



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

INFORME DE INVESTIGACION SOBRE:

“ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS RELACIONES SEXUALES DE RIESGO Y SU INCIDENCIA EN EMBARAZOS PRECOCES EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE CUNCHIBAMBA Y AL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO”

Requisito previo para optar por el título de Médico

Autor: Villamarín Naranjo, Santiago Fernando

Tutor: Dra. Villacís Valencia, Sandra Elizabeth

Ambato – Ecuador

Mayo, 2013

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS RELACIONES SEXUALES DE RIESGO Y SU INCIDENCIA EN EMBARAZOS PRECOCES EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE CUNCHIBAMBA Y AL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO”

de Santiago Fernando Villamarín Naranjo, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, 23 de abril del 2013.

LA TUTORA

Dra. Sandra Villacis

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación **“ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS RELACIONES SEXUALES DE RIESGO Y SU INCIDENCIA EN EMBARAZOS PRECOCES EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE CUNCHIBAMBA Y AL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones, y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de éste trabajo de grado.

Ambato, Mayo del 2013.

EL AUTOR

Santiago Fernando Villamarín Naranjo

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 respetando mis derechos de autor.

Ambato, Mayo del 2013.

EL AUTOR

Santiago Fernando Villamarín Naranjo

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueben el Informe de Investigación, sobre el tema **“ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS RELACIONES SEXUALES DE RIESGO Y SU INCIDENCIA EN EMBARAZOS PRECOCES EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE CUNCHIBAMBA Y AL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO”**, de Santiago Fernando Villamarín Naranjo, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Mayo del 2013

Para constancia firman

.....

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y a mi querida Universidad la misma que me permitió llegar hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mis padres que por su esfuerzo y tenacidad me han ayudado a conseguir todos los objetivos y metas que me he propuesto.

Santiago Villamarín

AGRADECIMIENTO

La nobleza del ser humano se expresa en su capacidad de ser gratos.

Mi agradecimiento más profundo, primero a Dios, luego a mis padres y hermano, que han estado presentes en cada instante de mi vida, con sus consejos, sus prudentes comentarios, su respaldo frente a las dificultades que se han presentado, por la confianza depositada en mí, y la fuerza de sus llamadas de atención en aquellos momentos de flaqueza me devolvieron a la marcha y me permitieron continuar, ellos han sido el pilar fundamental en la consecución de esta meta.

A mi tutora y calificadores

Por su apoyo en la asesoría para la realización de este trabajo, por las incalculables horas que me dedicaron, gracias por corregir y aclarar las dudas que en el proceso de investigación aparecieron y por la forma tan humana de ver la vida.

A Andreita

Por haber estado junto a mí en toda esta aventura desde el primer día en las aulas de clase hasta ahora en la recta final de nuestro sueño.

Santiago Villamarín

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

“ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS RELACIONES SEXUALES DE RIESGO Y SU INCIDENCIA EN EMBARAZOS PRECOCES EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL SUB CENTRO DE SALUD DE CUNCHIBAMBA Y AL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO”

Autor: Villamarín Naranjo, Santiago Fernando

Tutor: Dra. Villacis Valencia, Sandra Elizabeth

Fecha: Mayo de 2013

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, transversal con el objetivo de determinar los conocimientos sobre relaciones sexuales de riesgo y su incidencia en embarazos precoces en adolescentes que acuden al Subcentro de Salud de Cunchibamba y al HPDA.

Se trabajó con una población de 288 adolescentes que acudieron al SCS de Cunchibamba como al HPDA, la información se obtuvo mediante encuesta; para el análisis estadístico se utilizó el programa Microsoft Excel y Epi info.

