de reaccionar ante una intervención paternalista que les parezca ofensiva; por otro lado, el embarazo es una realidad que afecta desproporcionadamente a las adolescentes pobres (Undurraga Valdés, 2011).

3. Los factores biológicos: Inherentes a la fisiología del organismo y menos susceptibles de modificación que los demás factores. Están vinculados a la composición de la población, y son relevantes para el diseño de estrategias a nivel local, como es el caso del sexo, la edad y la etnia. En cuanto a la etnia se evidencia que es un factor trascendental en cuanto al uso del PAE debido a la escasa información sobre anticoncepción que existe en las poblaciones indígenas a más que existe de sobremanera creencias y tabúes acerca de sexualidad y en algunos casos negación a adaptarse a los avances científicos.

4. Los factores conductuales: Inciden en la calidad de vida de las personas.

5. Los factores psicosociales y la cohesión social: Aluden a los entornos en los que las personas se desenvuelven, como la falta de apoyo social, el estrés (acontecimientos vitales negativos), el poco control sobre la vida.

6. El sistema de salud: Se estima que “los resultados en salud dependen en un 25 % de los servicios de salud propiamente tales”. Por tanto los sistemas de salud, Juegan un rol relevante contribuyendo a permitir el acceso a los servicios sanitarios a las personas desde enfoque de derechos.

7. Los primeros años de vida: Existe evidencia científica respecto a que en la infancia temprana y el período prenatal se establecen las bases de la salud adulta.

Un desarrollo lento y un apoyo emocional escaso aumentan el riesgo de tener mala salud y reducen el funcionamiento físico, emocional y cognitivo durante toda la vida (Quiero Gelmi, 2011).

2.4.2. DEFICIENCIAS DE CONOCIMIENTO

Las personas, a través de los órganos sensoriales, entran en contacto con el entorno (el mundo físico y el social), adquiriendo y elaborando información acerca del mismo, es decir, adquiriendo y elaborando conocimientos; estos conocimientos se adquieren por medio de los procesos cognitivos, que son los procesos relacionados con percibir, atender, memorizar, recordar y pensar y suponen la especial participación de áreas cerebrales filogenéticamente recientes que se encargan de organizar e integrar las funciones de otras regiones más arcaicas.

El acceso a la información es captado por los sentidos por medio de las sensaciones, la interpretación de esas sensaciones en el cerebro constituyen las percepciones. La percepción es el primer proceso cognitivo.

El desarrollo del conocimiento en la ciencia tiene lugar por la contradicción entre el tipo de estimulación social del conocimiento y el tipo de conocimiento que se ha acumulado por la sociedad, es decir, aquellas particularidades de la organización del conocimiento que resultan dominantes en la etapa contemporánea del desarrollo de la ciencia.

En la etapa actual, en la que se hace cada vez más evidente la complejidad de los fenómenos de la realidad en que vive el ser humano, se demanda por la sociedad un tipo de conocimiento que sirva de guía para la transformación del mundo, es decir, del conocimiento "activo transformador" que implica la transformación del conocimiento empírico que deriva de las investigaciones empíricas valoradas por la práctica.

Sin dejar de considerarse las fuentes de conocimiento, ni tampoco al sujeto o sujetos involucrados en el proceso de gestión del conocimiento, la interacción debe ocupar el lugar prominente en las investigaciones en este tipo de conocimiento, ya que es posible el enfoque complejo de las interacciones en el seno de los procesos de gestión del conocimiento en el contexto del conocimiento activo transformador (Gonzales, 2011).

Los conocimientos de los adolescentes están en continuo cambio por lo que la OMS define la adolescencia como el "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años, además esta etapa está dividida consecutivamente según (Penacho Chiok, 2013) en:

1. Adolescencia Temprana (10 a 13 años): Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intellectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

2. Adolescencia media (14 a 16 años): Es la adolescencia propiamente dicha cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia

y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

3. Adolescencia tardía (17 a 19 años): Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales, llegando a tomar sus propias decisiones y razonar acerca de él mismo y comienza a tener nuevas facultades de pensamiento y se vuelve introspectivo, analítico y autocrítico (Penacho Chiok, 2013).

Las funciones desarrolladas del individuo le permite independizarse, sin embargo el adolescente se siente enormemente atado a su grupo, y con mayor razón a sus amigos por lo que la influencia de ellos es un factor importante y una fuente de información de gran trascendencia (Villalba Morente, 2013).

2.4.3. ROL DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Los servicios de salud se encargan de dirigir, administrar los recursos, conseguir objetivos y metas y analizar los resultados para solucionar los problemas, lo cual se debe aplicar al ámbito del sistema de salud y que puede dividirse en 3 grandes niveles, que van desde lo general a lo particular:

La macro que se encarga de la gestión relacionada a la institución de gobierno representada por el Ministerio de Salud Pública encargado de las políticas públicas de salud, normativas para la financiación, la oferta y demanda de los servicios y su regulación que se aplican al sistema de salud y al sistema de servicios de salud; el resultado se refiere a la equidad, accesibilidad y calidad con que se responde a la salud y sus determinantes; en caso de la utilización de PAE el ministerio emitió el registro oficial 919, reglamento para regular el acceso y la disponibilidad de métodos anticonceptivos en el sistema nacional de salud actualmente en vigencia.

El nivel meso cuya gestión se refiere a la administración de las unidades de salud, comprende la coordinación y motivación de los trabajadores de estas unidades y se centra en la articulación interna entre servicios y externa entre niveles de atención; sus resultados son los servicios integrales e integrados de salud.

El nivel micro que implica la gestión clínica relacionada directamente a la práctica de los profesionales de la salud, que son figuras clave en el proceso de atención médica y quienes toman directamente decisiones sobre los usuarios bajo la mejor evidencia científica del momento, debido a que alrededor del 70% de los recursos sanitarios son asignados fundamentalmente por los clínicos en su labor diagnóstico-terapéutico; este es el pilar fundamental de información de atención primaria de salud de gran importancia para la difusión del PAE en la sociedad, con terminología adecuada a cada grupo poblacional (Villacrés A, 2007).

2.4.4. BARRERAS

En el estudio socio-demográfico en el entorno de Ecuador se evidencia múltiples factores que impiden el desarrollo de un fenómeno también llamadas barreras, dichos factores se multiplican a nivel local por estar situado en el centro del país, y presentando diversas culturas. Este marco social también ha conllevado al desarrollo de una interesante línea de investigación sobre cómo los humanos procesan la información en situaciones que implican decisiones morales.

Una fundamental barrera para la adquisición de conocimientos y actitudes frente al PAE es el insuficiente ejercicio de la autonomía la cual requiere según (Undurraga Valdés, 2011) de ciertas competencias personales, entre ellas una mínima capacidad de reflexión y de conexión con los propios sentimientos; y de algunas condiciones básicas, como tener alternativas entre las que optar y cierto grado de libertad frente a la interferencia de terceros. Sin embargo, no obstante la deficiencia en esas capacidades o condiciones, atribuimos normativamente una autonomía básica a todas las personas adultas para reconocerles igual estatus moral y político.

En el entorno ecuatoriano tiene gran influencia el lugar de residencia y la cantidad de recursos materiales y simbólicos a los que una mujer puede acceder. Los recursos más importantes para acceder a anticoncepción de emergencia son: dinero, receta médica e información a pesar que este método ya es legal.

Mientras que en general las mujeres del campo cuentan con menos recursos (menos dinero, pero también menos información y difícilmente cuentan con acceso a una receta médica), las farmacias y los centros de salud pública rural casi nunca están provistos de anticoncepción de emergencia.

Las mujeres jóvenes generalmente tampoco cuentan con la información y el dinero necesario, pero si están en la ciudad y logran conseguir la información, no será tan difícil para ellas acceder al método; mientras tanto, para las mujeres de la ciudad es imprescindible contar con información específica acerca del método y de cómo conseguirlo, con esta información una mujer de la ciudad puede acceder fácilmente a un hospital o centro de salud bien dotado y, si cuenta con el dinero necesario, comprarlo en una farmacia cercana (Larrea Izaguirre, 2010).

2.4.5. REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD

La regulación de la fecundidad es un derecho humano, para cuyo ejercicio pleno se expresa en el Registro Oficial No. 919 (Ministerio de Salud Pública, 2013) es necesario tener acceso a la información y a los servicios, lo cual permite que las personas puedan tomar decisiones con pleno conocimiento frente a una gama de posibilidades a su alcance, para decidir tener o no hijos, la oportunidad, el número y el espaciamiento de los mismos.

La fecundidad es un fenómeno demográfico debido a que interviene en el crecimiento de la población y determina sus características, y expresa la capacidad de procreación (Ramos, 2013). Este fenómeno comprende dos aspectos, el tratamiento de la esterilidad, y la regulación de la fertilidad, la cual depende de varios procesos fisiológicos de contraste entre el sexo masculino y femenino, para un mismo fin que

es la producción de los gametos y posteriormente la unión de estos para dar como resultante un nuevo ser; la producción de los gametos depende de la fertilidad gonadal tanto masculina como femenina.

LA FERTILIDAD MASCULINA

Los espermatozoides, que se fabrican en los testículos, de forma constante y continua, van a través de los conductos deferentes, donde se quedan almacenados. La próstata y las vesículas seminales segregan las sustancias que forman el semen junto con los espermatozoides. El pene es el órgano de la copulación. En su interior, está la uretra, que es el conducto por donde salen los espermatozoides al exterior, que también comunica con la vejiga urinaria, el cuerpo esponjoso y los cuerpos cavernosos.

Cuando tiene lugar una relación sexual, el cerebro manda las órdenes para que, a través de los dos momentos, la erección y la eyaculación, sea depositado el semen en el lugar de la acogida, que es la vagina de la mujer. El género masculino en cada relación sexual expulsa siempre espermatozoides lo que resulta en que siempre son potencialmente fértiles, solo depende de que sea en cantidad y con la calidad adecuada para que se dé la fecundación, de esta manera el varón tiene que eyacular de 200 a 500 millones de espermatozoides. Si encuentran un cérvix entreabierto y un moco fácil de ser atravesado, van a penetrar e intentarán ascender hasta las trompas de Falopio. Si se quedan en la vagina, no podrán sobrevivir más de 4-6 horas. Si penetran el cuello, algunos de ellos continuarán el ascenso hasta la trompa, otros quedan en las criptas cervicales, conservando allí su motilidad y supervivencia de 3 a 5 días. Se calcula que del total de espermatozoides de una eyaculación, únicamente 800 llegan a las trompas, las cuales sólo un poco antes de la ovulación presentan la apertura óptima para ser atravesadas en su luz (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2013, págs. 7-10).

FERTILIDAD FEMENINA

Durante el ciclo menstrual se debe cumplir las funciones de madurar un óvulo, facilitar el encuentro espermatozoide-óvulo, alimentar y proteger al nuevo ser.

La maduración del óvulo se da en el ovario con duración variable en cada ciclo. A medida que se desarrolla el futuro óvulo dentro del folículo de Graaf, los estrógenos son secretados en mayor cantidad y preparan el endometrio.

Posteriormente se Facilita el encuentro óvulo-espermatozoide el cual se da cuando el óvulo tiene maduración adecuada, el cuello del útero sufre una serie de cambios bajo efecto de los estrógenos, estos cambios son la apertura y secreción de moco cervical favoreciendo el paso de los espermatozoides. En un moco cervical óptimo los espermatozoides pueden vivir hasta cinco días.

Después de la ovulación el organismo femenino actúa por si hubiera un embarazo, preparándose para alimentar y proteger al nuevo ser. El folículo de Graaf se transforma en cuerpo amarillo o lúteo y el ovario segrega entonces una hormona adicional, la progesterona, que tiene como función la transformación del endometrio para hacerlo apto para la anidación del óvulo fecundado; el cierre del cuello y el cese de la secreción del moco cervical. También actúa sobre el ovario inhibiendo la maduración de otros óvulos, además eleva la temperatura basal del cuerpo de 2 a 5 décimas de grado; también actúa sobre las mamas. (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2013, págs. 12-22)

Si los espermatozoides han podido llegar a la trompa y encontrarse con un óvulo, habrá habido fecundación. Después de unos 6 días recorriendo la trompa de Falopio el nuevo ser llega a la matriz, se implanta y pronto segrega su propia hormona la HCG que estimulará la supervivencia del cuerpo amarillo. La mujer no tendrá la menstruación y comprobará que está embarazada por la presencia de HCG en la orina o si su temperatura se mantiene alta más de 20 días.

Si no ha tenido lugar el encuentro del espermatozoide con el óvulo, éste muere como máximo a las 24 horas de su liberación. Unas dos semanas más tardes el cuerpo lúteo desaparece y deja de producir estrógenos y progesterona. El endometrio se destruye y es expulsado formando la menstruación. Comienza un nuevo ciclo menstrual.

En el ovario empieza a madurar un óvulo cuando comienza la menstruación porque la hipófisis, detecta niveles bajos de estrógenos, y segrega entonces una hormona, la FSH, que estimula al ovario para que madure folículos. Cuando el nivel de estrógenos es altísimo, segrega más cantidad de FSH y en las 24 horas siguientes, un pico de LH.

Esta hormona desencadena la rotura del folículo, la expulsión del óvulo y la transformación del folículo en cuerpo amarillo. Este empieza la secreción de progesterona, que se mantendrá dos semanas, si no hay fecundación, o 34 a 42 semanas si ésta se produce. Las parejas humanas más fértiles lo son durante una semana, según los distintos métodos de observación de la fertilidad podemos delimitar esta de forma más o menos precisa, que es el fundamento para los métodos naturales de la regulación de la fertilidad (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2013, págs. 12-22).

A continuación se mencionan en orden histórico de empleo los métodos que se utilizan:

- ✓ Método Ogino o del Ritmo: Ciclos previos
- ✓ Método de la Temperatura: Temperatura basal corporal
- ✓ Método Ciclotérmico: Ciclos previos y temperatura
- ✓ Método Billings: Moco cervical
- ✓ Método Mucotérmico: Moco cervical y temperatura
- ✓ Método Sintotérmico: Moco cervical, temperatura, ciclos previos y cérvix.

- ✓ Método de Lactancia-Amenorrea (MELA): Lactancia y amenorrea.

Los métodos naturales no garantizan gran eficacia, dependen de gran disciplina y exige mucha abstinencia, por lo que los avances en la farmacología y comprensión de la fisiología reproductiva ha permitido desarrollar métodos artificiales de la regulación de la fecundidad, entre estos tenemos:

- ✓ Métodos hormonales
- ✓ Dispositivos intrauterinos
- ✓ Métodos de barrera
- ✓ Esterilización femenina
- ✓ Vasectomía
- ✓ Anticoncepción de emergencia.

2.4.6. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (MAC)

Son todos aquellos procedimientos o técnicas destinados a evitar el embarazo, por lo que la ciencia en su afán por ofrecer métodos que permitan una sexualidad responsable ha puesto a disposición métodos anticonceptivos reversibles seguros, algunos de los cuales poseen una eficacia cercana o similar a la esterilización. Según (Plastino & Sulak, 2012) aparte de reducir el riesgo de embarazo de la mujer, muchos de los métodos hormonales reducen los síntomas asociados a la menstruación, regulan el ciclo menstrual, mejoran la tez y reducen el riesgo de cáncer. Además de favorecer el control de la natalidad, los métodos anticonceptivos pueden ofrecer diversas ventajas a las mujeres, y en la actualidad existen muchas más modalidades que en tiempos pasados.

2.4.7. ANTICONCEPCIÓN REGULAR

Con la evolución farmacológica los métodos anticonceptivos de uso regular son objetos, sustancias, y procedimientos que se utilizan de manera voluntaria para regular la capacidad reproductiva de una persona o una pareja con el fin de evitar un embarazo no planeado, que requiere de un uso paulatino y controlado a través del tiempo, a diferencia de un grupo de métodos llamados de emergencia que no requieren e inclusive es contraindicado su uso repetitivo.

Al estudiar la población adolescente se debe establecer los métodos que pueden ser utilizados por este grupo etario sin repercusiones en la salud y con seguridad garantizada. La mayoría de los métodos temporales de uso regular pueden ser utilizados por los adolescentes. Los métodos que ofrecen una mayor seguridad anticonceptiva son: los hormonales (pastillas e inyecciones) y el DIU.

Cuando además de la prevención de un embarazo, se desee evitar el contagio de una ITS, incluyendo el Sida, deberá usarse condón o preservativo.

◆ MÉTODOS HORMONALES

Entre los anticonceptivos hormonales orales se encuentran los combinados de estrógeno y progesterona y los que contienen sólo progesterona, indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método temporal de alta efectividad y seguridad y que acepten la responsabilidad de la ingesta diaria de las tabletas o grageas, tomando en cuenta que el primer ciclo de tratamiento, deben iniciarse preferentemente en el primer día del ciclo menstrual, es decir el día que se inicia la menstruación. En las presentaciones de 21 tabletas o grageas se ingiere una tableta o gragea diaria durante 21 días consecutivos, seguidos de siete días de descanso sin medicación. En las presentaciones de 28 tabletas o grageas se ingiere una de éstas, que contienen hormonas, diariamente durante 21 días consecutivos, seguidos de siete

días durante los cuales se ingiere diariamente una tableta o gragea que contiene hierro o lactosa. (Organización Mundial de la Salud, 2012).

En cuanto a los anticonceptivos hormonales inyectables son métodos temporales de larga acción que pueden ser combinados de estrógenos y progesterona con una efectividad anticonceptiva mayor a 98% bajo condiciones habituales de uso. Además cuenta con una duración de la protección anticonceptiva hasta por 33 días después de la aplicación de la inyección. Por otra parte los anticonceptivos hormonales inyectables que contienen sólo progesterona con una efectividad anticonceptiva de 98% bajo condiciones habituales de uso, estos anticonceptivos están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o múltiparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método temporal de larga acción e inyectable. La protección anticonceptiva conferida, se extiende por lo menos a los 90 días que siguen a la inyección, aunque en general es más prolongada (Organización Mundial de la Salud, 2012).

Además cabe mencionar el método hormonal subdérmico mismo que es un método anticonceptivo temporal, de acción prolongada, que se inserta subdérmicamente y consiste en un sistema de liberación continua y gradual de una progesterona sintética, con una efectividad de protección anticonceptiva superior a 99% durante el primer año. Después disminuye gradualmente (98,9% al quinto año de uso), indicado para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o múltiparas, incluyendo adolescentes con patrón menstrual regular, que deseen un método anticonceptivo hormonal de larga acción que no requiere de la toma o aplicación periódica. Su duración se prolonga hasta cinco años después de la inserción (Organización Mundial de la Salud, 2012).

◆ **MÉTODOS DE BARRERA**

Son métodos anticonceptivos de uso temporal que interfieren la fecundación de manera mecánica o química. Impiden el paso de los espermatozoides por la acción de un obstáculo físico; algunos se acompañan también de la acción de sustancias

químicas espermicidas. El condón o preservativo es el único método que contribuye a la prevención de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH- SIDA; con una protección anticonceptiva de 85% bajo condiciones habituales de uso (Organización Mundial de la Salud, 2012).

◆ **DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)**

Los dispositivos intrauterinos son artefactos que se colocan dentro de la cavidad uterina, con fines anticonceptivos de carácter temporal.

Además se ha usado como método Anticonceptivo de Emergencia, recomendada su utilización hasta 120 horas después del coito desprotegido y su principal mecanismo de acción es antiimplantatorio. El DIU está considerado como uno de los métodos más efectivos de Anticoncepción de Emergencia con tasas de fallos inferiores al 1%, e incluso cercanas al 0% según algunos autores. La razón por la que su utilización no está más extendida, a pesar de su gran efectividad, es el riesgo de transmisión de alguna enfermedad de transmisión sexual que cobra especial relevancia cuando la población diana fundamental de la Anticoncepción de Emergencia son mujeres jóvenes y nulíparas (Arrónizb, Esquisábel, & Lete Lasaa, 2011).

El dispositivo intrauterino (DIU) es una estructura flexible hecha de metal o plástico, que en Ecuador el más usado es la T de cobre 380 A, con una efectividad anticonceptiva de 95 a 99% bajo un correcto uso y control; indicada para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método anticonceptivo temporal de alta efectividad y seguridad, que no deseen la toma o aplicación periódica de anticonceptivos hormonales (Organización Mundial de la Salud, 2012).

◆ **MÉTODOS DEFINITIVOS**

La esterilización femenina es un método anticonceptivo permanente para la mujer que consiste en bloquear las trompas de Falopio a fin de obstruir el transporte de los

óvulos maduros desde los ovarios al útero, con el fin de evitar la fertilización. Al tener una población de estudio adolescente se debe recalcar que este método solo debe ser utilizado en condiciones específicas como lo son razones médicas o retardo mental (Organización Mundial de la Salud, 2012).

En cuanto a la esterilización masculina o llamada vasectomía es un método anticonceptivo permanente, que consiste en la oclusión bilateral de los conductos deferentes, con el fin de evitar el paso de los espermatozoides. Este procedimiento está indicado para hombres en edad fértil con vida sexual activa, que deseen un método permanente de anticoncepción que en la etapa de adolescencia que al igual que en la mujer solo está indicada por razones médicas o presencia de retardo mental (Organización Mundial de la Salud, 2012).