Los resultados en los dos grupos investigados indican que tanto en las instituciones educativas y de salud, han aprendido sobre sexualidad. Sin embargo, mostró, el rol de éstos es limitado, pues solamente el 15,3% indicaron que adquirieron información en los mismos. Aparentemente más jóvenes de la zona urbana aprenden sobre sexualidad en las instituciones educativas que los de la zona rural. (62,5% vs 43,1% respectivamente)

Los adolescentes investigados en un 68,7% consideran que a base de charlas es como se debe realizar un programa para la enseñanza - aprendizaje sobre sexualidad pero se le podría combinar con talleres, ya que en estos los jóvenes pueden interactuar; solamente 22,9% de adolescentes han iniciado actividad sexual por decisión propia. Se observó que los amigos en un 40% son los que más influyen en el inicio de la actividad sexual. Además, se observó que el mensaje que están difundiendo los profesores en un 8,8 influye en retrasar del inicio de la actividad sexual, lo que hace pensar que la mejor manera para llegar a los chicos es con jóvenes de su entorno.

Basados en estos resultados, se plantea una propuesta de un Programa de Prevención del Embarazo en Adolescentes utilizando como método la educación por pares.

PALABRAS CLAVE:

SEXUALIDAD, EMBARAZO PRECOZ, ADOLESCENCIA,
ANTICONCEPTIVOS

TECHNICAL UNIVERSITY AMBATO

HEALTH SCIENCES FACULTY

MEDICAL CAREER

"A COMPARATIVE STUDY OF THE RISK SEX AND HIS IMPACT ON EARLY PREGNANCY IN TEENS WHO GO TO CUNCHIBAMBA'S HEALTH SUBCENTER AND TEACHING HOSPITAL PROVINCIAL AMBATO"

Author: Villamarín Naranjo, Fernando Santiago

Tutor: Dra. Villacis Valencia, Sandra Elizabeth

Date: May 2013

SUMMARY

We performed a cross-sectional study in order to determine the knowledge about sexual risk and his impact on teenage pregnancies attending in the Cunchibamba's Health Subcenter and HPDA.

We worked with a population of 288 adolescents who be attended in Health Subcenter and in HPDA; the information was obtained by survey; for statistical analysis was used Microsoft Excel and Epi info.

The results in the two groups investigated indicate that in both the educational and health institutions, learned about sexuality. However, it showed, the role of these is limited, as only 15.3% indicated that they acquired information in them. Apparently younger urban area learn about sexuality in educational institutions that rural area. (62.5% vs 43.1%, respectively)

Teens investigated in 68.7% consider talks based is the way to make a program for the teaching - learning about sexuality but he could be

combined with workshops, as these young people can interact, only 22.9 % of teenagers have initiated sexual activity by choice. It was observed that 40% friends have the most influence on the onset of sexual activity. In addition, we observed that the message they are spreading the teachers by 8.8 influences delay the onset of sexual activity, which suggests that the best way to reach young boys is their environment.

Based on these results, we present a proposal of a Program for Teen Pregnancy Prevention using as peer education method.

KEYWORDS:

SEXUALITY, EARLY PREGNANCY, ADOLESCENT, CONTRACEPTIVES

INDICE GENERAL

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	II
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	III
DERECHOS DE AUTOR.....	IV
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	V
DEDICATORIA	VI
AGRADECIMIENTO	VII
RESUMEN.....	VIII
SUMMARY.....	X
INDICE DE GRÁFICOS.....	XVI
ÍNDICE DE TABLAS.....	XVI
INTRODUCCION.....	1
CAPÍTULO I	3
EL PROBLEMA.....	3
1.1 Tema	3
1.2 Planteamiento del Problema	3
1.2.1 Contextualización	3
1.2.2 Análisis Crítico	10
1.2.3. Constelación de ideas.....	11
1.2.4 Prognosis	13
1.2.5. Formulación del problema	13
1.2.6 Preguntas directrices.....	13
1.2.7 Delimitación de la investigación.....	14
1.3 Justificación.....	14
1.4 Objetivos	15
1.4.1 Objetivo General	15
1.4.2 Objetivos Específicos.....	15

CAPÍTULO II.....	17
MARCO TEÓRICO	17
2.1 Antecedentes investigativos	17
2.2 Fundamentación técnica.....	17
2.3 Fundamentación legal	17
2.4 Categorías Fundamentales	21
2.4. Conceptualización de las variables	23
2.4.1. Conceptualización de la variable independiente	23
2.4.2 Conceptualización de la Variable Dependiente.....	33
2.5 Hipótesis	44
2.6 Señalamiento de Variables de la hipótesis	45
2.6.1 Variable dependiente	45
2.6.2 Variable independiente	45
CAPÍTULO III	46
METODOLOGÍA.....	46
3.1 Enfoque de la investigación.....	46
3.2 Modalidad de la investigación	46
3.3 Tipo de Investigación.....	46
3.4 Población y muestra	46
3.4.1 Población	47
3.5 Operacionalización de las variables	48
3.5.1 Operacionalización de la Variable Dependiente: Embarazos precoces	48
3.5.2 Operacionalización de la Variable Independiente: Relaciones sexuales de riesgo	49
3.6 Técnicas e Instrumentos.....	50
3.7. Plan de recolección de información.....	50
3.8 Técnica de recolección de datos	50
3.9 Plan de procesamiento de la información	50
CAPÍTULO IV.....	52
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	52
4.1 Características de la Población de Estudio	52

4.1.1 Edad.....	52
4.1.2 Ocupación	53
4.1.3 Género.....	54
4.2 SEXUALIDAD.....	55
4.2.1 Edad de Menarquia	55
4.2.2 Edad Inicio de la vida sexual.....	56
4.2.3 Edad de Embarazo.....	57
4.3 Conocimientos y Mitos sobre Sexualidad	59
4.3.1 Derechos Sexuales.....	59
4.3.2 Riesgos de las Relaciones Sexuales	61
4.3.3 Riesgos por tipo de Relación Sexual	62
4.3.4 Autopercepción de Conocimientos	63
4.3.5 Aprendizaje sobre sexualidad	63
4.3.6 Conocimientos sobre Anticoncepción.....	66
4.3.7 Metodología para aprendizaje sobre sexualidad	67
4.3.8 Mitos	68
4.4 Información y Capacitación Sobre Sexualidad Y Anticoncepción	71
4.4.1 Espacios para Expresión de Inquietudes sobre Sexualidad	73
4.5 Métodos Anticonceptivos.....	74
4.5.1Ventajas y Desventajas.....	74
4.5.2 Anticonceptivos más utilizados	76
4.5.3 Uso de Métodos Anticonceptivos	77
4.6Sexualidad.....	79
4.6.1. Visión de los jóvenes	79
4.6.2 Inicio de las Relaciones Sexuales.....	81
4.6.3 Actitudes y Prácticas ante el Embarazo	82
4.6.4 Actitud Frente al Embarazo.....	83
4.6.5 Temores ante el Embarazo.....	84
4.6.6 Metas a Futuro	87
CAPITULO V	89
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	89
5.1 Conclusiones	89
5.2 Recomendaciones	91
CAPITULO VI.....	92
PROPUESTA.....	92
6.1 Datos Informativos.....	92
6.2 Antecedentes de la Propuesta.....	92
6.3 Justificación.....	96

6.4 Objetivos	97
6.4.1 Objetivo General	97
6.4.2 Objetivos Específicos	97
6.5 Análisis de Factibilidad	98
6.5.1 Político	98
6.5.2 Socio Cultural	98
6.5.3 Técnico	98
6.5.4 Económico – Financiero	98
6.6 Fundamentación	99
6.6.1 Educación entre pares	101
6.7. Metodología – Modelo Operativo	105
6.8. Administración	107
6.9. Previsión de la Evaluación	107
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	108
ANEXOS	114