2.4.8. PÍLDORA ANTICONCEPTIVA DE EMERGENCIA

También llamada “píldora del día siguiente” o “anticoncepción post-coital” (ANEXO 1), es un método anticonceptivo indicado para prevenir el embarazo posterior al coito, la pauta recomendada es la administración de 1500 μ g de levonorgestrel, que se puede utilizar no solo al día siguiente de la relación sexual no protegida, sino hasta 3 días después, he inclusive el PAE es efectivo dentro de los primeros cinco días (120 horas) desde el coito, con una clara relación inversa entre tiempo de toma y la efectividad anticonceptiva (Ramírez Antúnez, Muñoz Zurita, & Ramírez Antúnez, 2009).

◆ MECANISMO ACCIÓN

El principal y posiblemente el único mecanismo de acción del PAE es la inhibición o el retraso de la ovulación, según la Academia Americana de Pediatría este método inhibe la ovulación, interrumpe el desarrollo folicular, he interrumpe la maduración del cuerpo lúteo (American Academy of Pediatrics, 2012).

◆ EFECTOS SOBRE LA OVULACIÓN

Cuando es administrado antes de la ovulación logra reducir la probabilidad de embarazos. Su mecanismo de acción está relacionado con la reducción de los niveles séricos de LH y FSH antes de la ovulación causando una ausencia de ovulación o su postergación. La efectividad en evitar la ruptura folicular también está relacionada con el tamaño del folículo ya que se presenta una correlación inversa entre este marcador (diámetro folicular) y la inhibición de la ovulación, ya que mientras más grande fue el diámetro, menor la capacidad de la anticoncepción de emergencia de producir anovulación, por ello fue que esta ocurrió en 80%, 50% y 0% de los casos según fuera el diámetro folicular. Sus hallazgos demostraron que mientras más cerca de la ovulación se encuentra la mujer el efecto de la PAE es incipiente o nulo (Consortio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia, 2011).

Los estudios realizados en animales también muestran que el LNG administrado tempranamente en el período preovulatorio es efectivo en suprimir o atrasar la ovulación. La efectividad parece ser dependiente solo del momento de aplicación con respecto a la ovulación. Al igual que en humanos, se observa que si se administra muy cerca de la ovulación, la tasa de embarazo es igual que en el grupo control (Suárez & Zavala, 2010).

Cuando el coito ocurre en el mismo día de la ovulación, es altamente improbable que el PAE pueda interferir con la fecundación lo cual plantea dos posibilidades: a) que la PAE tomada en ese día no sea efectiva y en esos casos el método falla; b) si previene el embarazo tendría que hacerlo por una acción posterior a la fecundación. El mecanismo post-fecundación que diversos autores han investigado es la inhibición de la implantación por una alteración de la receptividad endometrial inducida por la PAE.

◆ EFECTOS SOBRE EL ENDOMETRIO

El efecto del Levonorgestrel sobre la ovulación ha sido ampliamente documentado y los investigadores no tienen mayor discusión al respecto. Son los efectos sobre el endometrio los que han generado más discusión, principalmente por el riesgo que pueda perturbar la implantación del embrión. Para resolver este problema se han realizado estudios en humanos y animales.

La Academia Americana de Pediatría menciona conflictos en la acción del PAE en el endometrio, ya que algunos estudios sugieren alteraciones histológicas y bioquímicas del endometrio posteriores al consumo de PAE, tanto en la receptividad endometrial he implantación. Otros estudios demostraron escasos o ningún efecto a nivel del endometrio (American Academy of Pediatrics, 2012).

Los estudios realizados para evaluar si hay variación en los receptores endometriales posterior a la medicación con LNG no han demostrado diferencias con respecto a los grupos control. Los principales receptores están relacionados con la progesterona. Otros receptores evaluados son los relacionados con los estrógenos, andrógenos, factor inhibidor de leucemia, interleukina 1 β , factor de crecimiento endometrial vascular, ciclooxigenasa 1 y 2, y otros marcadores. (Suárez & Zavala, 2010).

◆ EFECTOS SOBRE LOS ESPERMATOZOIDES

Tres artículos refieren resultados explícitos sobre efectos en los espermatozoides. Un artículo reporta evidencia de la disminución del número de espermatozoides con el uso de levonorgestrel. Un estudio in vitro encontró que el LNG afecta directamente la velocidad curvilínea y lineal de los espermatozoides a dosis de 10 y de 100 ng. La velocidad promedio y lineal sólo fue afectada por 100 ng/mL de LNG. También se ha reportado que no hay diferencias significativas en la cantidad de espermatozoides recuperados del útero en las 24 y 48 horas después del uso de LNG y no se evidencian cambios en la reacción acrosómica (capacidad del espermatozoide en penetrar al óvulo) (Suárez & Zavala, 2010).

En conclusión la alteración en la transferencia de espermatozoides hacia el óvulo o mecanismos que impidan la concepción mediante cambios del moco cervical carece de verificación (American Academy of Pediatrics, 2012).

◆ EFICACIA

Después de una relación sexual no protegida según un estudio multicéntrico de la OMS mostró que la tasa de embarazos es de 1.1% para el levonorgestrel (11 de 976 mujeres que lo usaron) resultando que este porcentaje de mujeres quedarán embarazadas si usan anticoncepción de emergencia. La posibilidad de quedar embarazadas es 4 veces mayor si no usan anticoncepción de emergencia. La proporción eficacia del PAE es aproximadamente del 85%, lo que traduce una menor eficacia que los métodos anticonceptivos modernos de uso regular. Si se usaran con frecuencia a lo largo de un año, las tasas acumuladas de embarazo por cien mujeres, serían más elevadas que con los otros métodos (American Academy of Pediatrics, 2012).

◆ INDICACIONES

La anticoncepción de emergencia puede ser útil en diferentes situaciones, después de una relación sexual, según la OMS está indicado en:

- ✓ Cuando no se usó ningún método anticonceptivo.
- ✓ Cuando ha ocurrido una falla en el método anticonceptivo utilizado o se lo ha utilizado incorrectamente, por ejemplo: Rotura, deslizamiento o uso incorrecto del preservativo.
- ✓ Omisión de tres o más píldoras anticonceptivas combinadas consecutivas.
- ✓ Tres horas de retraso en la toma de la píldora anticonceptiva que solo contiene progestágeno (minipíldora), o más de 12 horas de retraso en el caso de las píldoras de 0,75 mg de desogestrel.
- ✓ Más de dos semanas de retraso en la aplicación de la inyección de progestágeno solo de enantato de noresterona.

- ✓ Más de cuatro semanas de retraso en la aplicación de la inyección de progestágeno solo de acetato de medroxiprogesterona de depósito.
- ✓ Desplazamiento, rotura o desgarró del diafragma o capuchón cervical.
- ✓ Falla del coito interrumpido (eyaculación en la vagina o los genitales externos).
- ✓ Error de cálculo en el método de abstinencia periódica o relaciones sexuales en los días fértiles del ciclo en las que no se ha usado un método anticonceptivo de barrera.
- ✓ Expulsión del dispositivo intrauterino o el implante anticonceptivo hormonal.
- ✓ Agresión sexual a una mujer que no estaba protegida por un método anticonceptivo eficaz (Organización Mundial de la Salud, Julio de 2012).

Además el uso de levonorgestrel como PAE cumple los criterios de la Food and Drug Administration (FDA) para su dispensación “sin receta médica” (Sociedad Española de Contracepción, 2011), como son:

- ✓ No es tóxico.
- ✓ No causar defectos congénitos.
- ✓ No existe riesgo de sobredosificación.
- ✓ No tiene riesgo de adicción.
- ✓ No tiene contraindicaciones.
- ✓ No tiene interacciones medicamentosas.
- ✓ Indicación claramente establecida.
- ✓ Uso sencillo.

◆ **CONTRAINDICACIONES**

- ✓ Embarazo.
- ✓ Sospecha de embarazo.
- ✓ En caso de toma inadvertida, no hay reportes de alteración para la mujer o el feto.

El uso repetido no presenta riesgos conocidos para la salud. No se han reportado efectos adversos severos, ni en mujeres que han usado PAE más de una vez en un ciclo menstrual. Su utilización no se asocia con un incremento del riesgo de accidente cerebrovascular y tromboembolismo. No presentan efectos secundarios serios o duraderos (Consortio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia, 2011).

◆ EFECTOS SECUNDARIOS:

Algunas mujeres (menos de una de cada cinco, según los estudios) experimentan efectos secundarios leves y de corta duración, siendo los sangrados irregulares los más frecuentes. Otros efectos secundarios reportados incluyen fatiga, molestias abdominales y náuseas (American Academy of Pediatrics, 2012).

◆ FORMAS DE ADMINISTRACIÓN:

El PAE de Levonorgestrel (2 dosis), se utiliza en un régimen de 2 dosis cada una de 0.75 mg de levonorgestrel. La primera dosis debe usarse dentro de las primeras 72 horas (inclusive 120 horas) después de un contacto sexual sin protección y la segunda se administra 12 horas después de la primera. Se ha convertido en el método de elección actual; recientemente un estudio de la OMS reveló que una dosis única de 1.5 mg de levonorgestrel puede sustituir a dos dosis de 0.75 mg administradas con un intervalo de 12 horas. Ambas formas son muy eficaces para prevenir la gestación. La elevación de la dosis no va en relación a un aumento de los efectos secundarios (Ramírez Antúnez, Muñoz Zurita, & Ramírez Antúnez, 2009).

2.5. HIPÓTESIS

Las barreras socioculturales impiden el uso de la píldora anticonceptiva de emergencia en adolescentes que cursan el bachillerato a nivel de los colegios del distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N°2, periodo Marzo- Julio 2013”.

2.6. SEÑALAMIENTOS DE VARIABLE

- **Variable Independiente:** Barreras socioculturales
- **Variable dependiente:** Uso de píldora anticonceptiva de emergencia

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación es cualitativa porque analiza las barreras que impiden un uso correcto de la anticoncepción de emergencia, de los cuales se percibe pensamientos, creencias y formas de ver un método anticonceptivo; adicionalmente tiene un enfoque cuantitativo porque se analizaron variables como la edad.

3.2. MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN

Investigación de campo

Porque la información fue recabada directa y personal de los adolescentes que cursan el bachillerato de las unidades educativas del distrito intercultural y bilingüe Ambato N° 2, localizadas tanto en el sector urbano como rural del cantón.

3.3. NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo- Transversal: porque se observaron los aspectos sociodemográficos, personales de los y las adolescentes que cursan el bachillerato en las unidades educativas del distrito Ambato N° 2, además las barreras que impiden el uso del PAE, encontrando características socioculturales que sirvieron para identificar patrones de presentación de las variables de la población en estudio; además se estableció la prevalencia de pensamiento y conocimiento de fenómenos que influyen en los adolescentes frente a la anticoncepción de emergencia.

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población en estudio fueron los alumnos que cursan el bachillerato (4to, 5to y 6to curso) de los colegios que pertenecen al distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2 (Tabla 2), que cumplieron con los criterios de inclusión.

Tabla 2: Nomina de unidades educativas dividida en estratos de la muestra, dirección distrital de educación intercultural y bilingüe Ambato N° 2.

Estrato 1		Estrato 2	
Colegios Fiscales	# Estudiantes	Colegios particulares	# Estudiantes
Juan Francisco Montalvo	1103	Reinaldo Miño A	276
Luis A Martínez	495	La Salle	308
María Natalia Vaca	1105	Indoamérica	303
Universitario Juan Montalvo	304	Ricardo Discalsi	134
Hispano América	1209	Suizo	39
Joaquín Lalama	227	Bautista	116
Picaihua	167	Eugenio Espejo	30
Guayaquil	771	Gonzales Suarez	174
Chibuleo	176	Latino Americano	99
José Fidel Hidalgo	36	Espíritu Santo	21
Llangahua	39	INSUTEC	50
Tamboloma	42	Pedro Frías Carrasco	60
Huina Capac	57		
Tamaño de la población:	5731	1610	N: 7341
Tamaño de la muestra	590	169	n: 759

Fuente: División distrital de planificación, Archivo Maestro de Instituciones Educativas (AMIE), inicio año lectivo 2012- 2013.

La población total de estudiantes de bachillerato en el 2013 fue de 7341 estudiantes distribuidos en unidades educativas del sector urbano y rural del distrito de Educación intercultural y bilingüe Ambato N° 2. Los adolescentes en estudio se distribuyen en grupos heterogéneos con características internas homogéneas entre ellos, por lo que se realizó un muestreo aleatorio estratificado, estableciendo como estratos a unidades educativas fiscales y unidades educativas privadas.

A partir del total se tomó una muestra de 759 estudiantes y se realizó una la elección aleatoria de las unidades educativas, para el estudio proporcional de los estudiantes de acuerdo al tamaño de la población de cada establecimiento educativo. La muestra se calculó mediante en paquete informático Epi Info v.3.5.4, que aplica las siguientes restricciones:

N= Tamaño de la población: 7341

Frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p): 20% (para lo cual se realizó una encuesta piloto sobre de la prevalencia de uso de la PAE)

Límites de confianza (d): 3%

Efecto de diseño: 1

Tamaño muestral (n) Intervalo Confianza (%) 95%: 625

Al resultado se suma el 20% por defectos de diseño, lo que resulta una muestra de 750 alumnos. En total se recogió información de 759 estudiantes, divididos proporcionalmente en los dos estratos y colegios indicados mediante la fórmula ($n_i = n * N_i/N$). El tamaño de la población de estudio y de los estratos privados y fiscales se observa en la Tabla 1 y 2, en donde además, se identifica el tamaño de la muestra correspondiente.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- 1.- Estudiante legalmente matriculado en una de las instituciones del distrito educativo Ambato N° 2 en estudio.
- 2.- Alumno masculino o femenino que se encontraba cursando el bachillerato (4to, 5to y 6to curso).
- 3.- Alumno masculino o femenino menor de 20 años de edad.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Estudiante fuera del rango de edad estudiado (≤ 12 años, o ≥ 20 años).

3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

3.5.1. OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE: Barreras

CONCEPTOS	CATEGORÍAS	INDICADORES	ITEMS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Son todos aquellos aspectos del entorno de los adolescentes que influyen de forma negativa frente al uso de la anticoncepción de emergencia.	Determinantes socio-culturales	✓ Etnia	¿Qué factores socio culturales influyen en el uso del PAE?	Encuesta
		✓ Religión		
		✓ Tipo de Plantel educativo		Cuestionario estructurado
		✓ Edad de Inicio de vida sexual		
	Deficiencia de conocimientos	✓ Antecedente De embarazo	¿Qué nivel de conocimientos sobre el PAE tienen los adolescentes?	Encuesta
		✓ Información del PAE		Cuestionario estructurado
		✓ Uso de anticonceptivos		
	Rol de los servicios de salud	✓ Fuentes de información	¿Cuál es el rol de los servicios de salud en torno a la anticoncepción de emergencia?	Encuesta
		✓ Difusión		Cuestionario estructurado
	✓ Provisión			

3.5.2. OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE DEPENDIENTE: Uso de PAE

CONCEPTOS	CATEGORÍAS	INDICADORES	ITEMS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Es el consumo emergente de anticoncepción (dentro de 72 horas) posterior a una relación sexual desprotegida, con la finalidad de disminuir las posibilidades de un embarazo.	Vida sexual	✓ Tiempo de Vida sexual Activa	¿Tiempo de inicio de vida sexual activa?	Encuesta Cuestionario estructurado
	Opinión sobre la entrega libre del PAE	✓ Favorable ✓ Oposición ✓ Opcional ✓ motivadora	¿Podría decirme qué opina usted de la libre dispensación de la Píldora Anticonceptiva de Emergencia?	Encuesta Cuestionario estructurado
	Utilización PAE	✓ Utilización de PAE	¿Ha utilizado PAE alguna vez?	Encuesta Cuestionario estructurado

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se determinó los sujetos de investigación: En este caso, los alumnos que pertenecen al bachillerato de los colegios del distrito Ambato N° 2 en estudio, con previa autorización por el director de educación distrital (ANEXO 2), rector y director de colegios en estudio.

Se elaboró la encuesta, el instrumento de recolección de información, guiado en los ítems de la Operacionalización de variables (ANEXO 3).

Se realizó una prueba piloto de la encuesta que permitió: estimar la prevalencia de uso y ajustar los contenidos del cuestionario, posteriormente se calculó proporcionalmente el número de adolescentes de cada unidad educativa, de los cuales se sorteó los paralelos de cada nivel del bachillerato, procediendo a encuestar a los estudiantes de todo el paralelo seleccionado para completar la muestra establecida. Los adolescentes fueron clasificados en tres grupos etarios (Penacho Chiok, 2013) adolescencia Temprana (10 a 13 años) grupo del cual no se tiene muestra, adolescencia media (14 a 16 años) y adolescencia tardía (17 a 19 años).

3.7. MÉTODOS DE ANALISIS APLICADOS EN LA INVESTIGACIÓN

En este estudio los datos obtenidos fueron sometidos a un análisis crítico, eliminando la información contradictoria, incompleta y no pertinente; para así lograr corregir fallas de respuestas. Creando una base de datos en Excel y se obtuvo indicadores estadísticos a través el programa informático EPI INFO, versión 3.5.4, que permitieron el análisis univariado y pruebas de significación para el análisis multivariado.

3.8. CRITERIOS ÉTICOS APLICADOS EN LA INVESTIGACIÓN

Para garantizar los derechos de los (las) participantes a mantener su identidad en reserva, así como la información provista por cada uno de ellos se estableció código

numérico de cada encuesta los cuales se ingresaron a la matriz, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- Confidencialidad
- Anonimato del encuestado.
- Resguardo de la información por el investigador.

CAPÍTULO IV

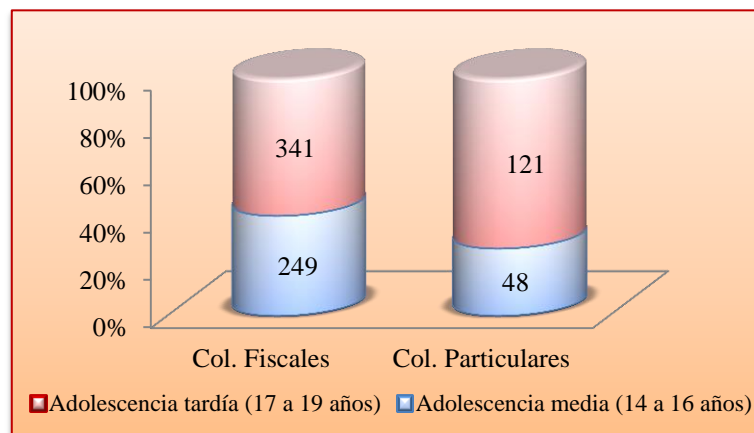
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Una vez recolectada la información a través de un cuestionario diseñado para tal fin, referente a "Barreras que impiden el uso de la píldora anticonceptiva de emergencia en adolescentes que cursan el bachillerato a nivel de los colegios del distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2, periodo Marzo-Julio 2013", se procedió a ingresar los mismos a una hoja de cálculo (Excel). En cada uno de los estratos investigados se tomaron muestras proporcionales hasta completar el tamaño muestral requerido en cada colegio (*Véase* Tabla 2).

4.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS ADOLESCENTES ESTUDIADOS

4.1.1. EDAD

GRÁFICO 1: Distribución según grupos de edad. Colegios del distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013.



Fuente: Base de datos

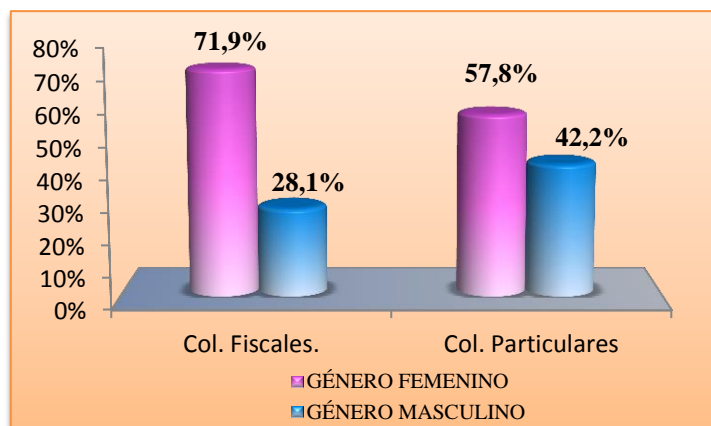
Elaboración: Fernando Moreno. 2013.

La edad de los adolescentes estudiados varió entre los 14 a 19 años, con un promedio de 16,8 años, evidenciándose que el promedio en los colegios fiscales fue de 16,7 años, inferior al promedio de 17,1 años observado entre los adolescentes de los colegios particulares.

Aplicando la clasificación etaria según (Penacho Chiok, 2013), en el estudio no se incluyeron estudiantes en adolescencia Temprana (10 a 13 años), una minoría de estudiantes en adolescencia media (14 a 16 años) y presentan mayoría los estudiantes en adolescencia tardía (17 a 19 años). Los datos muestran que en los colegios fiscales 6 de cada 10 estudiantes se encuentran en adolescencia tardía, similar a los colegios particulares donde 7 de cada 10 estudiantes se encuentran en adolescencia tardía (GRÁFICO 1).