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Constelación de ideas	12
Gráfico 2. Red de inclusiones	22
Gráfico 3. Grupos de edad.....	52
Gráfico 4. Ocupación	53
Gráfico 5. Género	54
Gráfico 6 Menarquia	55
Gráfico 7. Primera relación sexual	56
Gráfico 8. Edad al embarazo	57
Gráfico 9. Conocimientos derechos sexuales	59
Gráfico 10. Definición derechos sexuales	60
Gráfico 11. Definición relaciones sexuales de riesgo	61
Gráfico 12. Conocimientos sobre sexualidad	63
Gráfico 13. Definición de Método Anticonceptivo	66
Gráfico 14. Métodos para aprender sexualidad	67
Gráfico 15. Embarazo en primera relación sexual.....	68
Gráfico 16. Promiscuidad produce más embarazos	70
Gráfico 17. Información sobre anticoncepción recibida	71
Gráfico 18. Información brindada en el trabajo	72
Gráfico 19. Espacio en clases para sexualidad.....	73
Gráfico 20. Percepción riesgos sobre la libre distribución de AC	75
Gráfico 21. Dificultades para adquirir anticonceptivos.....	75
Gráfico 22. Charla de sexualidad por padres	79

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Derechos Sexuales	34
Tabla 2. Operacionalización de la Variable Independiente: Embarazos precoces	48
Tabla 3. Operacionalización de la Variable Dependiente: Relaciones sexuales de riesgo.....	49
Tabla 4. Tipo de relaciones sexuales de riesgo	62
Tabla 5. Aprendizaje sobre sexualidad	63
Tabla 6. Afinidad de personas para hablar de sexualidad.....	64
Tabla 7. Temas sobre sexualidad	65
Tabla 8. Preferencia al hablar sobre sexualidad	71
Tabla 9. Ventajas libre distribución de AC	74
Tabla 10. Anticonceptivos más utilizados	76
Tabla 11. Conocimientos sobre el uso de métodos AC.....	77
Tabla 17. Decisión sobre el uso de anticonceptivos.....	78
Tabla 12. Influencia para iniciar actividad sexual	81
Tabla 13. Diferencias entre las personas influyen en el IRS	82
Tabla 14. Reacciones frente al embarazo.....	82
Tabla 15. Actitudes en caso de embarazo	83
Tabla 16. Problemas al estar embarazada.....	84
Tabla 18. Metas a futuro	87
Tabla 19. Validación de la hipótesis.....	88

INTRODUCCION

El presente trabajo de investigación se analiza las características de 2 poblaciones de adolescentes que acuden al Subcentro de Salud de Cunchibamba y al HPDA y los conocimientos sobre relaciones sexuales de riesgo en relación con riesgo de embarazo en adolescentes, con cuyos resultados se sugiere la implementación de un Programa de Prevención del Embarazo en Adolescentes utilizando como método la educación por pares en la Unidad Educativa Darío Guevara.

El presente informe de investigación se estructura de la siguiente manera:

Estudio del centro de salud y del HPDA motivo de la investigación, sus contextos, análisis, el árbol de problemas, formulación y delimitación del problema y los objetivos que se pretenden alcanzar con la ejecución del trabajo se realiza en el Capítulo 1.

El Marco Teórico, se analiza cada una de las variables de una manera exhaustiva, se establece la fundamentación legal y filosófica de la investigación, se estudia los términos de interés para la comprensión y ejecución del proyecto se detalla en el Capítulo 2.

La metodología de investigación, se efectúa el enfoque de la investigación y la modalidad utilizada que para este efecto es la de campo, el tipo de investigación que es tipo descriptivo, transversal, de período, plantea la población del estudio que en este trabajo es de 288 adolescentes, se establece categorías e indicadores con sus respectivas técnicas e instrumentos a ser empleados, esto en la operacionalización de las variables y se especifica el plan de recolección, procesamiento y análisis de los datos de información, esto se contempla en el Capítulo 3.

El análisis e interpretación de los resultados de las encuestas realizadas a los adolescentes que acuden al Subcentro de Salud de Cunchibamba y al

HPDA, tabulando cada una de las preguntas así como la comprobación de la hipótesis planteada se realiza en el Capítulo 4.

Las Conclusiones a las que se ha llegado una vez analizada e interpretada la información de las encuestas así como las recomendaciones sugeridas deben ser implementadas para alcanzar los resultados previstos en el desarrollo de la presente investigación se describen en el Capítulo 5.

La Propuesta a la Unidad Educativa Darío Guevara, el mismo que ayudará a mejorar el nivel de conocimientos sobre sexualidad y con esto ayudar a que los jóvenes apliquen este conocimiento y así evitar más embarazos precoces, se plantea en el Capítulo 6.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Tema

Estudio comparativo de las relaciones sexuales de riesgo y su incidencia en embarazos precoces en adolescentes que acuden al Subcentro de Salud de Cunchibamba y al Hospital Provincial Docente Ambato.

1.2 Planteamiento del Problema

1.2.1 Contextualización

Macro

Entre 25 y 108 de cada 1.000 jóvenes de 15 a 19 años son madres en los países de América Latina, la alta incidencia de embarazos en adolescentes en Latinoamérica, solo superada por África, no solo persiste sino que va en aumento, lo que supone un freno para el desarrollo de la región, según datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), que ponen de relieve la alarmante situación de la maternidad adolescente¹.

En América Latina, se registra la segunda tasa más alta de embarazos adolescentes del mundo. Un promedio de 38% de las mujeres de la región se embarazan antes de cumplir los 20 años. Casi el 20% de nacidos vivos en la región son hijos de madres adolescentes, los porcentajes de embarazo son de tres a cinco veces más altos entre adolescentes de escasos recursos que entre adolescentes que cuentan con recursos económicos¹.

Mientras los índices de maternidad tienden a disminuir en todos los grupos de edad de los países de la región, continúan en aumento en el grupo de adolescentes de entre 15 y 19 años¹.

Las adolescentes prácticamente han duplicado su aporte a la fecundidad total, pasando a representar un 14,3% en 2000-2005, según la CEPAL. Este incremento se da en países con distinto nivel de desarrollo económico, nivel educativo e incidencia de la pobreza, lo que revela la complejidad del fenómeno¹.

La mayor proporción de embarazos adolescentes de la región se registra en varios países de Centroamérica como Nicaragua, Honduras y Guatemala, así como en Venezuela, República Dominicana y Ecuador¹.

Los casos de embarazos de adolescentes se han incrementado de forma alarmante en Guatemala en los últimos años. Según la Encuesta Nacional Materno Infantil 2008-2009, existen en el país 114 madres de 10 a 20 años, por cada mil habitantes¹.

En Costa Rica el embarazo precoz sigue siendo un problema, mientras que en Panamá la cantidad de menores embarazadas ha disminuido en los dos últimos años¹.

Venezuela está a la cabeza de embarazos juveniles en Suramérica. El Gobierno venezolano lanzó en diciembre pasado campañas publicitarias e inició talleres de educación sexual en las escuelas, mientras que el presidente Hugo Chávez calificó de "alarmantes" las cifras de embarazos precoces y reveló que de los 591.303 partos de 2010, 130.888 fueron de menores de 19 años y 7.778 de madres menores de 15 años¹.

Tras Venezuela, una de las tasas más altas de América Latina se registra en Ecuador, donde más del 17% de las jóvenes de entre 15 y 19 años son madres¹.

El Gobierno ecuatoriano se ha planteado como meta reducir para 2013 en un 25% los embarazos entre adolescentes para lo que invertirá 29

millones de dólares este año y 28 millones en 2013 en una campaña que tiene como eslogan "Habla Serio. Sexualidad sin misterios"¹.

En Colombia, donde cada día 19 niñas menores de 15 años alumbran un niño y 90 de cada mil adolescentes resultan embarazadas cada año, lo que más preocupa también es la alta mortalidad de mujeres gestantes pese a que el 97% de los partos son atendidos en hospitales¹.

El 15,6 por ciento de los nacidos vivos en Argentina son de madres adolescentes, las mujeres paraguayas comienzan su etapa reproductiva a edad temprana: el 10,2% de las adolescentes entre 15 y 19 años y el 45,5 por ciento de las jóvenes de 20 a 24 años han tenido al menos un embarazo. Paraguay registra una tasa alta de fecundidad adolescente, con 63 nacimientos por cada 1.000 mujeres, según datos de 2008¹.