4.1.2. GÉNERO

GRÁFICO 2: Distribución según género. Colegios distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013.



Fuente: Base de datos

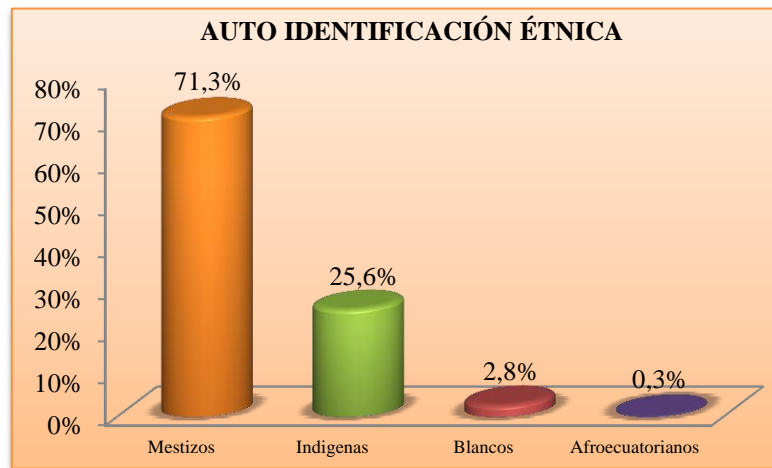
Elaboración: Fernando Moreno. 2013.

Al considerar que la responsabilidad de un embarazo es tanto de los hombres como mujeres, según lo referido por el 70% de los adolescentes estudiados en 60 instituciones educativas de la costa ecuatoriana (Revista del Ministerio de Inclusion Económica y Social , 2013), la anticoncepción también depende de la pareja en conjunto, por esta razón se tomó la encuesta aleatoriamente a mujeres y hombres.

Según género, en los colegios fiscales fueron mujeres siete de cada 10 adolescentes encuestados, y en los colegios particulares, seis de cada 10 estudiantes, resultando la participación femenina mayoritaria en el estudio (Ver GRÁFICO 2).

4.1.3. ÉTNIA CON LA QUE EL ADOLESCENTE SE IDENTIFICA

GRÁFICO 3: Distribución según auto identificación étnica. Colegios distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013.

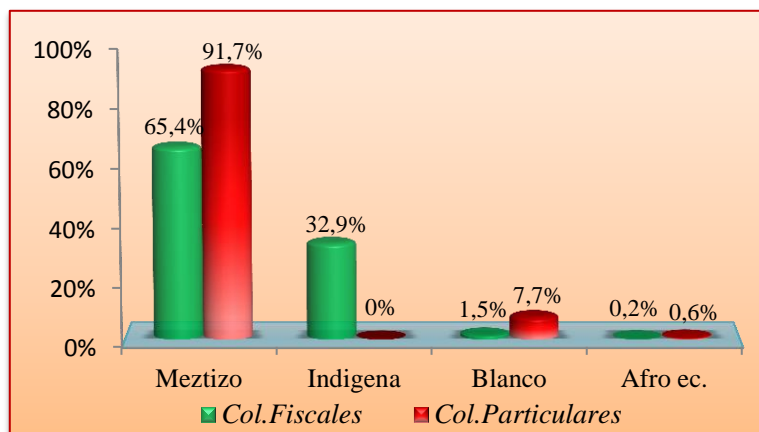


Fuente: Base de datos

Elaboración: Fernando Moreno. 2013

En el estudio se obtuvo información de estudiantes que se consideran de varias etnias o razas, encontrando que las dos terceras partes de adolescentes se auto identifican como mestizos, seguido en menor cantidad por adolescentes que se auto identifican como indígenas y menos del 4% entre otras etnias o razas como blancos y afroecuatorianos (GRÁFICO 3).

GRÁFICO 4: Distribución según auto identificación étnica por tipo de colegio. Colegios distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013.



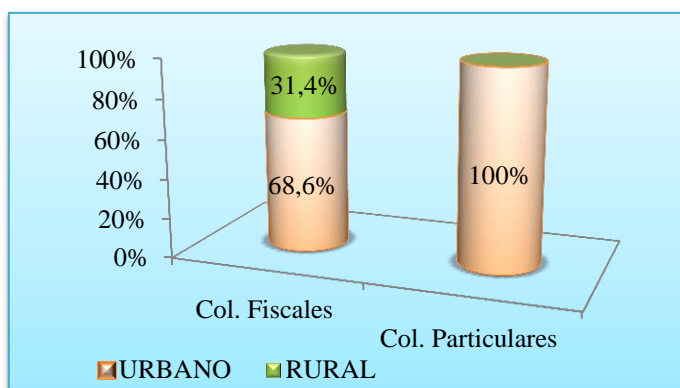
Fuente: Base de datos

Elaboración: Fernando Moreno. 2013.

Además se evidenció que en los colegios fiscales tres de cada 10 estudiantes de la muestra se auto identificaron como indígenas, contrario a lo encontrado en los colegios particulares donde la presencia de estudiantes indígenas fue nula (más del 90% de estudiantes se auto identifican como mestizos); la ausencia de estudiantes indígenas en el sistema educativo particular plantea posibles limitantes de carácter económico principalmente (GRÁFICO 4).

4.1.4. LUGAR DE RESIDENCIA

GRÁFICO 5: Distribución de estudiantes según lugar de residencia. Colegios del distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013



Fuente: Base de datos Elaboración: Fernando Moreno. 2013.

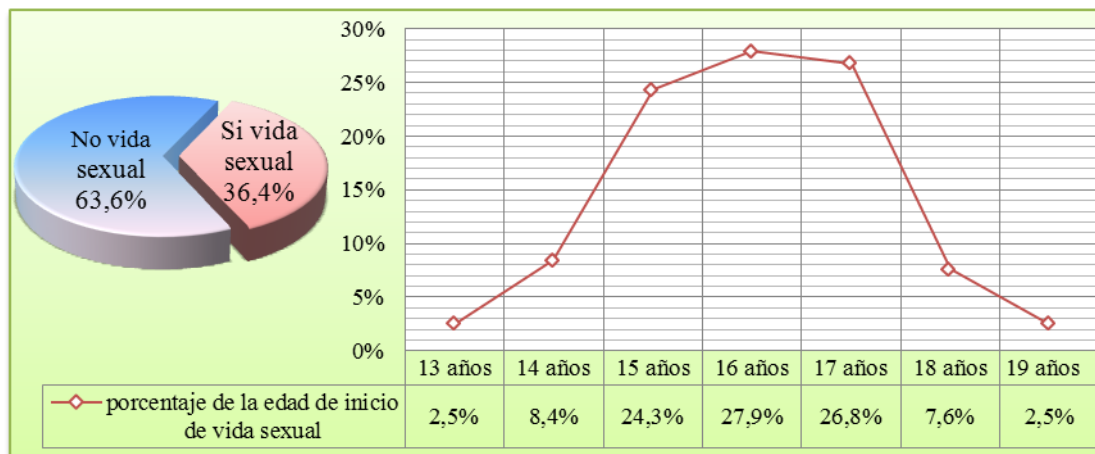
En el distrito de educación en estudio se encontró que los 5 planteles del sector rural son fiscales. Cabe destacar que de la muestra total, los adolescentes que viven en el sector rural corresponden a una cuarta parte, frente a los adolescentes encuestados que residen en la zona urbana; cabe destacar que en el 2004 la población que vivía en áreas rurales representaba aproximadamente el 40% del total (Larrea Izaguirre, 2010).

Adicionalmente, en los colegios fiscales 3 de cada 10 estudiantes residen en el sector rural, a diferencia de los colegios particulares, donde el 100% de los adolescentes encuestados residen en el sector urbano (Ver GRÁFICO 5).

4.2. ASPECTOS DE SALUD REPRODUCTIVA

4.2.1. INICIO DE VIDA SEXUAL

GRÁFICO 6: Adolescentes según inicio de vida sexual. Colegios distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013.



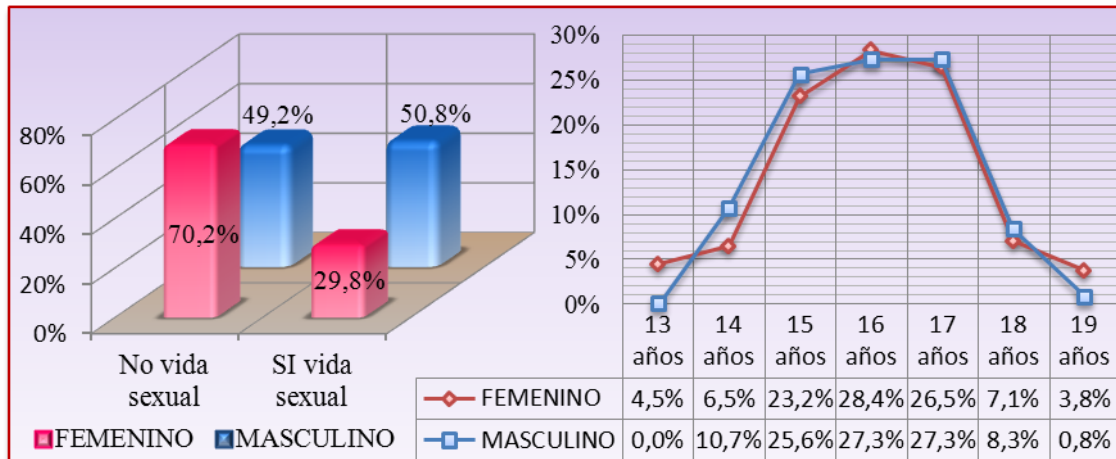
Fuente: Base de datos

Elaboración: Fernando Moreno. 2013.

Aproximadamente un tercio de adolescentes encuestados, ya ha iniciado vida sexual (276), a una edad promedio de 16 años, moda de 16 años, y mediana de 16 años (GRÁFICO 6), datos que concuerdan con un estudio realizado en Colombia donde el promedio de edad de inicio de la actividad sexual fue 16 años ($\pm 1,6$ años) (Mendoza & Col, 2012).

Uno de cada 10 investigados refirieron haber iniciado vida sexual entre los 13 y 14 años, lo que significa que tanto las autoridades educativas como las de salud deben tomar en cuenta esta situación, a fin de orientar adecuadamente a los grupos blanco para las intervenciones educativo- preventivas, en materia de sexualidad y embarazo.

GRÁFICO 7: Inicio de vida sexual según el género. Colegios del distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013.



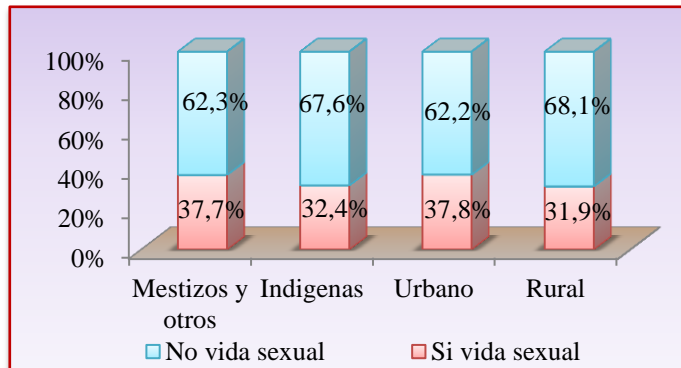
Fuente: Base de datos

Elaboración: Fernando Moreno. 2013.

Según se observa en el GRÁFICO 7 no hay diferencias en la edad de inicio de la vida sexual entre los estudiantes del sexo femenino y masculino participantes en la investigación, pues, prácticamente el promedio de edad es el mismo para los dos grupos.

Al parecer, en esta investigación, la edad de inicio de la vida sexual es ligeramente más tardía que la señalada por una investigación realizada por el MSP y la Encuesta Demográfica de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN), (Edición Diario Hoy, 2005) menciona la edad promedio de inicio de la vida sexual en la mujer es de 14 años y en el hombre, es de 15 años, aunque difiere, (especialmente para la mujeres).

GRÁFICO 8: Inicio de vida sexual según autodefinición étnica y lugar de residencia. Colegios distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013.



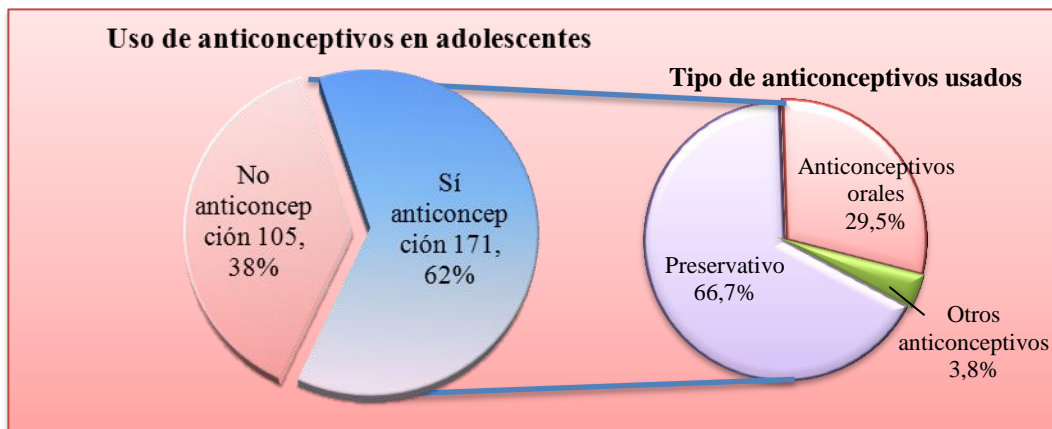
Fuente: Base de datos

Elaboración: Fernando Moreno. 2013.

Según la autodefinición étnica se evidencio que 37,7% de los adolescentes mestizos han iniciado vida sexual a los 15,8 años en promedio, muy similar a los adolescentes indígenas los cuales el 32,4% han iniciado vida sexual, a una edad de 16,5 años en promedio (GRÁFICO 8).Teniendo en cuenta el lugar de residencia, resulto que las diferencias en la edad de inicio de la vida sexual de los adolescentes urbanos y rurales es similar (GRÁFICO 8).

4.2.2. UTILIZACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS:

GRÁFICO 9: Distribución del uso de anticoncepción en adolescentes que han iniciado vida sexual. Colegios distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013.



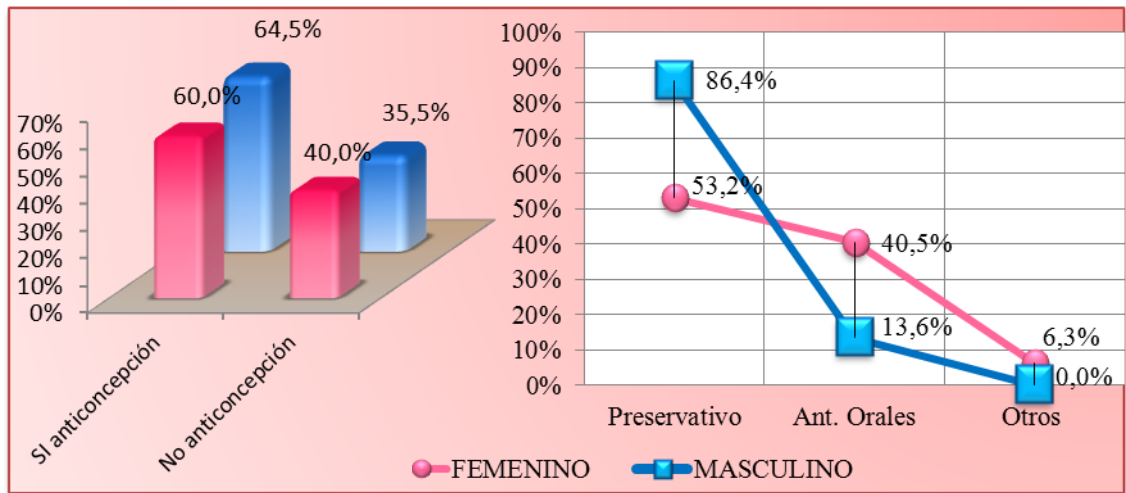
Fuente: Base de datos

Elaboración: Fernando Moreno. 2013.

De los adolescentes que han iniciado vida sexual (276 estudiantes), a pesar que se dispone de técnicas y métodos de anticoncepción modernos y de entrega gratuita, más de un tercio de los adolescentes con vida sexual activa no utilizan anticoncepción; lo que concuerda con el estudio realizado en adolescentes en Colombia donde el 49% de las adolescentes y jóvenes no planificaban, presentando prevalencia baja de uso de anticoncepción, y es similar a la prevalencia establecida en países como Nicaragua (1998), en donde el 60,3% no lo usa (uno de los países con una prevalencia de uso más baja); en el otro extremo del espectro (países con frecuencias de uso elevadas), Colombia muestra un 77% en 2000, y en México se observa una tendencia del 70,8% en el 2000 (Mendoza & Col, 2012), lo que pudiera explicarse por las estrategias que cada uno de los países aplica acorde a su realidad.

De los adolescentes que prefieren protegerse, seis de cada 10 utilizan preservativo (barrera), tres de cada 10 adolescentes utilizan anticonceptivos orales (hormonal); (ver GRÁFICO 9), contrario a lo que ocurre en un estudio en Colombia en donde seis de cada 10 adolescentes utilizan anticoncepción hormonal, (el doble que los estudiantes de ésta investigación)1 de cada 10 adolescentes utilizan métodos de barrera. (Mendoza & Col, 2012). Estos datos evidencian un uso esporádico e irregular de métodos anticonceptivos en los adolescentes ecuatorianos, y explicaría las tasas de embarazo adolescente registrados en el medio.

GRÁFICO 10: Uso de anticoncepción según el género sexual. Colegios del distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013.



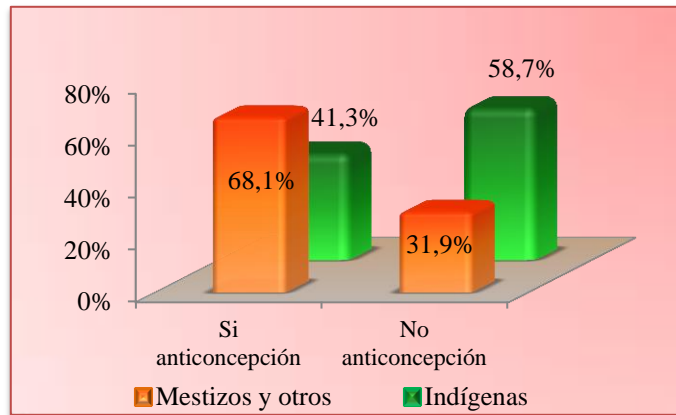
Fuente: Base de datos

Elaboración: Fernando Moreno. 2013.

Dependiendo del sexo, se evidenció que cuatro de cada 10 adolescentes femeninas no utilizan métodos de anticoncepción, vs tres de cada 10 adolescentes del género masculino, evidenciando que no existe diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2=0,57$; $p=0,4485977$).

El preservativo es el método más usado en los dos géneros, aunque es mayor entre los varones que entre las mujeres, tal como se observa en el GRÁFICO 10. El uso de anticonceptivos orales fue informado por cuatro de cada 10 adolescentes femeninas, y menos de dos de cada 10 adolescentes masculinos refieren que sus parejas utilizan anticoncepción hormonal. Conviene a futuro realizar nuevas investigaciones que profundicen en las particularidades del uso de los anticonceptivos, pues no es objeto de la presente investigación.

GRÁFICO 11: Uso de anticoncepción según autodefinición étnica. Colegios del distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013.

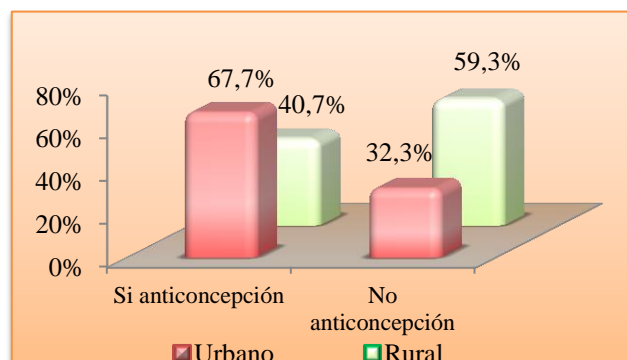


Fuente: Base de datos

Elaboración: Fernando Moreno. 2013.

Según la autoidentificación étnica de los adolescentes que han iniciado vida sexual, un tercio de los estudiantes mestizos no utiliza anticoncepción (68 estudiantes) vs más de la mitad de adolescentes indígenas (37 estudiantes), diferencias estadísticamente significativas ($\text{Chi}^2=14,82$; $p=0,0001182$), reflejando los niveles bajos de conocimientos sobre planificación familiar atribuibles a factores culturales presentes en éstos grupos étnicos (GRÁFICO 11), y está acorde a lo referido por (Larrea Izaguirre, 2010) quien señala que: “las indígenas, las que viven en el campo y las que no acceden a educación formal tienen tasas mucho más bajas de uso de anticonceptivos que las mestizas, urbanas e instruidas”.

GRÁFICO 12: Uso de anticoncepción según lugar de procedencia. Colegios del distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013.



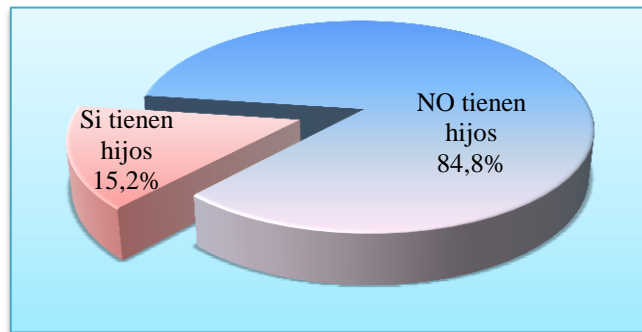
Fuente: Base de datos

Elaboración: Fernando Moreno. 2013.

En cuanto al lugar de procedencia, un tercio de los adolescentes del sector urbano no utiliza anticoncepción (70 estudiantes), frente a 5 de cada 10 adolescentes del sector rural (35 estudiantes), diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2=14,42$; $p<0,05$), interpretando que existe una probabilidad de que 3,06 adolescentes del sector urbano utilice anticoncepción que adolescentes del sector rural ($OR=3,06$; $1,63<OR<5,78$; con un nivel de confianza del 95%), lo que resalta la vulnerabilidad de este sector (GRÁFICO 12), debiendo anotarse que entre los estudiantes rurales existe un predominio de indígenas.

4.2.3. ANTECEDENTES DE PATERNIDAD - MATERNIDAD

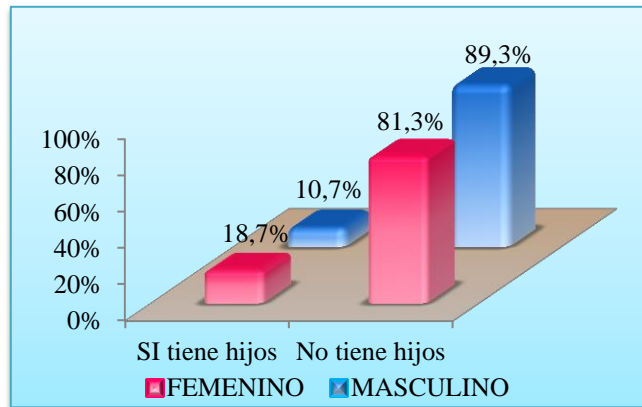
GRÁFICO 13: Distribución de adolescentes con antecedente de paternidad-maternidad. Colegios del distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013.



Fuente: Base de datos Elaboración: Fernando Moreno. 2013.

De los adolescentes que empezaron vida sexual (276 adolescentes), se evidencia que tres de cada 20 adolescentes tienen hijos, de los cuales ningún embarazo fue deseado (GRÁFICO 13) según testimonio de los mismos.

GRÁFICO 14: Antecedente de paternidad-maternidad según el género. Colegios del distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013.



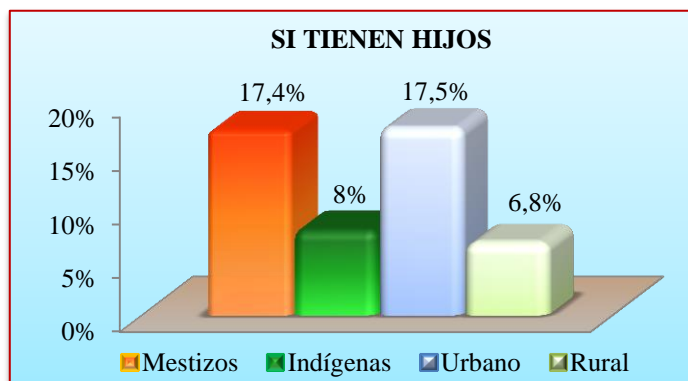
Fuente: Base de datos

Elaboración: Fernando Moreno. 2013.

De los que refirieron tener hijos, la mayoría son mujeres. Aspecto que se observa en el GRÁFICO 14.

El tener hijos en la adolescencia según el INEC, es un fenómeno creciente, pues se conoce que el 3,4% de las madres tiene entre 12 y 19 años, es decir, 122.301 madres son adolescentes (INEC, 2010), además se ha determinado que uno de cada cinco adolescentes es padre en el Ecuador (Revista del Ministerio de Inclusion Económica y Social, 2013).

GRÁFICO 15: Antecedente de paternidad-maternidad según autodefinición étnica y lugar de procedencia. Colegios del distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013.



Fuente: Base de datos

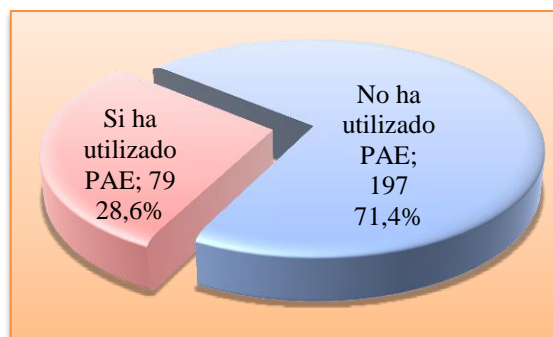
Elaboración: Fernando Moreno. 2013.

Es interesante observar que los estudiantes mestizos y los urbanos presenta porcentos similares de paternidad – maternidad. Lo que se explica porque precisamente en este sector no existen estudiantes indígenas (Gráfico 15). Estos datos pueden estar influenciados por el inicio de vida sexual más temprano en adolescentes del sector urbano y un uso no sistemático de anticoncepción.

4.3. PREVALENCIA DE USO DE PAE

Para el análisis de este aspecto se tomó en consideración únicamente a los adolescentes que han iniciado vida sexual (276).

GRÁFICO 16: Uso de PAE en adolescentes que han iniciado vida sexual. Colegios distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013.



Fuente: Base de datos Elaboración: Fernando Moreno. 2013.

Se evidenció que aproximadamente uno de cada cuatro adolescentes que han iniciado vida sexual ha utilizado PAE alguna vez (GRÁFICO 16), prevalencia superior a la del estudio realizado en un Centro de Salud de Torrijos, España donde la prevalencia de uso de PAE en adolescentes que han iniciado vida sexual fue de 8.4% (Brasa A, 2007).

La Tabla 4, muestra información sobre algunas variables del estudio, y se evidencia que la prevalencia de uso de la PAE fue mayor en los colegios particulares (4 de cada 10 adolescentes) vs los colegios fiscales (1 de cada 5 adolescentes); existiendo una probabilidad de 3,52 veces mayor de encontrar adolescentes de colegios particulares que utilice PAE, que un adolescente de colegios fiscales (OR=3,52; 1,96< OR< 6,34,

con nivel de confianza de 95%), lo que se relaciona también con factor económico ya que los adolescentes señalaron que compran las tabletas en servicios privados o en farmacias. Lo que indicaría que en el acceso a los servicios de salud del sector público existen barreras que no son superadas por la gratuidad en la entrega del medicamento, mismas que deben investigarse con mayor profundidad en el futuro.

Por lo tanto, en el estudio de (Larrea Izaguirre, 2010), “*los altos precios de la Anticoncepción de Emergencia en las farmacias y consultorios privados constituyen una importante barrera al acceso para la mayor parte de mujeres del Ecuador, que ni siquiera tienen dinero para cubrir sus necesidades más básicas*”, debelando el rol ineficiente del servicio público de salud frente a este tema.

Tabla 3: Prevalencia de uso de la PAE, según variables. Colegios distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013.

Variable	Si utiliza PAE		No utiliza PAE	
	Nº	%	Nº	%
Colegios Fiscales	37	19,9	149	80,1
Colegios Particulares	42	46,7	48	53,3
Género Femenino	51	32,9	104	67,1
Género Masculino	28	23,1	93	76,9
Mestizos y otros	79	37,1	134	62,9
Indígenas	0	0	63	100
Residencia Urbano	79	36,4	138	63,6
Residencia Rural	0	0	59	100

Fuente: Base de datos

Elaboración: Fernando Moreno. 2013.

Según el sexo, se evidenció una prevalencia ligeramente mayor en el género femenino, resultando tres de cada 10 mujeres vs aproximadamente dos de cada 10 adolescentes en el género masculino, diferencia que no es estadísticamente significativa ($\chi^2 = 3,17$; $P > 0,05$); además, en relación a la etnia, los adolescentes indígenas y los adolescentes de procedencia rural tienen uso nulo de la PAE (Tabla 3), lo cual puede estar vinculado por a la baja accesibilidad a este método en los sectores rurales (pues los adolescentes presentan preferencia en adquirir el método de medios privados), y se ha demostrado que no existen servicios privados suficientes

que lo ofrezcan en el sector rural, aspecto que también fue identificado por las investigación de (Larrea Izaguirre, 2010).

En resumen, de lo expuesto se puede establecer que los adolescentes que han utilizado PAE alguna vez tienen las siguientes características:

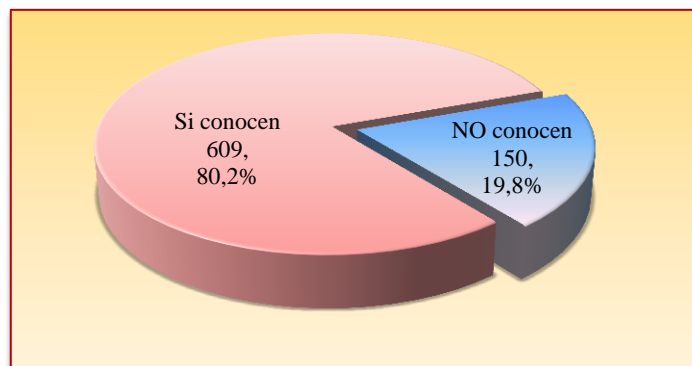
- ❖ **Edad:** 15 a 19 años, promedio 15,8 años, moda de 17 años.
- ❖ **Género:** mayoría femenina
- ❖ **Etnia:** mestiza
- ❖ **Procedencia:** sector urbano
- ❖ **Tipo de colegio:** particular
- ❖ **Nº de hijos:** Ninguno (83,5%).
- ❖ **Método anticonceptivo que usa habitualmente:** Preservativo (62%).

4.4. BARRERAS PARA EL USO DE PAE

4.4.1. CONOCIMIENTO SOBRE LA PAE

4.4.1.1. CONOCIMIENTO GENERAL SOBRE PAE

GRÁFICO 17: Conocimiento sobre la PAE. Adolescentes Colegios del distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013.



Fuente: Base de datos

Elaboración: Fernando Moreno, 2013.

Pese a la evolución en las comunicaciones y disposición de información sobre la PAE, uno de cada cinco adolescentes refieren no conocer y no haber escuchado sobre

la PAE (Ver GRÁFICO 17), reflejando resultados de conocimiento inferiores al estudio realizado en jóvenes menores de 25 años de edad de la Universidad de Guadalajara, México, en donde más del 95 % de jóvenes refirió haber escuchado algo sobre la PAE (Tapia-Curiel, 2008).

Tabla 4: Conocimiento de la PAE, según características de la población estudiada. Colegios distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013.

<i>Variable</i>	<i>Si conoce PAE</i>		<i>No conoce PAE</i>	
	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
Colegios Fiscales	453	76,8	137	23,2
Colegios Particulares	156	92,3	13	7,7
Si vida sexual	233	84,4	43	15,6
No vida sexual	376	77,8	107	22,2
Género Femenino	435	83,5	86	16,5
Género Masculino	174	73,1	64	26,9
Mestizos y otros	478	84,6	87	15,4
Indígenas	131	67,5	63	32,5
Residencia Urbano	483	84,1	91	15,9
Residencia Rural	126	68,1	59	31,9

Fuente: Base de datos

Elaboración: Fernando Moreno. 2013.

Según el tipo de colegio, existe una probabilidad de 3,63 veces de encontrar adolescentes de colegios particulares que conozcan la PAE, que adolescentes de colegios fiscales (OR=3,63 (1,94< OR< 6,92, con nivel de confianza de 95%), descubriendo la influencia económica en este tipo de temas (Tabla 4).

Adicionalmente se observó que existe mayor conocimiento sobre PAE entre los estudiantes que tiene vida sexual, siendo estadísticamente significativas las diferencias con los estudiantes que no han iniciado vida sexual ($\text{Chi}^2 = 4,79$; $P = < 0,05$) (Tabla 4).

En relación con el género hubo una probabilidad de 1,86 veces mayor de encontrar mujeres que conozcan la PAE, que adolescentes hombres (OR=1,86; 1,27< OR< 2,73, con nivel de confianza de 95%) (Ver Tabla 4).

Los datos más preocupantes se encontraron en la población rural e indígena que mostraron mayor prevalencia de desconocimiento sobre la PAE pues un tercio de este

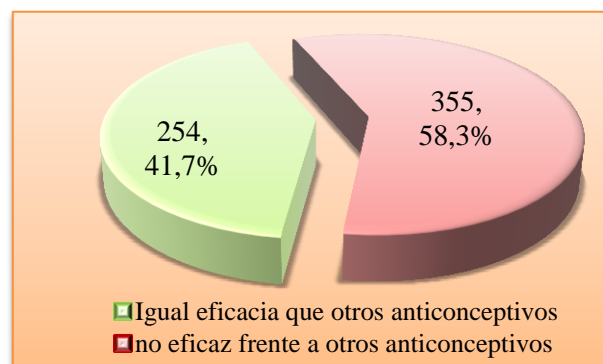
grupo desconoce sobre el tema (Tabla 4), y expresa limitaciones locales en cuanto a información, tasas elevadas de pobreza, y niveles bajos de tecnología en los sectores rurales identificadas por (Larrea Izaguirre, 2010).

4.4.1.2. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA PAE

Para valorar el nivel de conocimiento de los adolescentes sobre la PAE, se tomó en cuenta únicamente a los estudiantes que refirieron conocer del PAE (609 adolescentes), y se realizó una calificación cuali-cuantitativa sobre 5 puntos esenciales, como es la eficacia, riesgos, relación del método con el aborto, relación del método con las infecciones de transmisión sexual y la forma de uso de la PAE. Con lo cual se dividió a los adolescentes según el número de respuestas correctas, en estudiantes con conocimiento bajo (\leq a 2 respuestas), conocimiento medio (entre 3 y 4 respuestas), adolescentes con conocimiento alto sobre la PAE (5 respuestas correctas). Lo cual se expone a continuación:

▣ CONOCIMIENTO DE LOS ADOLESCENTES SOBRE LA EFICACIA DEL PAE

GRÁFICO 18: Conocimiento sobre eficacia de la PAE. Colegios del distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013.



Fuente: Base de datos Elaboración, Fernando Moreno. 2013.

El 58.3% de los estudiantes incluidos en la investigación respondieron que la eficacia de la PAE no es similar a la de otros métodos anticonceptivos, lo cual es una

respuesta correcta debido a que la eficacia del PAE es aproximadamente del 85%, resultando menor que los métodos anticonceptivos de uso regular (American Academy of Pediatrics, 2012) (Ver GRÁFICO 18).

Tabla 5: Conocimientos sobre eficacia del PAE, según variables. Colegios del distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013.

<i>Variable</i>	<i>Si eficaz</i>		<i>No eficaz</i>		<i>Valor : p</i>
	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	
Col. Fiscales	179	39,6	274	60,4	p=0.0613931 ns
Col. Particulares	75	48,1	81	51,9	
G. Femenino	185	42,6	250	57,4	p=0.5158814 ns
G. Masculino	69	39,7	105	60,3	
Mestizos y otros	203	42,5	275	57,5	p=0.4669518 ns
Indígenas	51	38,9	80	61,1	
Urbano	204	42,2	279	57,8	p=0.6046746 ns
Rural	50	39,7	76	60,3	

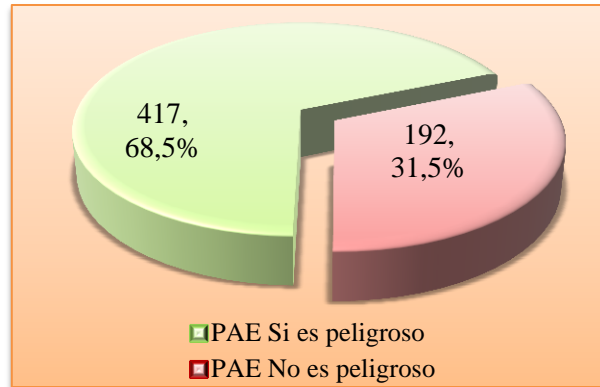
Fuente: Base de datos

Elaboración: Fernando Moreno. 2013.

Al realizar un análisis más detenido de las respuestas, se observó que los porcentajes más altos de respuestas erróneas se observaron entre los estudiantes de los colegios particulares, estudiantes del sexo femenino, mestizos y entre los procedentes del sector rural. (Tabla 5). Sin embargo, no hubo diferencias estadísticamente significativas en las respuestas de los diversos grupos expuestos.

▣ CONOCIMIENTO SOBRE LOS RIESGOS DEL PAE

GRÁFICO 19: Criterios sobre riesgos de la PAE. Colegios distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013.



Fuente: Base de datos Elaboración: Fernando Moreno. 2013.

Dos tercios de los adolescentes creen equivocadamente que la PAE es peligrosa y puede ser grave para la salud (ver GRÁFICO 19) *develando una barrera muy importante en la utilización de la PAE, como es la creencia de que el método es nocivo para la salud*, contrario a la evidencia de estudios e investigaciones que mencionan que el uso de la PAE no presenta riesgos conocidos para la salud; además, no se han reportado efectos adversos severos, ni en mujeres que han usado PAE más de una vez en un ciclo menstrual (Consortio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia, 2011) (American Academy of Pediatrics, 2012) (Sociedad Ecuatoriana de Bioética, 2013), e inclusive según (Mittal , 2008) la PAE es segura en mujeres con antecedentes de embarazo ectópico.

Según características de la población, se obtuvo la respuesta que la PAE es peligrosa para la salud; sin embargo, las diferencias no fueron estadísticamente significativas según el tipo de colegio (fiscal y particular), y género (masculino y femenino), contrario a los datos según la etnia y el lugar de procedencia, donde el criterio de que la PAE es peligrosa para la salud se encontró en 7 de cada 10 adolescentes mestizos, también en similar número de adolescentes del sector urbano, Además, 5 de cada 10 adolescentes tanto entre los indígenas como entre los estudiantes del sector rural,

entre quienes se encontró diferencias estadísticamente significativas, las mismas que se muestran en la Tabla 6.

Tabla 6: Criterios sobre riesgo de la PAE. Colegios distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013.

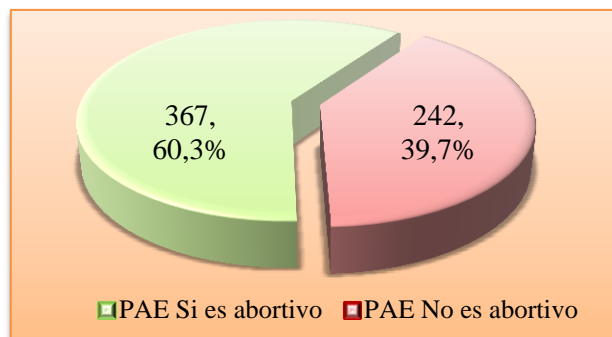
Variable	Si es peligrosa		No es peligrosa		Valor: p
	Nº	%	Nº	%	
Col. Fiscales	303	66,9	150	33,1	p=0.1512819 ns
Col. Particulares	114	73,1	42	26,9	
G. Femenino	307	70,6	128	29,4	p=0.0775465 ns
G. Masculino	110	63,2	64	36,8	
Mestizos y otros	342	71,5	136	28,5	p=0.0018083 *s
Indígenas	75	57,3	56	42,7	
Urbano	346	71,6	137	28,3	p=0.0010057 *s
Rural	71	56,3	55	43,7	

Fuente: Base de datos

Elaboración: Fernando Moreno. 2013.

RIESGO DE ABORTO DE LA PAE

GRÁFICO 20: Criterio de los adolescentes sobre riesgo de aborto por uso de PAE. Colegios distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013



Fuente: Base de datos

Elaboración: Fernando Moreno. 2013.

El vincular al PAE con el aborto es un tema muy cuestionado, carente de fundamentos ya que estudios realizados afirman que la PAE no impide la implantación del óvulo fecundado, no interrumpe un embarazo ya en curso, ni causa un aborto, (Sociedad Ecuatoriana de Bioética, 2013) además no tiene efecto teratogénico (American Academy of Pediatrics, 2012); sin embargo 6 de cada 10 adolescentes creen que la PAE es un método abortivo (ver GRÁFICO 20).

Al comparar este criterio según tipo de colegio y género, 6 de cada 10 adolescentes consideran a la PAE como un método abortivo, sin diferencias estadísticamente significativas, contrario a las respuestas según la etnia y lugar de procedencia, donde el 65% de adolescentes mestizos y adolescentes del sector urbano consideran abortiva a la PAE, vs el 41% de adolescentes indígenas y del sector rural, con diferencias estadísticamente significativas entre estos grupos (Tabla 7).