En Bolivia también preocupa el aumento de embarazos en adolescentes de entre 12 a 18 años, que subió de 18% en 2008 a 25% en 2011, según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)¹.

Mientras en Perú, un 13,5% de adolescentes entre 15 y 19 años están embarazadas o ya son madres (unas 4.279), según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) de 2011, una cifra que se ha mantenido casi sin variación durante los últimos 10 años¹.

Una de las tasas de fecundidad general más bajas de América Latina y el Caribe la tiene Cuba, aunque ese indicador general se supera en grupos específicos como las mujeres de entre 15 y 24 años de edad².

Meso

Ecuador formó parte de la Evaluación de Medio Término de la Contribución del UNFPA a la Implementación del Plan Andino de Prevención del Embarazo en la Adolescencia, entre Enero de 2008 y Junio de 2010³.

Ecuador mostró en la presencia de informantes clave de alto perfil político, la voluntad política del gobierno para establecer acciones integrales que impacten en el embarazo precoz. Existe en la actualidad una priorización del Programa de Planificación Familiar, que inserta un capítulo importante para garantizar el acceso a métodos anticonceptivos a adolescentes. El país muestra, como ningún otro, avances en políticas públicas en salud sexual y salud reproductiva y especialmente en la existencia del Plan Nacional de Prevención de Embarazo en Adolescentes³.

Ecuador ha creado presupuesto estatal en salud para avanzar en el Programa de Atención a Adolescentes en un marco gubernamental de acceso gratuito al servicio de salud, lo cual es altamente valorado. Esta movilización de recursos en la cartera ministerial de salud, permite no sólo la asunción del sistema público de una problemática por mucho tiempo invisibilidad, sino que brinda sostenibilidad a las acciones, muy de la mano de acciones intersectoriales y de la incorporación de la problemática en el Régimen del Buen Vivir. Cabe resaltar que el Plan del Buen Vivir definido desde la Secretaría de Planificación para el Desarrollo (SENPLADES) establece como meta nacional y prioritaria, la disminución del embarazo en adolescentes³.

De las actividades realizadas en esta evaluación se destaca que en Ecuador se ha realizado diagnósticos sobre la situación del embarazo en la adolescencia, que han sido insumos para consolidar el diagnóstico país o también profundizaciones nacionales para visualizar y entender mejor la problemática y las expectativas y necesidades de los-as adolescentes y jóvenes, línea de base sobre el Embarazo en Adolescentes, la cual ha permitido la identificación de 41 zonas (parroquias y cantones) con mayor prevalencia y la realización de un mapeo sobre los recursos y servicios en salud³.

Los conocimientos adquiridos a nivel regional y nacional brindan el marco conceptual y teórico para la generación de una serie de políticas, planes

nacionales y locales pertinentes, así como para la planificación e implementación de acciones para la PEA y la promoción de los derechos en salud sexual y reproductiva de los adolescentes³.

Existen importantes avances en el fortalecimiento de capacidades institucionales de salud para la implementación de los Servicios de Atención Diferenciada para Adolescentes, ADAS. Para ello se han elaborado y validado los paquetes normativos para el Sistema Nacional de Salud, el cual incluye las normas de atención integral para adolescentes, los protocolos de atención, la caja de herramientas y guías para su adecuada implementación³.

Por otro lado, Ecuador tiene importantes avances en el ámbito educativo y en el desarrollo de materiales educativos y comunicacionales para la promoción de derechos y el acceso a los servicios de SSR de adolescentes y jóvenes. En relación al fortalecimiento de capacidades del sector educación, liderado por el Ministerio de Educación, se ha validado el paquete pedagógico de Educación Sexual Integral para Adolescentes, en el cual se aborda entre otros temas la prevención del embarazo en adolescentes; así mismo, se han capacitado a maestros de las unidades educativas del sector público³.

Cabe recalcar que en estos estudios se promueve el sexo sano a través del PAPEA donde se busca aumentar el conocimiento sobre el derecho sexual y que se ejerza con responsabilidad³.