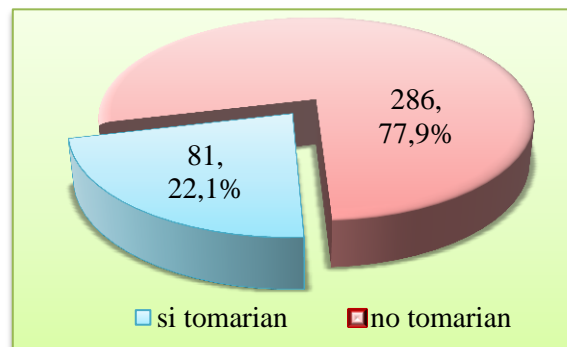
Tabla 7: Criterio de riesgo de aborto por uso de PAE, según variables. Colegios distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013

Variable	Si es abortivo		No es abortivo		Valor = p
	Nº	%	Nº	%	
Col. Fiscales	272	60,0	181	40,0	P=0.8510069 ns
Col. Particulares	95	60,9	61	39,1	
G. Femenino	267	61,4	168	38,6	P=0.3732933 ns
G. Masculino	100	57,5	74	42,5	
Mestizos y otros	312	65,3	166	34,7	P=0.0000014 *s
Indígenas	55	42,0	76	58,0	
Sector urbano	315	65,2	168	34,8	P=0.0000010 *s
Sector rural	52	41,3	74	58,7	

Fuente: Base de datos

Elaboración: Fernando Moreno. 2013.

GRÁFICO 21: Criterio de riesgo de aborto, como barrera para el uso de PAE. Colegios del distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013.



Fuente: Base de datos

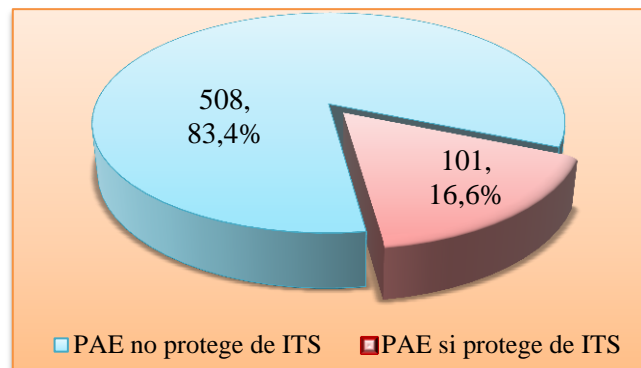
Elaboración: Fernando Moreno. 2013.

De los adolescentes que creen que la PAE es abortiva (367 estudiantes), más de las tres cuartas partes refiere que no tomarán la PAE por este presunto efecto (ver

GRÁFICO 21), siendo ésta una barrera que también la identificaron (Tapia-Curiel, 2008) en su estudio realizado en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, México, donde se determinó que entre los argumentos para respaldar la no aceptación del PAE principalmente se relacionaron con la concepción de la PAE como método potencialmente abortivo.

▣ BENEFICIOS DE PAE FRENTE A LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

GRÁFICO 22: Conocimientos sobre protección de PAE para ITS. Colegios del distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013



Fuente: Base de datos

Elaboración: Fernando Moreno. 2013.

La PAE al ser un método oral post coital, no tiene ningún fundamento ni probabilidad de proteger de ITS, sin embargo uno de cada seis adolescentes creen que la PAE protege de ITS (GRÁFICO 22), lo cual indica una deficiencia importante en los conocimientos sobre el tema que posiblemente está vinculado a debilidades de los procesos educativos desarrollados dentro del programa, asunto que debe ser investigado con mayor profundidad en el futuro, a fin de reformular tales procesos y mejorar los conocimientos e información disponible sobre el tema, tanto en los Servicios de Salud, como en los medios de comunicación.

Tabla 8: Protección de la PAE frente a ITS, según variables. Colegios distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013.

<i>Variable</i>	<i>Si protege de ITS</i>		<i>No protege de ITS</i>		<i>Valor= p</i>
	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	
Col. Fiscales	88	19,4	365	80,6	p=0,0013151 *s
Col. Particulares	13	8,3	143	91,7	
G. Femenino	69	15,9	366	84,1	p=0,4484828 ns
G. Masculino	32	18,4	142	81,6	
Mestizos y otros	63	13,2	415	86,8	p=0,0000160 *s
Indígenas	38	29	93	71	
Sector urbano	66	13,7	417	86,3	p=0,0001487 *s
Sector rural	35	27,8	91	72,2	

Fuente: Base de datos

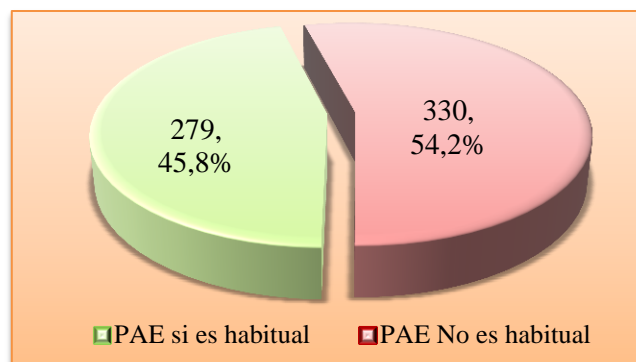
Elaboración: Fernando Moreno. 2013.

Por otra parte, en los planteles fiscales, uno de cada cinco estudiantes considera que la PAE protege contra ITS, vs menos de uno de cada 10 estudiantes de los planteles particulares, también más de un cuarto de los adolescentes indígenas y del sector rural tiene este conocimiento errado vs el 13% de adolescentes tanto mestizos y de los procedentes del sector urbano, encontrando diferencias estadísticamente significativas, excepto dependiendo del género (Ver Tabla 8).

Como se aprecia en los cuadros y gráficos precedentes, los conocimientos sobre la eficacia, riesgos y beneficios de la PAE son limitados, entre los adolescentes estudiados, siendo indispensable focalizar la información y reestructurar los procesos educativos vinculados a programas, especialmente en los colegios del sector rural, fiscales y grupos étnicos a los que se pertenecen los mismos, caso contrario no se alcanzarán los objetivos planteados en el mismo.

CONOCIMIENTO SOBRE LA FORMA DE USO DEL PAE

GRÁFICO 23: Modo de uso de la PAE. Colegios del distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013



Fuente: Base de datos

Elaboración: Fernando Moreno. 2013.

Existen indicaciones específicas de la PAE, mismas que fueron expuestas en detalle en la página 40 (Indicaciones); sin embargo, más de 4 de cada 10 estudiantes investigados consideran que puede hacerse en forma habitual (ver GRÁFICO 23); en el análisis según características de los estudiantes, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (ver Tabla 9).

Tabla 9: Modo de uso de PAE, según variables. Colegios distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013.

Variable	Si es habitual		No es habitual		Valor =p
	Nº	%	Nº	%	
Col. Fiscales	202	44,6	251	55,4	p=0,3026738 ns
Col. Particulares	77	49,4	79	50,6	
G. Femenino	208	47,8	227	52,2	p=0,1166846 ns
G. Masculino	71	40,8	103	59,2	
Mestizos y otros	224	46,9	254	53,1	p=0,3209108 ns
Indígenas	55	42,0	76	58,0	
Sector urbano	227	47,0	256	53,0	p=0,2504490 ns
Sector rural	52	41,3	74	58,7	

Fuente: Base de datos

Elaboración: Fernando Moreno. 2013.

Con los datos obtenidos de los adolescentes que refirieron conocer del PAE (609 adolescentes) se realizó la calificación cuali- cuantitativa de los 5 ítems, valorando el conocimiento sobre 5 puntos, estableciendo la siguiente escala:

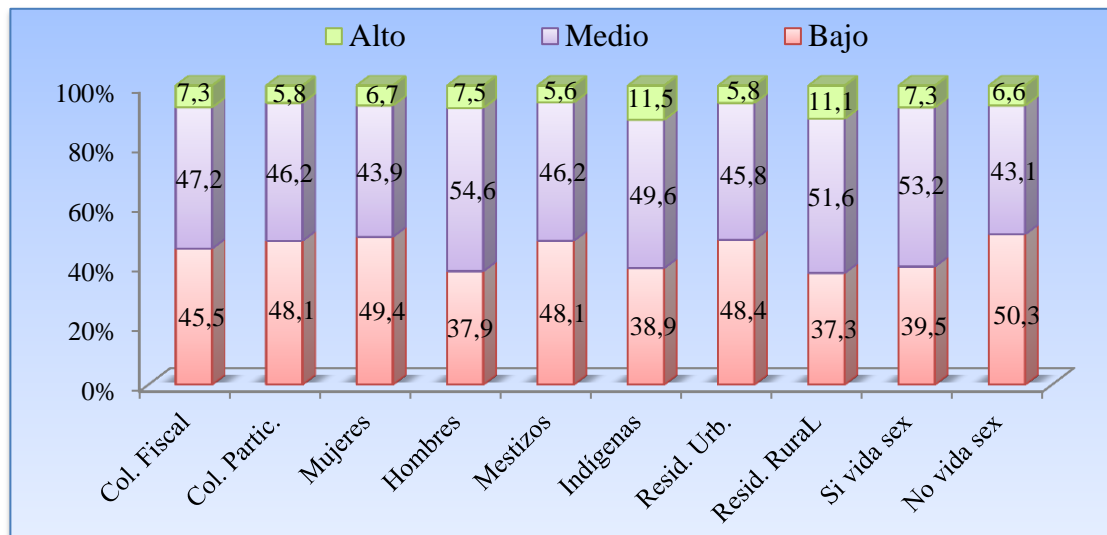
≤ a 2	=	conocimiento bajo,
Entre 3 y 4	=	conocimiento medio, y
5	=	conocimiento alto.

Sobre esta base, en general, sólo el 6,9% de los adolescentes investigados poseen conocimientos altos, el resto se distribuyen entre bajos e intermedios; por tanto, ésta es la principal barrera identificada en este estudio para un adecuado y correcto uso de PAE.

Si bien en el análisis según procedencia, género, etnia y actividad sexual, se encontraron diferencias estadísticamente significativas, sin embargo son evidentes los escasos conocimientos y creencias erradas de los estudiantes, lo cual fundamenta la necesidad de una intervención urgente entre ellos a fin de mejorar los beneficios que se espera del programa y de ese modo alcanzar los objetivos propuestos, como es el bajar la tasas de embarazos no deseados, que en este momento alcanzan cifras elevadas en el país, pues se sabe que de cada cuatro embarazadas una es adolescente (Edición Diario Hoy, 2005), existiendo 122.301 madres adolescentes (INEC, 2010).

En el análisis por variables se obtuvo datos similares, dependiendo de algunas variables que se presentan en el GRÁFICO 24.

GRÁFICO 24: Nivel de Conocimiento de PAE según variables. Colegios distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013.



Fuente: Base de datos

Elaboración: Fernando Moreno. 2013.

4.4.2. RAZONES PARA NO UTILIZAR LA PAE

Se evidenciaron varios argumentos para rechazar el uso de PAE: en los adolescentes que no han utilizado PAE (681 adolescentes), las dos terceras partes manifestaron no haber necesitado este método (ver GRÁFICO 25), pues el 86,2% de los adolescentes que dieron esta respuesta, aun no inician vida sexual (ver Tabla 10) lo cual no impide que se intervenga con ellos a fin de proporcionarles información adecuada y científicamente fundamentada que les permita enfrentar los riesgos, por posibles agresiones o presiones para realizar actividad sexual no protegida, anticipando a los posibles daños en la salud de los mismos, tal como lo observan (Egües Guevara, 2005).

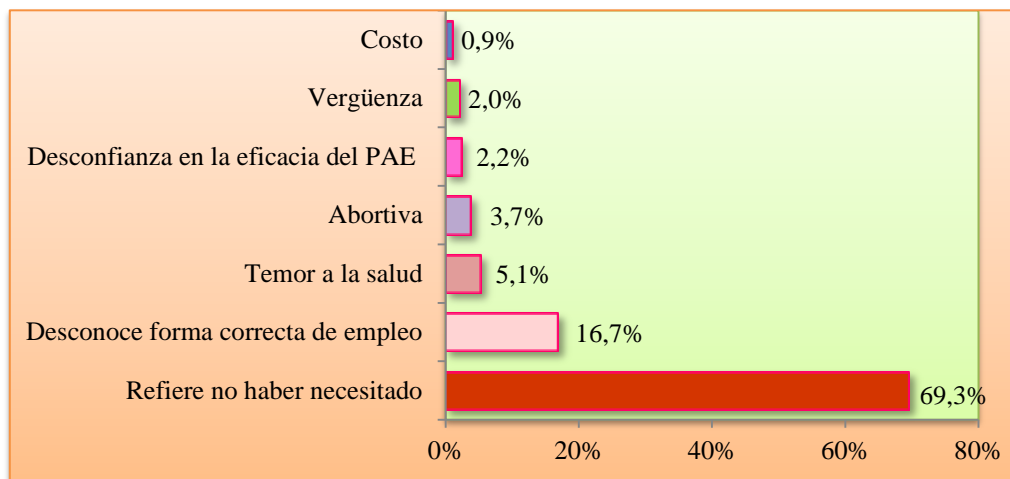
Además es importante tomar en cuenta el alto porcentaje de mujeres que sufren violencia sexual, ya que según ENDEMAIN 1999, el 7.4% de las adolescentes menores de 15 años declararon haber sufrido una violación en su primera relación sexual, lo cual las pone en especial riesgo de embarazos no deseados, si no pueden acceder a anticoncepción de emergencia. La situación no había cambiado en el

estudio realizado en el servicio de adolescentes de la maternidad Isidro Ayora de Quito, en donde se estimó que un 7% de los embarazos en adolescentes son producto de violaciones (Varea, 2007) citado por (Larrea Izaguirre, 2010).

Adicionalmente, 16,7% de los adolescentes investigados, reconoce que tiene bajos conocimientos sobre PAE (Gráfico 25). Los valores más bajos de este problema se encontraron en los colegios particulares y estudiantes que también refirieron no tener vida sexual activa (tabla 10). Otras razones que tuvieron menores porcentajes se muestran en el gráfico y tabla ya indicados.

Esto valores son diferentes a los que se encontró en el estudio realizado en la Universidad de Guadalajara, México donde el principal argumento de no aceptación de la PAE fue considerar al método como potencialmente abortivo, seguido de que más de dos tercios de los jóvenes encuestados mencionaron que requerían mayor información sobre el método (Tapia-Curiel, 2008).

GRÁFICO 25: Argumentos de los adolescentes para no utilizar el PAE. Colegios distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013.



Fuente: Base de datos

Elaboración: Fernando Moreno. 2013.

Tabla 10: Argumentos de los adolescentes para no utilizar el PAE, según variables. Colegios distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013.

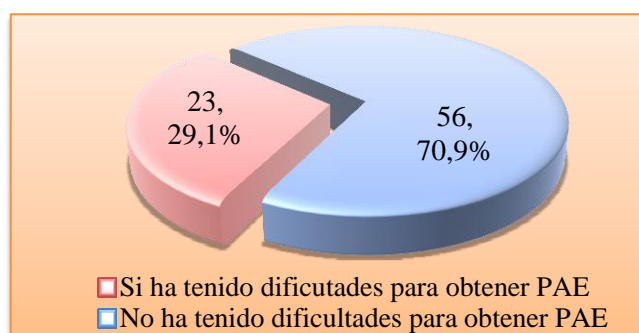
Argumentos Variable	Refiere no haber necesitado	Desconoce forma correcta de empleo	Temor a la salud	Abortiva	Desconfianza en la eficacia del PAE	Vergüenza	Costo
Col. Fiscales	67,5%	20,3%	4,9%	2,9%	2,2%	1,6%	0,7%
Col. Particulares	77,3%	1,6%	6,3%	7,0%	2,3%	3,9%	1,6%
Sí vida sexual	32,8%	24,2%	15,2%	10,1%	7,6%	7,1%	3,0%
No vida sexual	84,3%	13,7%	1,0%	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%
G. Femenino	72,3%	14,7%	5,5%	3,6%	1,7%	1,5%	0,6%
G. Masculino	62,6%	21,3%	4,3%	3,8%	3,3%	3,3%	1,4%
Mestizos y otros	69,2%	14,3%	6,0%	5,3%	1,9%	2,1%	1,1%
Indígenas	69,1%	22,7%	3,6%	0,5%	2,6%	1,0%	0,5%
Urbano	69,2%	14,7%	5,6%	4,8%	2,2%	2,4%	1,0%
Rural	69,7%	22,2%	3,8%	0,5%	2,2%	1,1%	0,5%

Fuente: Base de datos

Elaboración: Fernando Moreno. 2013.

4.4.3. BARRERAS PARA EL ACCESO AL PAE

GRÁFICO 26: Dificultad en el acceso al PAE. Colegios distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013.

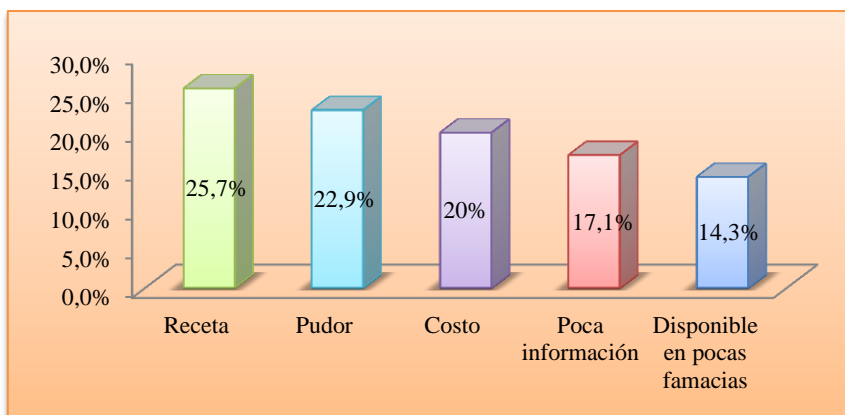


Fuente: Base de datos Elaboración: Fernando Moreno. 2013.

Para valorar las dificultades para obtener la PAE, se tomó en cuenta a los estudiantes que refirieron haber utilizado el método (79 adolescentes), evidenciando que aproximadamente 3 de cada 10 adolescentes refiere haber tenido alguna dificultad para la obtención del PAE (ver GRÁFICO 26), resultados inferiores al estudio

realizado en dos Institutos de Educación Secundaria de Torrijos (España), donde se encontró que el 45.5% de los estudiantes tuvo dificultades para conseguir la PAE (Brasa A, 2007).

GRÁFICO 27: Razones que dificultan el acceso al PAE. Colegios distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013.



Fuente: Base de datos

Elaboración: Fernando Moreno. 2013.

Entre las razones señaladas por los estudiantes para no acceder a la PAE se destaca la necesidad de receta médica, lo cual está respaldado por un artículo de prensa donde se refiere que... “durante un recorrido, empleados de droguerías pidieron receta para vender anticonceptivos del día después. Una red de farmacias tienen como norma no vender píldoras del día después” (Edición diario El Universo, 2013). Existen otras razones de carácter económico, cultural que se detallan en el gráfico 27.

Algunas de tales barreras involucra el rol de servicios de salud, lo que coincide con hallazgos de la (Sociedad Española de Contracepción, 2011) en donde el principal problema para las mujeres al intentar obtener la PAE, fue la negativa de algunos servicios sanitarios a prestar ese tipo de atención (40,7%).

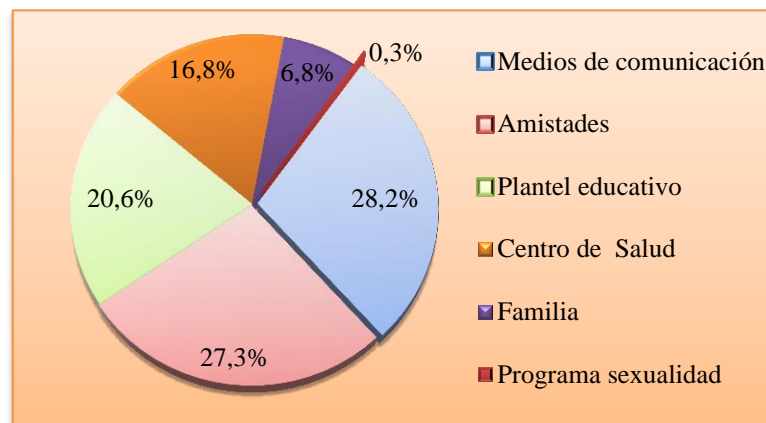
Por lo descrito, es indispensable que éstos reorienten su trabajo en el programa, a fin de mejorar el acceso del medicamento a quienes lo necesitan basados en su rol de garantes de los derechos de la salud de las personas que acuden a los mismos, preceptos establecidos no sólo en la Constitución de la República del Ecuador, sino

también en el Registro Oficial N 919 de la ley del Sistema Nacional de Salud (Sociedad Ecuatoriana de Bioética, 2013), en las Leyes relacionadas con la salud de los niños, niñas y adolescentes, así como en los derechos sexuales y reproductivos (Valladares, 2005).

4.5. FUENTES DE INFORMACIÓN: ROL DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS.

De los adolescentes que conocen el PAE (609 estudiantes, véase GRÁFICO 17), se descubrió que cerca de tres de cada 10 adolescentes refirieron que los medios de comunicación son la principal fuente de información, seguidos muy de cerca por los/las amigos. Llama la atención los porcentajes bajos que corresponden a los servicios de salud y la familia como se muestra en el GRÁFICO 28; lo que deja al descubierto las debilidades de sus procesos de información y educación. Datos similares plantea (Brasa A, 2007) en un Centro de Salud de Torrijos, Toledo, España, donde la principal fuente de información son los medios de comunicación y los amigos.

GRÁFICO 28: Fuentes de información de la PAE. Colegios distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013.



Fuente: Base de datos

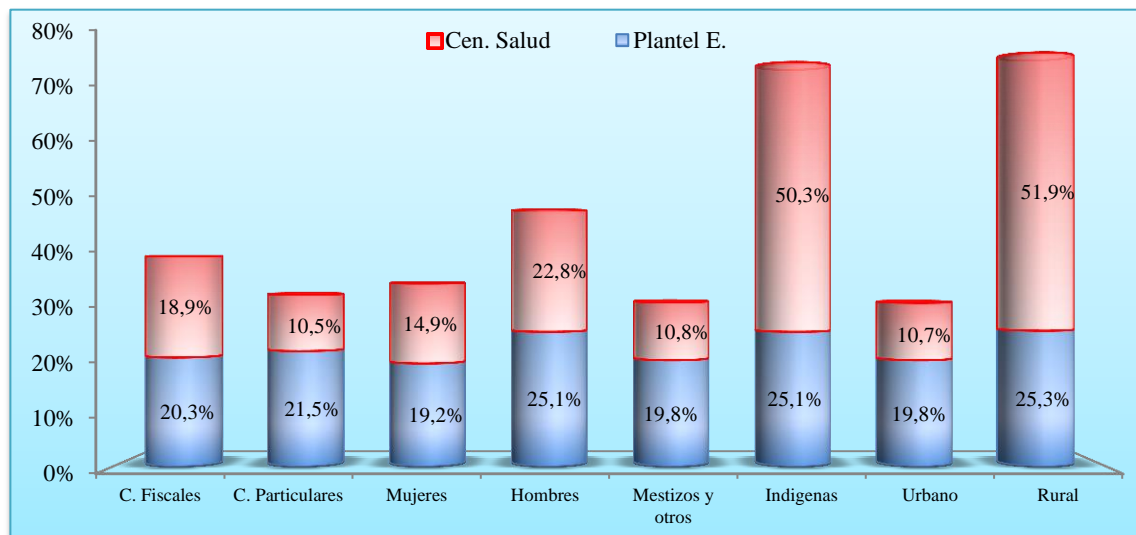
Elaboración: Fernando Moreno. 2013.

Al mirar en detalle el rol de los Servicios de Salud y Unidades Educativas, según las variables de estudio. Se observa que los primeros son influyentes entre los estudiantes

indígenas y los que habitan en el sector rural, por lo anotado es evidente que debe mejorar su participación en procesos educativos más allá de sus espacios, tratando de articular su trabajo con otros sectores.

En materia de anticoncepción y uso de PAE, es necesario un trabajo cooperativo e interdisciplinario, que dé lugar a procesos formativos innovadores en los que los trabajadores de salud actúen de la mano con los miembros de la comunidad educativa, es decir: con los estudiantes, sus profesores y sus padres de familia, caso contrario no se logrará el impacto deseado del programa, ni a corto ni a largo plazo.

GRÁFICO 29: Rol de las unidades educativas y servicios de salud como fuentes de información de la PAE. Colegios distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013

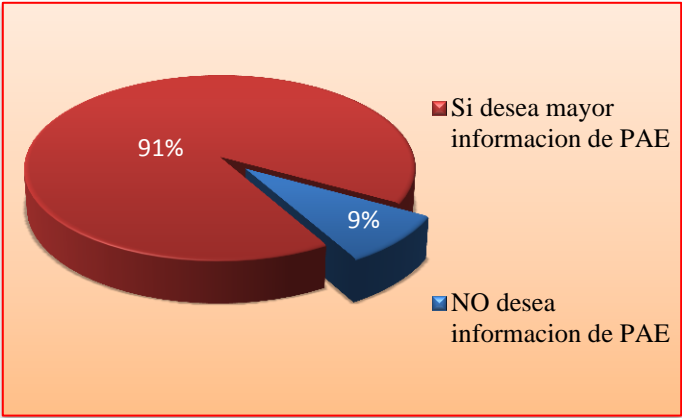


Fuente: Base de datos

Elaboración: Fernando Moreno. 2013.

Es claro que los planteles educativos deberían promulgar información y capacitación sobre estos temas, aprovechando la predisposición que existe y sed de información sobre este método anticonceptivo, ya que nueve de cada 10 adolescentes desean mayor información sobre el uso correcto de la PAE (Ver GRÁFICO 30).

GRÁFICO 30: Adolescentes que desean mayor información sobre la PAE. Colegios distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2. 2013.



Fuente: Base de datos

Elaboración: Fernando Moreno. 2013.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- ◆ Entre las características socio-demográficas de las y los alumnos estudiados se encontró que:

La edad de los adolescentes varió entre los 14 a 19 años, con un promedio de 16,8 años, no se incluyeron estudiantes en adolescencia Temprana (10 a 13 años), existió una minoría de estudiantes en adolescencia media (14 a 16 años) y seis de cada 10 estudiantes en adolescencia tardía (17 a 19 años).

En cuanto al género, la participación femenina fue mayoritaria en el estudio, resultando en los colegios fiscales, 7 de cada 10 adolescentes, y en los colegios particulares 6 de cada 10 adolescentes; en relación a la etnia las dos terceras partes de adolescentes se auto identificaron como mestizos, seguido en menor cantidad por adolescentes que se auto identifican como indígenas, resaltando que en los colegios particulares no se encontró la presencia de estudiantes indígenas.

Dependiendo del lugar de residencia, en los colegios fiscales el 68,6% de los adolescentes residen en la zona urbana, diferente a lo encontrado en los colegios particulares donde el 100% de los adolescentes encuestados residen en el sector urbano.

- ◆ El 36% de adolescentes ha iniciado vida sexual, a edad promedio de 16 años, con una discreta diferencia en el sector rural donde se inicia más tardía, además 1 de cada 10 investigados refirieron haber iniciado vida sexual entre los 13 y 14 años; no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la edad de inicio

de la vida sexual según lugar de residencia, lo relevante de estos hallazgos es que los datos coinciden con información disponible en el país que señala que hay un descenso de la edad de inicio de la sexualidad y con ello se observa un incremento del riesgo de embarazos no deseados, los mismos que por su frecuencia han convertido en un problema de salud pública, que pretende ser abordado mediante la provisión de PAE por los SS y de métodos anticonceptivos de barrera (condones) en los establecimientos educativos.

- ◆ El 38,1% de los estudiantes entre 14 y 19 años mantiene relaciones sexuales sin utilizar de manera habitual algún método anticonceptivo, existiendo diferencias estadísticamente significativas entre el uso de anticonceptivos según etnia, pues los indígenas mostraron los porcentajes más bajos de utilización de anticonceptivos. Asunto que conviene investigarse con mayor profundidad en el futuro a fin de establecer estrategias de trabajo con estos sectores de adolescentes. No se establecieron diferencias estadísticamente significativas en el uso de anticonceptivos según género de los adolescentes estudiados.
- ◆ Entre los adolescentes que refirieron usar anticonceptivos, el preservativo es el método anticonceptivo preferido (63,7%).
- ◆ Se encontró que el 15,2% de los adolescentes que han iniciado vida asexual ya tiene hijos, fenómeno más frecuente en el sector urbano, valor que se aproxima mucho a las cifras de embarazo detectadas por otros estudios nacionales.
- ◆ El 28,6% de los adolescentes de 14 a 19 años que ha iniciado vida sexual ha utilizado alguna vez la PAE, siendo los porcentajes de uso muy bajos entre los estudiantes del sector rural e indígenas.
- ◆ El perfil del adolescente que ha utilizado alguna vez la PAE es: mujer, en edad de 15 a 19 años, promedio 15,8 años, mestiza, procede del sector urbano, que estudia de preferencia en colegios particulares, sin ningún hijo (83,5%), que usa habitualmente como método anticonceptivo al preservativo (62%). Esto indica

que posiblemente existe un porcentaje de que al no usar un método anticonceptivo regular, podrían beneficiarse con el uso de PAE si se realizan procesos de difusión e información específicos entre los estudiantes.

- ◆ Si bien un 80,2% de los estudiantes ha oído hablar del PAE, sin embargo se desconoce los fundamentos de su acción y los beneficios que le proporciona su uso informado. Es necesario desvirtuar conocimientos erróneos sobre posibles daños a la salud, riesgos de aborto y otros problemas que se detallaron en el capítulo 4. Es importante aprovechar la necesidad sentida de información sobre el tema y diseñar estrategias de trabajo apropiadas a los diferentes segmentos de la población estudiada.
- ◆ Existe la creencia de que la PAE protege de ITS, observado en casi uno de cada cinco estudiantes, principalmente de colegios fiscales y entre los que se auto identifican como indígenas, o que viven en el sector rural.
- ◆ Se descubrió que el conocimiento deficiente es la barrera más importante en el uso de la PAE, ya que solo el 6,9% de adolescentes tiene conocimiento alto sobre PAE, evidenciando un déficit considerable de errores conceptuales y sobre generalidades del método, lo cual conduce a no utilizarlo o hacerlo en forma errada.
- ◆ Entre las principales razones para no usar la PAE se encontró:
 - No haber necesitado este método, explicado por el porcentaje de adolescentes que declararon no haber iniciado vida sexual.
 - En segundo lugar, el bajo conocimiento sobre la forma correcta de uso, y
 - Una minoría refirieron otros argumentos de carácter socio cultural (creen que es abortivo, desconfían de la eficacia, tienen vergüenza de solicitarlo y pensar que pueden ser rechazados o censurados por los prestadores de servicios de salud y costo del fármaco cuando se lo requiere en farmacias del sector privado).

- Refirieron también la necesidad de receta médica.
- ◆ Los servicios de salud tiene un rol deficiente, pues, en criterio de los investigados, proporcionan poca información sobre la PAE, y los programas implementados para difundir la información carecen de metodología adecuada, pues se basan fundamentalmente en métodos verticales que limitan la participación activa de los jóvenes, lo que se traduce en niveles bajo de apropiación del conocimiento y empoderamiento sobre su salud sexual.
- ◆ Los planteles educativos solo informan a 2 de cada 10 adolescentes sobre la PAE, lo que implica que no realizan trabajo interdisciplinario, situación que podría mejorar mediante procesos de cooperación con los Sistemas de salud e involucramiento de la comunidad educativa: padres, docentes y estudiantes.

5.2. RECOMENDACIONES

- ▣ Las dificultades identificadas en esta investigación dejan claro que los servicios de salud y los establecimientos educativos no han establecido alianzas que faciliten el diseño y aplicación de estrategias de educación en salud sexual y reproductiva innovadoras, que abandonen el modelo tradicional, centrado en el docente o experto que da información pero que no da espacios para cuestionamientos y aclaración de inquietudes respecto a la anticoncepción de emergencia. De allí que es recomendable rediseñar las estrategias de educación e información, así como los procesos de entrega del método en los servicios de salud de la red pública.
- ▣ Será pertinente realizar a futuro nuevas investigaciones con diseños más complejos que permitan valorar el impacto del programa en la prevención de embarazos entre los adolescentes, pues se conoce que en el Ecuador una de cada cinco adolescentes del sexo femenino es madre o está embarazada.

- ▣ Se debe capacitar a los adolescentes sobre métodos de anticoncepción regular además de un correcto uso del preservativo y otros métodos anticonceptivos de uso regular, con lo que se debe aclarar que la PAE es sólo un método que ayuda en casos de emergencia, mas no deben ver en él un método que se tome a falta de una seria actitud de responsabilidad frente a su vida sexual.
- ▣ Se requiere en el mediano y corto plazo emprender programas de capacitación sobre anticoncepción de emergencia en varios niveles y con mayor énfasis en los sectores rurales, planteando como metodología la educación por pares debido a que los/las amigos son la segunda fuente de información sobre anticoncepción de emergencia en pro de aprovechar y hacer mayor eco de información valida.
- ▣ Se debe establecer conceptos claros sobre la efectividad, seguridad, forma de consumo y beneficios de la PAE a nivel multidisciplinario y multiétnico.
- ▣ Se debe establecer conceptos claros, fundamentados científicamente eximiendo a la PAE como un método abortivo, enfocados en los adolescentes mestizos y adolescentes del sector urbano, para vencer la barrera conceptual de considerar la PAE como un método abortivo.
- ▣ Establecer conceptos claros sobre la diferencia entre los anticonceptivos habituales y los de emergencia.
- ▣ Establecer programas de capacitación sobre la PAE en adolescentes que no hayan necesitado este método, para prepararlos para una vida sexual saludable y un uso racional y responsable de anticoncepción regular y de emergencia. Pues no son aspectos aislados sino más bien complementarios y deben ser abordados bajo el concepto de mejorar la calidad de vida y contribuir al Buen vivir, con modelos innovadores de participación y aprendizajes centrados en los adolescentes.
- ▣ Los servicios de salud deben tener un rol protagónico en la difusión y promoción de la PAE, difundiendo sus usos, indicaciones, ventajas y desventajas,

socializando los aspectos positivos del programa e integrándolos dentro de la política de los derechos ciudadanos, los derechos a la salud y los derechos en salud sexual y reproductiva, todos ellos consagrados en varios instrumentos y cuerpos legales vigentes en el Ecuador.

- ▣ Sugerir a los planteles educativos e instituciones sanitarias del sector público implementar programas para impartir conceptos científicos sobre anticoncepción de emergencia.

CAPÍTULO VI

LA PROPUESTA

6.1. DATOS INFORMATIVOS

TÍTULO DE LA PROPUESTA

Proyecto de educación sexual y reproductiva, anticoncepción regular y anticoncepción de emergencia dirigido adolescentes de bachillerato del distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2.

INSTITUCIÓN EJECUTORA

Universidad Técnica de Ambato

- ✓ Ministerio de Salud
 - Dirección Zonal
 - Distritos de salud
- ✓ Ministerio de educación
 - Dirección Zonal
 - Distritos educativos de la Prov. de Tungurahua
 - Unidades educativas (sección Bachillerato)
 - Padres de familia
 - Estudiantes
 - Docentes

BENEFICIARIOS

- Unidades educativas (sección Bachillerato) seleccionadas
 - Padres de familia

- Estudiantes
- Docentes

UBICACION

Colegios del distrito educativo intercultural y bilingüe N° 2 de la ciudad de Ambato.

TIEMPO ESTIMADO PARA LA EJECUCIÓN

Un periodo académico: Septiembre 2014 – Julio 2015

EQUIPO TÉCNICO RESPONSABLE

Dra. MSc. Aida Aguilar

Fernando Xavier Moreno

6.2. ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

En esta investigación se determinó que el inicio de actividad sexual en los adolescentes es muy frecuente, a edades cada vez más tempranas, evidenciando que el 38,1% de los estudiantes entre 14 y 19 años mantiene relaciones sexuales sin utilizar de manera habitual algún método anticonceptivo, existiendo diferencias estadísticamente significativas entre el uso de anticonceptivos según etnia, pues los indígenas mostraron los porcentajes más bajos de utilización de anticonceptivos, producto de ello se evidencia la alta tasa de maternidad-paternidad en este grupo etario encontrando que el 15,2% de los adolescentes que han iniciado vida asexual ya tiene hijos, fenómeno más frecuente en el sector urbano.

A pesar que muchos sectores desconoce sobre la PAE, la prevalencia de uso en los adolescentes de 14 a 19 años que ha iniciado vida es del 28,6%, siendo los estudiantes del sector rural e indígenas donde el uso es casi nulo.

La barrera fundamental en el uso de la PAE es el conocimiento deficiente e incluso nulo de los adolescentes; a pesar que el 80,2% de los estudiantes ha oído hablar del

PAE, solo el 6,9% de adolescentes tiene conocimiento alto sobre este, develando que se desconoce los fundamentos tanto en su acción y los beneficios que le proporciona su uso informado sobre todo en sectores vulnerables, rurales e indígenas.

Fuentes de información como los/las amigos (pares) tiene gran importancia debido a que el 27,3% de adolescentes se han informado por este medio sobre anticoncepción de emergencia, descubriendo la necesidad de emprender programas en los cuales el adolescente tome un rol activo en la difusión de conocimientos como es la estrategia de educación por pares, brindando el apoyo a programas del sector salud como es sexualidad sin misterios o la entrega gratuita de la PAE, en pro de tener un mayor impacto en los adolescentes, involucrando a los servicios de salud a desempeñar un rol activo en este tema, ya que en la presente investigación se constató que apenas el 16,8% de los adolescentes conoce de la PAE de los servicios de salud.

En cuanto a las unidades educativas se descubrió que solo informan a 2 de cada 10 adolescentes sobre la PAE, resultando que hay un rol expectante frente a este tema, a más de inadecuada cooperación con los Sistemas de salud e involucramiento de la comunidad educativa: padres, docentes y estudiantes.

6.3. JUSTIFICACIÓN

Una de las acciones más importantes para disminuir las altas tasas de embarazo en adolescentes es sin lugar a duda, la identificación temprana y oportuna de los factores que influyen en la práctica de una sexualidad responsable, y las barreras que existen para no utilizar anticoncepción, tanto regular como de emergencia en los adolescentes.

En esta investigación se descubrió que el factor principal para un uso irregular e incorrecto de métodos anticonceptivos es el bajo conocimiento e ignorancia sobre este tema, debelando la necesidad de capacitación e intervención multidisciplinaria acorde a cada grupo de adolescentes que serán los principales beneficiarios porque se les brindará por derecho la opción de una sexualidad responsable, con juicio y

autonomía desde las diferentes áreas de salud y planteles educativos; además beneficiará a la sociedad que se enfrenta a la entrega libre del método anticonceptivo de emergencia, en particular a las mujeres en edad fértil que serán las potenciales usuarias, que sin contar con una adecuada asesoría puede llegar al uso incorrecto e irresponsable. Este proyecto servirá como una herramienta que los trabajadores de salud en especial el médico de atención primaria podrán adecuar para canalizar la información de acuerdo a cada grupo poblacional.

Así, el presente proyecto tiene por objetivo difundir, proporcionar y educar a los adolescentes de manera didáctica y confiable sobre educación sexual y reproductiva, anticoncepción regular y anticoncepción de emergencia, con el fin de prevenir embarazos no deseados y aportando con una ayuda cultural a la sociedad de Ambato, buscando hacer eco en adolescentes de bachillerato indiferente de lugar de residencia, etnia, idioma y creencias.

La investigación es factible por ser un proyecto de interés de trascendencia nacional enfocado a la población adolescente, respaldado bajo normativas de ley nacional y apoyando la iniciativa “sexualidad sin misterios” del ministerio de salud pública, además el proyecto es económicamente realizable con un universo finito, organizado institucionalmente.

6.4. OBJETIVOS

6.4.1. OBJETIVO GENERAL

Establecer un programa de capacitación multidisciplinario sobre educación sexual y reproductiva, anticoncepción regular y anticoncepción de emergencia en adolescentes de bachillerato de colegios del distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N°2, en el periodo académico Septiembre 2014 – Julio 2015.

6.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ◆ Capacitar al personal educativo, para la prevención, difusión y promoción sobre educación sexual y reproductiva además de anticoncepción de emergencia.
- ◆ Seleccionar y capacitar a un grupo de adolescentes para desempeñar un rol activo en la promoción y difusión sobre generalidades, riesgos, beneficios y uso correcto sobre la PAE tanto en población indígena como mestiza.
- ◆ Diseñar instrumentos de apoyo al trabajo de los adolescentes por los facilitadores.

6.5. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD

Esta propuesta tiene factibilidad:

Económica:

Porque la capacitación involucra presupuesto de movilización, uso de internet, y papelería cuyos costos pueden ser asumidos por el grupo interventor, a más de que las instalaciones de la Universidad pueden brindar el acceso a la información informática.

Científica:

Porque se cuenta con la información bibliográfica y del internet para el alcance de todos, así como información técnica relacionada con los temas, contenida en los manuales y reglamentos del MSP del Ecuador.

Además se revisarán instrumentos técnicos específicos para el diseño del programa de educación por pares basados en información científica y documentos técnicos para trabajos en grupos y educación participativa que buscan el rol activo del adolescente, desarrollando competencias de cooperación y capacitación en él.

Tecnológica:

Porque se cuenta con equipos audiovisuales que podrían ser proporcionados tanto por la Universidad Técnica de Ambato, como también las unidades educativas para lograr una capacitación didáctica, a más del espacio físico para la realización de charlas y talleres en cada unidad educativa.

Legal:

Existe un respaldo considerable para la promoción, difusión y educación en sexualidad a los adolescentes desde varios niveles como es el CONSEJO NACIONAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA donde se menciona que se debe “Utilizar los diversos medios para recibir información adecuada, veraz y pluralista; así como, orientación y educación crítica para ejercer derechos” (CONSEJO NACIONAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA, 2004), además, el REGLAMENTO PARA REGULAR EL ACCESO Y LA DISPONIBILIDAD DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, recalca en el Art. 6. Que los adolescentes tienen derecho a una “Información completa actualizada, clara, veraz y objetiva sobre sexualidad, salud sexual y salud reproductiva y anticoncepción regular y de emergencia en el tiempo adecuado sin juicios morales ni religiosos”, además frente a la promoción de anticoncepción de emergencia se resalta que la información deberá ser proporcionada de manera objetiva, ágil, oportuna y eficiente, en base a evidencia científica, teniendo que recalcar que es un método anticonceptivo de excepción y no de rutina, por lo que no reemplaza el uso continuo y planificado de otros métodos anticonceptivos (Sociedad Ecuatoriana de Bioética, 2013).

Teniendo en cuenta el ESTATUTO DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO donde dentro de sus objetivos esta Vincular la labor universitaria con el desarrollo del entorno social, productivo y cultural, en base a los requerimientos de la sociedad y a través de la transferencia de ciencia y tecnología, la difusión de cultura y la producción de bienes y/o servicios que en este caso es culturizar a los adolescentes

sobre educación sexual y reproductiva (UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO, 2013).

6.6. FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICO-TÉCNICA

6.6.1. EDUCACIÓN POR PARES

La educación entre pares es una estrategia diseñada para que los niños, adolescentes, los jóvenes o los adultos eduquen a otros de edad, antecedentes, cultura o estatus social similares, incluso aquellos de grupos sociales en desventaja. El enfoque puede tomar formas diversas, pero en muchos casos implica ofrecer apoyo académico, aumentar las destrezas de comunicación e interpersonales o la orientación. En otros casos, puede involucrar la creación de conciencia o consulta. El enfoque se basa en la premisa que la gente, especialmente los adolescentes, serán más propensos a escuchar y responder a la información cuando viene de sus pares.

En el contexto la educación entre pares consiste en empoderar a los adolescentes o jóvenes a desempeñar un rol activo en la promoción y difusión de la PAE. La educación entre pares refuerza las capacidades de los participantes para tomar acción y formar parte de las soluciones para el desarrollo de la comunidad en lugar de estar en la posición pasiva, sumisa y receptora en que se les coloca a menudo.

Los adolescentes y los jóvenes son inventivos, dinámicos y creativos, y sobre todo, saben instintivamente cómo relacionarse con los más vulnerables. Ellos hablan el mismo idioma y pueden entablar fuertes relaciones de confianza con sus pares. Con el apoyo de la comunidad y armados de información y capacitación, los pares educadores pueden ser aliados poderosos en el movimiento para promocionar, difundir y debatir sobre la anticoncepción de emergencia (UNFPA, 2005).

La estrategia está dada por 4 ejes que son:

- ◆ **COORDINADOR DEL PROYECTO:** es el ente de planificación y modulación estratégica del proyecto, no necesariamente el/la coordinador/ a del proyecto es la

persona que debe realizar la capacitación, aunque debe participar en la capacitación.

- ◆ **FACILITADORES:** El/la facilitador/a debe ser versada en los temas que va a cubrir y tener la capacidad de enseñar las técnicas necesarias. A menudo es útil tener a un facilitador principal junto con otros conferenciantes que tengan bajo su responsabilidad sesiones individuales, como médicos, enfermeras o jóvenes con más experiencia. Una variedad de conferenciantes puede hacer que la capacitación sea más interesante y además permite que los jóvenes conozcan diferentes perspectivas y puedan ir creando sus propias estrategias para multiplicar los conocimientos; tiene el beneficio adicional de generar compromiso institucional al proyecto.
- ◆ **EDUCADORES DE PARES:** comienza con el proceso de reclutamiento con presentaciones informales en instituciones donde las y los adolescentes se congreguen, como colegios y clubes juveniles, para lograr su interés en participar en el proyecto. Hay que recordar que los educadores de pares más exitosos no son las y los estudiantes modelos, sino aquéllos y aquéllas que se comprometen con los objetivos del programa y realmente quieren participar. Un grupo eficaz incluirá a jóvenes que tienen una variedad de talentos.
- ◆ **LOS PARES DE LA POBLACIÓN:** son adolescentes a los cuales se brindara información por individuos de similares características socio-culturales que ignoran o tienen errores conceptuales sobre el tema en cuestión.

El éxito de cualquier programa de educación de pares se determina en gran parte por las habilidades y el compromiso de las y los mismos educadores de pares que pertenecen al programa.

Los beneficios que pueden gozar los adolescentes educadores de pares se encuentran:

- Oportunidad de reunirse y socializar con otros adolescentes.

- Oportunidad de reclutar y capacitar nuevos educadores de pares.
- Participación en conferencias y reuniones.
- Establecimiento de una red regional o internacional de consejeros de pares.
- Programas de intercambio con otros programas de adolescentes.
- Oportunidad para la atención de los medios de comunicación.

Debido a que las contribuciones de los educadores de pares constituyen una parte clave de la planificación e implementación del programa, es importante que las y los jóvenes seleccionados sean los adecuados para el proyecto y que reciban la capacitación apropiada (FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE PLANIFICACIÓN DE LA FAMILIA REGIÓN DEL HEMISFERIO OCCIDENTAL. INC, 2004).

6.6.2. EDUCACIÓN SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Toda persona recibe una educación sexual de una clase u otra, sino a través de sus padres o de las instituciones educativas, a partir de compañeros en su mismo grupo de edad, lo que suele ser común. Por inexactos o inadecuados que puedan resultar estos conocimientos acerca del acto sexual, lo cierto es que la gente se entera de ciertos hechos básicos de la vida durante su infancia y su adolescencia.

Quedan tantos mitos y tanto desconocimiento en lo referente a la concepción, el embarazo, el parto, la anticoncepción, las enfermedades de transmisión sexual, la masturbación, el aborto, que el sexo ha llegado a convertirse en lo que nunca debiera ser, es decir, un problema.

Se debe recalcar según (J Trimer & Col, 1982) que la educación sexual no es sinónimo de enseñar a los inmaduros y a los inocentes el coito adulto (aunque esto forme parte de ella), o de atemorizarlos acerca de las consecuencias de cualquier actividad sexual si son demasiado jóvenes; de esa manera la educación sexual tiene por objeto final que el adolescente llegue a formar aptitudes que le proporcionen la mayor cantidad de felicidad y lo sometan a una cantidad mínima de daño. Este necesita relacionar la información recibida con su propio código de valores que se

encuentra en formación, así los valores morales y la educación sexual siempre deben ir juntos (Van Pelt, 2004).

Conocer la verdad es menos inquietante que no conocer los hechos y estar en la duda acerca de cuáles son estos. Los niños y adolescentes que no han sido informados son los que con más frecuencia llevan a cabo experimentación sexual, porque es la forma en que pueden obtener información. Así es imprescindible la educación sexual, surgiendo la incógnita de cuál es la edad óptima para abordar este tema a lo cual Nancy Van Pelt refiere que la educación sexual debería comenzar desde el nacimiento. Cuando la madre ama a su hijo, lo cuida o juega con él, indirectamente lo está educando sexualmente (Van Pelt, 2004), de acuerdo a lo que hace mucho tiempo Freud menciono, que la sexualidad es un punto esencial para el desarrollo humano y existe una gran influencia de la sexualidad en el desarrollo de la personalidad, siendo un descubrimiento que causo una revolución en el estudio de la mente (J Trimer & Col, 1982).

Un punto que deriva de la educación sexual es la anticoncepción lo cual en los últimos 50 años se ha dado una revolución, tanto en la variedad de métodos contraceptivos disponibles como en el número de gente dispuesta y capaz de controlar su propia fertilidad. Esencialmente, la contracepción consiste en prevenir la fecundación del ovulo por la esperma en las trompas de Falopio. La contracepción puede dirigirse hacia el establecimiento de una barrera para la esperma (diafragma, condón o DIU), hacia su destrucción (espermicidas), evitando la ovulación (pastillas anticonceptivas), o mediante una combinación de estos métodos (PAE) (J Trimer & Col, 1982). A pesar de los avances que el país ha mostrado en reducción de la fecundidad y del mayor acceso a los métodos modernos de anticoncepción, la fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años se ha incrementado, en concordancia con la tendencia observada en los países de la región.

Los estudios recientes revelan que son las mujeres jóvenes las que más dificultades tienen para controlar su fecundidad y que el nivel educativo, el índice de riqueza y el

lugar de residencia inciden directamente sobre el embarazo adolescente. Esto sucede especialmente entre subgrupos vulnerables como la población desplazada, en tanto la permanencia en el sistema educativo, constituye el principal factor protector (Gómez Sotelo & Col, 2012), razón por lo que programas de intervención en educación sexual se deben realizar de una forma innovadora que derrumbe la manera tradicional que ha arrojado resultados infructuosos, y buscando la interacción de los adolescentes como agentes activos en la promoción y difusión de este tema de suma importancia que busca el buen vivir y la sexualidad sin misterios que busca el estado.

6.6.3. PÍLDORA ANTICONCEPTIVA DE EMERGENCIA

En general, cuando se habla de “la anticoncepción de emergencia” se hace referencia a las píldoras que contienen la dosis exacta de hormonas para evitar el embarazo tras haber mantenido relaciones sexuales sin protección, que se fabrican y envasan específicamente con ese fin. Por tanto este método anticonceptivo debe ser difundido como una herramienta de gran importancia en grupos vulnerables.

De acuerdo con este método la Organización Mundial de la Salud refiere que, los anticonceptivos de emergencia constituyen el único método seguro de anticoncepción posterior al coito que puede prevenir el embarazo hasta 120 horas después de haber mantenido relaciones sexuales sin protección, con un nivel de eficacia de entre un 75% y un 99%. Dichos anticonceptivos tienen efectos secundarios mínimos, pero resultan más eficaces cuanto antes se inicie el tratamiento (American Academy of Pediatrics, 2012).

Después de pasadas 72 horas de las relaciones sexuales, la tasa de eficacia comienza a disminuir. Son seguros y aprobados por la FDA para expendio sin receta médica por que puede ser auto medicado, no son tóxicos, presentan un bajo riesgo de abuso o sobredosis y no tienen contraindicaciones (Organizacion Mundial de la Salud, Julio de 2012). Además, ha quedado demostrado en la práctica que la anticoncepción de emergencia constituye una estrategia favorable para prevenir el embarazo no deseado sin reducir la tasa de uso de anticonceptivos comunes o preservativos.

El mecanismo de acción de los anticonceptivos de emergencia puede variar según el momento del ciclo menstrual en que se administran, aunque los estudios más recientes indican que estos anticonceptivos actúan mediante la inhibición o el retraso de la ovulación, y mediante la reducción en la movilidad del espermatozoide (American Academy of Pediatrics, 2012) (Consortio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia, 2011). El desplazamiento del esperma, por ejemplo, puede verse impedido cuando un aumento en la mucosidad cervical obstruye el ingreso al útero, o cuando se eleva el pH del flujo uterino, lo que inmoviliza a los espermatozoides. Las píldoras anticonceptivas de emergencia pueden prevenir el embarazo al evitar la liberación del óvulo, demorar la ovulación, pero en todos los casos actúan antes de que ocurra la implantación en el útero. Los anticonceptivos de emergencia no pueden desprender el óvulo fecundado del útero y, por lo tanto, no pueden interrumpir el embarazo. Esto implica que, por definición, los anticonceptivos de emergencia NO son abortivos (Suárez & Zavala, 2010).

El aumento del nivel de acceso a la anticoncepción de emergencia ha dado lugar a una reducción importante del índice de abortos y embarazos no planificados en todo el mundo. Las dificultades persisten a pesar de que las pruebas científicas respaldan la promoción de la anticoncepción de emergencia por parte de todas las organizaciones dedicadas a la planificación familiar y a la defensa de los derechos de las mujeres (Consortio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia, 2011).

A pesar de que los anticonceptivos de emergencia se encuentran a disposición de la población por medio del sector público, son pocos los proveedores de servicios médicos y las posibles usuarias que saben de su existencia, y muchas menos las que saben cómo obtenerlos y emplearlos (Edición diario El Universo, 2013).

6.7. MODELO OPERATIVO

Se empleara la estrategia de educación por pares en los planteles educativos que pertenecen al distrito educativo Ambato N° 2, involucrando a los adolescentes como participantes activos en la promoción y difusión de educación sexual y reproductiva, anticoncepción regular y anticoncepción de emergencia, buscando un mayor impacto con resultados a escala provincial he inclusive nacional.

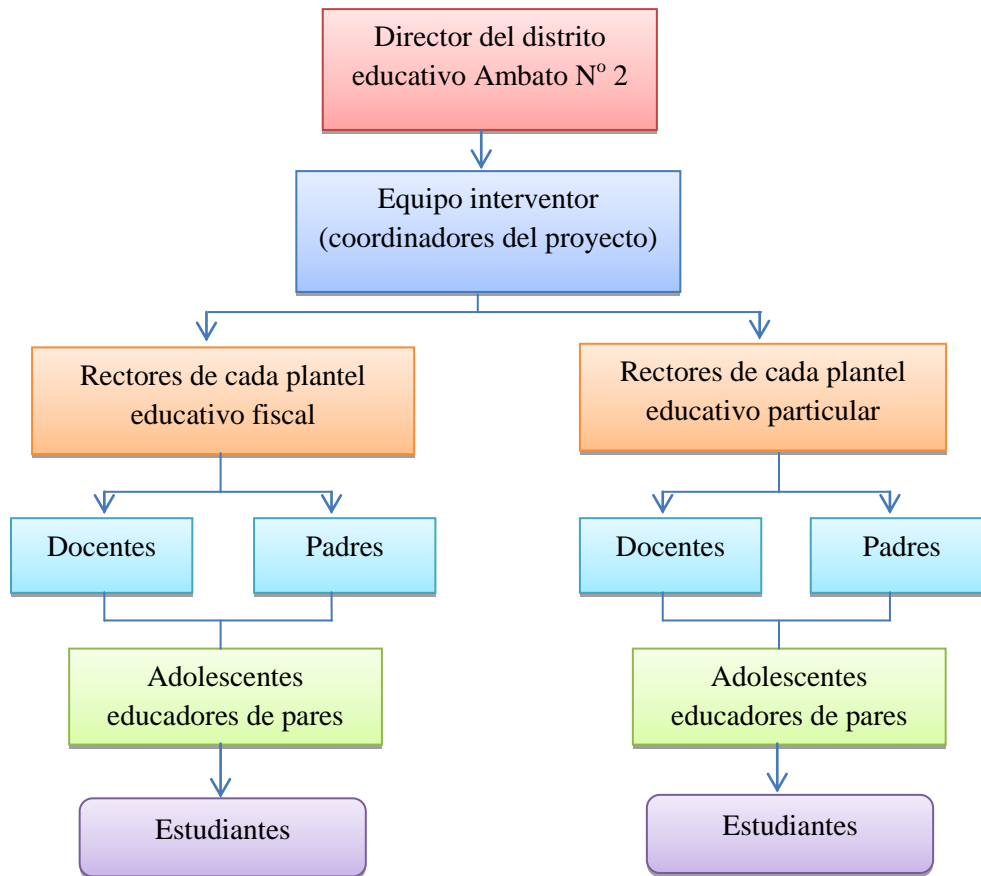
Fases		Metas	Actividades	Responsables	Fechas
Planeación	Diseño de la propuesta Preparación del plan de actividades Diseño de materiales Planificación del apoyo y la supervisión de las y los educadores de pares	Diseñar y presentar la propuesta a los directivos de planteles educativos para ser analizados y aprobados, incluyendo materiales educativos y nómina de los estudiantes reclutados para ser los educadores pares.	Entregar propuesta al director distrital de educación Ambato N° 2. Entregar copia de la propuesta a los directores de los planteles educativos del Distrito Ambato N° 2. Análisis del financiamiento, sustentabilidad e integración del programa. Exposición de la propuesta e Información sobre los beneficios.	Equipo de intervención	Septiembre 2014
	Selección y reclutamiento de los adolescentes educadores pares (2 adolescentes de cada paralelo del bachillerato de los 25 planteles del distrito educativo N° 2).	Establecer los requisitos para el reclutamiento y selección de los estudiantes educadores de pares.			Noviembre 2014

	<p>Diseño de los contenidos de la capacitación y de los materiales didácticos para las técnicas a aplicarse.</p> <p>Logística para el horario, tiempo y lugar de capacitación a los educadores pares. Solicitudes y planeación del trabajo con los equipos técnicos responsables de cada colegio: docentes, estudiantes y coordinadores del proyecto.</p>	<p>Reclutamiento y selección de dos estudiantes por paralelo de 40 estudiantes, si existen más incluir un estudiante adicional.</p> <p>Pre programa</p> <p>Una carpeta con Material didáctico básico por cada establecimiento.</p> <p>Guía de planificación</p> <p>Manual de facilitador</p> <p>Manual del entrenador de pares</p> <p>Trípticos para los adolescentes pares</p> <p>Material con diversidad según idioma.</p> <p>Autorización para trabajar 1 hora a la semana al cabo de 5 días, en las instalaciones de cada plantel con los adolescentes reclutados para ser educadores pares.</p>	<p>Diseño del material de los facilitadores y guías de trabajo</p> <p>Diseño de material de difusión</p> <p>Elaboración de las agendas de trabajo por los facilitadores</p> <p>Planteamiento y aprobación del proyecto en horarios establecidos.</p>		
--	---	--	--	--	--

Fases		Metas	Actividades	Responsables	Fechas
Ejecución	<p>Capacitación a adolescentes seleccionados como educadores pares.</p> <p>Entrega de materiales educativos a los adolescentes educadores pares.</p> <p>Desarrollo del contenido del programa de capacitación</p> <p>Capacitación de seguimiento</p> <p>Educación de adolescentes por sus pares educadores.</p>	<p>Adolescentes educadores pares que se involucren y conozcan a cabalidad la educación sexual.</p> <p>Conocimiento formal de los temas Desarrollo de habilidades Desarrollo personal</p> <p>Funciones y responsabilidades de educadores de pares.</p> <p>Comprensión sobre sexualidad de los adolescentes intervenidos por sus educadores pares.</p>	<p>Apoyo y asesoría a los educadores pares.</p> <p>Brindar asesoría a los adolescentes educadores de pares.</p> <p>Seguimiento de los adolescentes capacitados.</p>	<p>Equipo de intervención.</p> <p>Coordinadores del proyecto</p> <p>Facilitadores</p> <p>Director de cada institución educativa</p>	<p>Noviembre 2014</p> <p>Mayo 2014</p>
Fases		Metas	Actividades	Responsables	Fechas
Evaluación	<p>Cumplimiento de actividades</p> <p>Diagnóstico de las y los educadores de pares reclutados/as</p>	<p>Conocimientos altos sobre generalidades de la educación sexual y reproductiva, anticoncepción regular y anticoncepción de emergencia en los adolescentes del bachillerato de los planteles</p>	<p>Aplicación de encuesta a una muestra aleatoria estratificada proporcional del total de adolescentes del bachillerato de cada plantel intervenido.</p> <p>Encuestas de base y fin de proyecto (% de adolescentes sexualmente activos que</p>	<p>Equipo de intervención.</p>	<p>Mayo 2014</p>

	<p>Evaluación del proceso de capacitación y seguimiento.</p> <p>Reconocimiento y evaluación de adolescentes al finalizar la capacitación. Diagnostico estadístico</p>	<p>intervenidos.</p> <p>Fortalecer las destrezas de las y los educadores de pares Adolescentes con destrezas y aptitudes activas frente a la sexualidad con conocimientos solidos que se puedan difundir.</p> <p>Comparación positiva de la intervención por pares</p>	<p>reportan el uso de la PAE sexual).</p> <p>Formulario de retroalimentación</p> <p>Evaluación mediante encuesta general tanto a los pares educadores, profesores y estudiantes que han sido educados. Análisis y elaboración de un informe de los datos obtenidos.</p> <p>Comparación estadística de la evaluación de inicio con la evaluación final.</p>	<p>Primer lunes de cada mes</p> <p>Julio 2014</p> <p>Última semana de Julio.</p>
--	--	--	---	--

6.8. ADMINISTRACIÓN



6.9. PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN

El proyecto será proyectado a incrementar el conocimiento sobre sexualidad y anticoncepción regular y de emergencia, para lo cual se procederá con:

Aceptación de la propuesta mediante comunicación escrita de las autoridades educativas.

Evaluación del material de apoyo a nivel de:

- Guía del facilitador formador
- Guía del educador de pares

Evaluación y crítica del Material didáctico, Material audiovisual y Material informático; mediante talleres con los estudiantes, en cada unidad educativa.

Evaluación del desempeño de los adolescentes educadores de pares reclutados en cada unidad educativa al final de la capacitación.

Evaluación de talleres pre y post intervención, en cada unidad educativa.

Evaluación de los talleres, intermedia y al finalizar el proyecto, sobre los logros y lecciones aprendidas, que involucre tanto a los adolescentes pares educadores, docentes responsables y equipo interventor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

American Academy of Pediatrics. (2012). Emergency Contraception. *Pediatrics*; official journal of the American Academy of Pediatrics, Volumen 130(numero 6), 1175.

Consortio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia. (2011). *Posicionamiento Sobre los Mecanismos de acción de la anticoncepción de emergencia*. El Salvador: Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA.

Edición diario El Universo. (2013, Marzo 31). Puntos de vista radicales frente a la píldora del día después. *EL UNIVERSO*, pp. 1-2 Sección Gran Guayaquil .

Egües Guevara, P. (2005). *Mujeres ecuatorianas Entre la crisis y las oportunidades 1990-2004*. (M. Prieto, Ed.) Quito, Ecuador: CONAMU-FLACSO-UNIFEM-UNFPA.

Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA. (2011). “Argumentos para la defensa legal de la anticoncepción de emergencia en América Latina y el Caribe”. *Consortio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia*, (pp. 1-12). El Salvador.

Gonzales, E. (2011). Conocimiento empírico y conocimiento activo transformador: algunas de sus relaciones con la gestión del conocimiento. *Revista Cubana de ACIMED*, 22(2), 110-120.

González, J. D. (2010). *Intercepción postcoital: prevención primaria*. V Congreso de la Sociedad Española de Contracepción, (pp. 103-109). Cantabria.

J Trimer, E., & Col. (2010). *Diccionario visual del sexo (Vol. 1)*. Bogota: Circulo de lectores Edinal. (pp. 15-16)

Larrea Izaguirre, S. (2010). *Diagnóstico de la situación de la promoción, oferta y demanda de la anticoncepción de emergencia en Loja, Guayas, Pichincha, Esmeraldas*

y Chimborazo. Quito: Fundación desafío y coordinadora juvenil por la equidad de género.

Ministerio de Salud Pública. (2013). Registro Oficial No. 919. MSP. Quito- Ecuador: D. N. Secretaría General.

Nava Péres, C. (2012). “La anticoncepción de emergencia, una opción para la vida”. Mexico DF: Centro de Apoyo a la Mujer Griselda Álvarez A.C.

Organización Mundial de la Salud. (2012). Guía de planificación familiar para agentes de salud comunitarios y sus clientes. Ginebra - Suiza: Biblioteca de la OMS.

Quiero Gelmi, A. (2011). Determinantes sociales de la salud. San Felipe: Comisión Técnica Asociación Chilena de Municipalidades.

Ramírez Antúnez, Á., Muñoz Zurita, G., & Ramírez Antúnez, F. (2011). Conocimiento sobre el manejo de las pastillas del día siguiente en estudiantes del área de la salud. Revista CONAMED, Vol. 14(núm 4), 16.

Ramos, V. (2013). La dinámica demográfica y los fenómenos demográficos. Buenos Aires - Argentina: Laboratorio Pedagógico.

Revista del Ministerio de Inclusion Económica y Social . (2013). ¡Hombres, es momento de hablar de sexualidad responsable!. MIESpacio, 10.

Sociedad Española de Contracepción. (2011). Información científica relevante sobre la anticoncepción de urgencia. Madrid: Geyseco.

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2013). Él, el aparato reproductor masculino. In J. Bajo Arenas, V. Verdú Merino, & N. Cristianas (Ed.), Guía Fertilidad en España 2013 (pp. 7-11). Madrid: S.E.G.O.

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2013). Ella, el aparato genital femenino. In J. Bajo Arenas, & V. Verdú Merino, Guía Fertilidad en España 2013 (pp. 12-22). Madrid: S.E.G.O.

Suárez, V., & Zavala, R. (2010). Efecto del levonorgestrel como anticonceptivo oral de emergencia en la ovulación, el endometrio y los espermatozoides. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 27(2): 222-30.

Suárez, V., & Zavala, R. (2010). Efecto del levonorgestrel como anticonceptivo oral de emergencia en la ovulación, el endometrio y los espermatozoides. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 27(2): 222-30.

Tapia-Curiel, A. (2011). Anticoncepción de emergencia. *Revista Medica Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46 (1): 33-41.

Undurraga Valdés, V. (2011). Anticoncepción de emergencia: autonomía de las adolescentes y derechos de sus padres. *Anuario de derechos humanos*, 163-171.

UNFPA. (2005). Distribución basada en la comunidad y herramientas de educación de pares. *Herramientas de salud sexual y reproductiva para adolescentes en contextos humanitarios*. (pp. 7). Buenos Aires.

Van Pelt, N. (2004). *Cómo formar hijos vencedores* (2da ed.). Buenos Aires: Asociación casa editorial sudamericana. (pp. 126-130).

Varea, S. (2007). *Varea, Soledad. Voces ausentes: maternidad adolescente y violencias en Quito*. Quito: Tesis de Maestría: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.

Villacrés A, N. (2012). Buen gobierno en salud: un desafío de todos. *Sistemas y servicios de salud en Ecuador y América Latina*, 32-33.

Villalba Morente, T. (2013). *La influencia de la estructura familiar y el grupo de pares en la adopción de conductas de riesgo en los adolescentes*. Barcelona-España: CCHS (CSIC).

LINKOGRAFÍA

Arrónizb, M., Esquisábel, R., & Lete Lasaa, I. (2011, junio 15). Anticoncepción de emergencia. *Atención Primaria*, Vol. 28(Núm. 1.), 144. Recuperado el 4 de abril de 2013. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/anticoncepcion-emergencia-13014404-formacion-continuada-2001>

Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia. (2004). Plan Nacional decenal de protección integral a la niñez y adolescencia. Ecuador: Secretaría Técnica del Frente Social. Recuperado el 6 de Enero de 2014. PDF disponible en: http://www.oei.es/quipu/ecuador/plan_decenal_ninez.pdf

Edición diario La nacion. (2012, mayo 10). EFE: Venezuela encabeza las cifras de embarazos juveniles en Suramérica. *Diario la nacion*, pp. Recuperado el 19 de octubre de 2013. disponible como: <http://www.lanacion.com.ve/salud/efe-venezuela-encabeza-las-cifras-de-embarazos-juveniles-en-suramerica/>.

Federación Internacional de Planificación de la Familia Región del Hemisferio Occidental. INC. (2004). Como crear programas exitosos de educación de pares. Nueva York: IPPF/RHO Herramientas. Recuperado el 7 de Diciembre de 2013. PDF disponible en: www.ippfwhr.org/sites/default/files/files/Peer_Peer_SP.pdf

INEC. (2010). Censo de Población y Vivienda. Ecuador. Recuperado el 10 de abril de 2013. Disponible en: http://www.inec.gob.ec/estadisticas/index.php%3Foption%3Dcom_content%26view%3Darticle%26id%3D292%26Itemid%3D304%26lang%3Des+%&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=ec

INEC. (2011). Anuario de Nacimientos y Defunciones. Ecuador. Recuperado el 10 de abril de 2013. Disponible en: http://www.inec.gob.ec/estadisticas_sociales/nac_def_2011/Presentacion_Defunciones.pdf+%&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=ec

Mittal , S. (2008, noviembre 1). Intervenciones para la anticoncepción de emergencia: Comentario de la BSR. (O. M. Salud, Ed.) La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 10 de abril de 2013. disponible en: <http://apps.who.int/rhl/fertility/contraception/smcom1/es/>

Organizacion Mundial de la Salud. (Julio de 2012). Anticoncepcion de emergencia. Recuperado el 27 de Mayo de 2013. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/ar/index.html>.

Penacho Chiok, L. P. (2013). “Incidencia del embarazo en la adolescencia en mujeres de 12 a 18 años en maternidad mariana de jesús” de Septiembre 2012 a Febrero del 2013. Guayaquil – Ecuador: Universidad De Guayaquil. Recuperado el 4 de abril del 2013. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos32/embarazo-adolescente/embarazo-adolescente.shtm>.

Plastino, K. A., & Sulak, P. J. (2012). Nuevos métodos anticonceptivos. *Obstet Gyneco lClin N Am*, 35, 185–197. Recuperado el 10 de Enero d 2013. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/clinicas-obstetricas-ginecologicas-norteamerica-502/nuevos-metodos-anticonceptivos-13135165-seccion-2008>.

Revista Redbioética / UNESCO. (2013, Enero - Junio). Anticoncepción de emergencia: mecanismos de acción y efectos posfecundación. *Revista Redbioética / UNESCO*, Vol. 1(No. 7), 11-13. Recuperado el 5 de mayo de 2013. Disponible en: <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Montevideo/images/RevistaRedBioeticaA4V1N7-2013.pdf>.

Sociedad Ecuatoriana de Bioética. (2013, Marzo Lunes 25). “Reglamento para regular el acceso y la disponibilidad de métodos anticonceptivos en el sistema nacional de salud”. Registro Oficial N 919. Recuperado el 5 de mayo de 2013. Disponible en:
<http://www.serviciosycomercios.com.ar/trabajo/nuestras-barreras-cognitivas-para-comportarnos-eticamente/>

Universidad Técnica de Ambato. (2013). Estatuto de la universidad técnica de ambato aprobado por el consejo de educación superior, CES. Ambato: UTA. Recuperado el 10 de noviembre de 2013. Disponible en: <http://www.uta.edu.ec/estatutos/uta.html>

Valladares, L. (2012). El método anticonceptivo de emergencia: un derecho constitucional. Ecuador, 2-9. Recuperado el 10 de abril del 2013. Disponible en: www.uasb.edu.ec/.../Normativa%20AE%20Lola%20Valladares%20T.pdf

Vallejo, A. (22 de Octubre de 2013). Violencia sexual. Hoy. Recuperado el 10 de Diciembre de 2013. Disponible en: <http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/violencia-sexual-593348.html>

BASE DE DATOS DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

Mendoza, L., & Col. (2012). Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en una ciudad colombiana. REV CHIL OBSTET GINECOL, Scielo, 271 - 279. Recuperado el 17 de Octubre de 2013. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000300007

Brasa A, C. E. (2007). “Contracepción de emergencia. Una perspectiva desde la adolescencia”. Scielo, v.16 (n.56), 1132-1150. Recuperado el 17 de Octubre de 2013. PDF disponible en: <http://www.oalib.com/paper/2364963#.Uz69xKh5MXs>

Callejas Pérez , S., Fernández Martínez , B., & Méndez Muñoz , P. (5 de Octubre de 2010). Intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de la ciudad de Toledo. Scielo. Recuperado el 20 de Noviembre de 2013, de Revista Española de Salud Pública: <http://dx.doi.org/10.1590/S1135-57272005000500008>

Gómez Sotelo, Á., & Col. (2012). Representaciones sociales del embarazo y la maternidad en adolescentes primigestantes y multigestantes en Bogotá. Scielo.

Bogotá: Rev. salud pública. Recuperado el 7 de Enero de 2013. PDF disponible en:
<http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v14n2/v14n2a01.pdf>

Escobar L, B., & Román J, C. (2008). Perfil biosocial de las usuarias que demandan la píldora de anticoncepción de emergencia en un centro de salud de Santiago, 2006-2007. Scielo. REV CHIL OBSTET GINECOL, 2024. Recuperado el 10 de Octubre de 2013. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262008000400002



ANEXOS

ANEXO 1:



Píldora Anticonceptiva de Emergencia (PAE) entregada por el MSP Ecuador

ANEXO 2: Autorización del director distrital de educación para aplicación de encuestas

**DISTRITO EDUCATIVO INTERCULTURAL Y BILINGÜE AMBATO 2**
YACHANA WASIKUNATA PUSHAK KAMAY AMBATO 2
DIVISION DE APOYO, SEGUIMIENTO Y REGULACION DE LA EDUCACION
REPUBLICA DEL ECUADOR 

Oficio N°. 175 ASYRE- D2- 2013
Ambato, 17 de abril de 2013


Señor.
Fernando Xavier Moreno
EGRESADO DE DE MEDICINA DE LA UTA
Presente.-

De mi consideración:


En atención a su oficio de fecha 15 de de abril de 2013 el Director de Educación del Distrito Educativo Intercultural y Bilingüe Ambato 2, **Autoriza** la realización de las encuestas en los Colegios y Unidades Educativas de éste Distrito; con el tema: "Los Conocimientos y Actitudes relacionados con el uso de anticonceptivos de emergencia en los jóvenes que cursan el bachillerato en los colegios de del Distrito Educativo Ambato 2 de la ciudad de Ambato en el periodo marzo - julio 2013" del mismo que hará conocer los resultados obtenidos en el trabajo investigativo a la División de Apoyo Seguimiento y Regulación de la Educación de éste Distrito.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,


Lcdo. Manuel Jiménez
DIRECTOR DISTRITAL EDUCATIVO
INTERCULTURAL Y BILINGÜE AMBATO N° 2

ACH.


Ministerio de Educación
DISTRITO EDUCATIVO INTERCULTURAL Y BILINGÜE AMBATO 2
YACHANA WASIKUNATA PUSHAK KAMAY AMBATO 2
DEPARTAMENTO DISTRITAL

Dirección: Calle Obispo Iturralde entre Francisco de Araujo y Gabriel García Moreno
dirbilingue.tungurahua@educacion.gob.ec
Teléfonos: 2828009 - 2420642

ANEXO 3: ENCUESTA APLICADA A ESTUDIANTES

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

ENCUESTA DIRIGIDA A LAS Y LOS ADOLESCENTES DE LOS COLEGIOS DEL DISTRITO EDUCATIVO INTERCULTURAL Y BILINGÜE AMBATO N° 2.

Objetivo

Estudiar las barreras que impiden el uso de la píldora anticonceptiva de emergencia en las y los adolescentes que cursan el bachillerato a nivel de los colegios del distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2.

La píldora anticonceptiva de emergencia es un recurso anticonceptivo esencial que las mujeres pueden usar para prevenir un embarazo en caso de violación o después de una relación sexual desprotegida, ya sea porque no se usó método anticonceptivo u ocurrió un accidente con el anticonceptivo usado tales como la rotura del condón, el olvido de pastillas, etc.

Instructivo:

Lea detenidamente y procure ser lo más sincero/a en sus respuestas y marque con una X en el espacio.

- Plantel de educación:.....
- Fecha de aplicación:..... curso:.....

1.- Sexo: Masculino Femenino

2.- Etnia o raza que se considera:

Mestizo Indígena Blanco Afroecuatoriano otro: _____

3.- Edad:.....

4.- Ha empezado vida sexual (ha tenido relaciones sexuales):.....NO SI

4,1.- A qué edad: _____

5.- ¿Tiene hijos?.....NO SI

6.- ¿Ha utilizado algún método anticonceptivo?.....NO SI

6.1.- Si su respuesta es SÍ que método ha utilizado:

Preservativo pastillas otro: _____

7.- ¿Conoce usted o ha oído hablar de la píldora anticonceptiva de emergencia?

NO SI

8.- ¿Cómo ha conocido usted la existencia de la píldora anticonceptiva de emergencia?

9.- ¿Ha utilizado usted alguna vez la píldora anticonceptiva de emergencia?... SI NO

10.- ¿Por qué no la ha utilizado?

11.- ¿Ha tenido usted dificultades para su obtención?..... SI NO

11.1.- Si su respuesta es sí, ¿qué dificultades ha encontrado?:

12.- ¿Cree usted que la eficacia de la Píldora anticonceptiva de emergencia es como la del resto de anticonceptivos habituales (DIU, pastillas, parche, preservativo)?... SI NO

13.- ¿según su conocimiento, la utilización de la Píldora anticonceptiva de emergencia es peligrosa y puede ser grave para la salud?.....SI NO

14.- ¿Cree usted que la Píldora Anticonceptiva de Emergencia es un método anticonceptivo habitual?..... SI NO

15.- ¿Cree usted que la Píldora Anticonceptiva de Emergencia protege de las enfermedades de transmisión sexual?..... SI NO

16.- ¿Cree usted que la Píldora Anticonceptiva de Emergencia es abortiva?..... SI NO

16.1.- En caso de que la PAE fuera abortiva, ¿usted la usaría?..... SÍ NO

18.- ¿Desearía tener mayor información acerca de su uso?..... SI NO

GRACIAS POR SU VALIOSA COLABORACIÓN

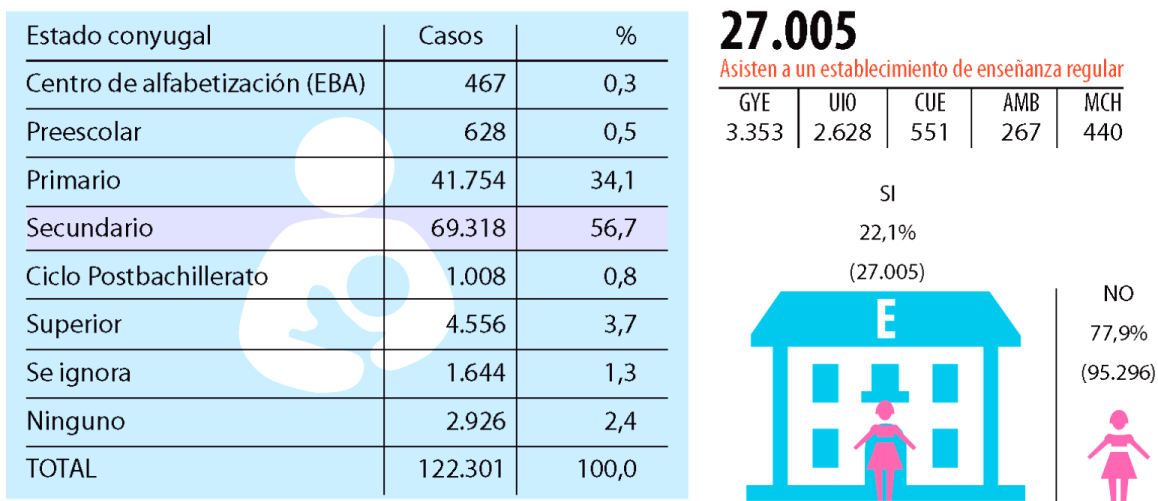
ANEXO 4: Fotos de la recopilación de datos.





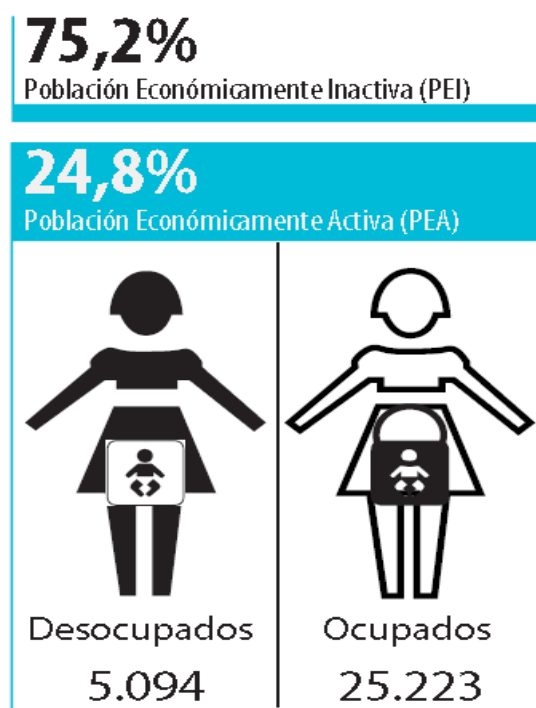


ANEXO 5: Nivel de Instrucción al que asiste o asistió la población de mujeres adolescentes con al menos un hijo nacido vivo.



Fuente: Censo de Población y Vivienda 2010 / Nacimientos 2010

ANEXO 6: Ámbito económico de la adolescente embarazada



Fuente: Censo De Población Y Vivienda 2010

**ANEXO 7: Diez principales causas de morbilidad femenina Ecuador 2009
(egresos hospitalarios lista detallada CIE10).**

Nº Orden	Código CIE-10	CAUSAS	NÚMERO DE EGRESOS	%	TASA *
1º	O06	Aborto no especificado	21,894	3.1	31.3
2º	K80	Colelitiasis	20,453	2.9	29.3
3º	J18	Neumonía, organismo no especificado	16,454	2.4	23.5
4º	A09	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	16,309	2.3	23.3
5º	O47	Falso trabajo de parto	11,849	1.7	17.0
6º	K35	Apendicitis aguda	11,552	1.7	16.5
7º	O23	Infección de las vías genitourinarias en el embarazo	9,530	1.4	13.6
8º	D25	Leiomioma del útero	9,071	1.3	13.0
9º	O33	Atención materna por desproporción conocida o presunta	9,063	1.3	13.0
10º	O34	Atención materna por anomalías conocidas o presuntas de los órganos pelvianos de la madre	8,874	1.3	12.7
	O80	Parto único espontáneo	120,484	17.3	
	O82	Parto único por cesárea	64,917	9.3	
	O81, O83, O84	Otros partos	585	0.1	
	CAP. XVIII	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	15,658	2.3	
		Las demás causas de morbilidad	359,109	51.6	
		Total de egresos hospitalarios	695,802	100.0	
		Población Estimada Año 2009 **	6,987,610		

* Tasa por 10.000 habitantes

** Proyecciones de Población 2001 - 2010 INEC - CEPAL.

Fuente: INEC. Anuario de Estadísticas Hospitalarias, Camas y Egresos. 2009