Micro

En Tungurahua, cerca de tres mil adolescentes por año resultan embarazadas. El embarazo en las adolescentes, especialmente en Tungurahua, permanece en un ocho por ciento de la población existente, esto de acuerdo a las estadísticas que lleva adelante la Dirección Provincial de Salud³.

Además, se conoce que el embarazo se da en adolescentes de 10 a 19 años, que aún no han dejado de depender de sus padres y tampoco tienen trabajos que les permitan ser entes productivos para la sociedad, ni para su auto subsistencia³.

La mayoría de adolescentes no planean quedarse embarazadas, pero muchas lo hacen, tal vez por la falta de orientación sexual, por una baja autoestima, o quizá por la pérdida de valores. Otra de las causas más influyentes, generalmente es por el abandono de los padres, familias numerosas, falta de recursos económicos, relaciones sexuales a temprana edad, entre otros. Los embarazos en la adolescencia tienen riesgos adicionales de salud tanto para la madre como para el bebé³.

Ante este panorama, el Ministerio de Salud a través de la Dirección Provincial, busca bajar los embarazos en adolescentes con campañas de prevención y concientización mediante la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENIPLA), que pretende ayudar a los jóvenes a que tengan una vida saludable, donde puedan despejar sus dudas sobre sexualidad y así prevenir más embarazos juveniles⁴.

A pesar de los esfuerzos institucionales se observa que el número de embarazos continua incrementándose y esto puede estar directamente relacionado con las relaciones sexuales de riesgo es decir con que los adolescentes mantienen relaciones sexuales a muy temprana edad, sin el conocimiento suficiente como para poder diferenciar entre sexo y sexualidad y por ende no usen protección, ya sea por falta de acceso, uso inadecuado de los mismos, o por mitos culturalmente difundidos. Los mecanismos para enfrentar el embarazo son diversos, así: en algunos casos suelen hacerse cargo los padres de dichos adolescentes y con ello pierden el sentido de responsabilidad que conlleva tomar una mala decisión; en otros casos para hacerse cargo de la situación, deben dejar sus estudios integrándose tempranamente al campo laboral sin posibilidades de superación debido a su bajo nivel académico⁴.

Tanto en el Subcentro de Salud de Cunchibamba como en el Hospital Provincial Docente Ambato se aplica el ENIPLA y al parecer, la educación e información (como estrategias empoderadoras para ejercer el derecho a la salud sexual y salud reproductiva en el marco de los derechos), se encuentra mal orientada ya que si los jóvenes no conocen cuáles son sus derechos y responsabilidades personales y de pareja frente a la sexualidad, cómo informarlos y educarlos?, cómo modificar los patrones socio - culturales negativos frente a la sexualidad y reproducción?⁴

Adicionalmente, el acceso y utilización de métodos anticonceptivos, planificación familiar no es real y mucho menos efectiva, debido a que en los servicios de salud sexual y reproductiva parece que no cumple con los estándares de calidad y satisfacción que se espera, por tanto distan mucho de ser “integrales”⁴.

Por otra parte, se desconoce si en los servicios de salud se están adelantando procesos de participación y veeduría social en los aspectos relacionados con educación y acceso a anticoncepción en el marco de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos y su relación con las expectativas de los adolescentes en cuanto a calidad, seguridad, confidencialidad, oportunidad y trato preferencial en los servicios⁴.

Las instancias de aplicación del ENIPLA no solo se las encuentra en los servicios de salud y la comunidad, sino también en los establecimientos educativos conducen los procesos de enseñanza aprendizaje con mucha flexibilidad y menores niveles de exigencia que a generaciones anteriores lo que favorece el facilismo y disminuye los esfuerzos e impide el logro de competencias que no solo permitan su acreditación, sino también sus habilidades para enfrentar la vida fuera de las aulas, ya que si los jóvenes se plantearan objetivos y metas para cumplir sus sueños se darían cuenta que un embarazo podría truncar los mismos indistintamente si fueran chicos o chicas, y esto desencadenaría una disminución de embarazos en adolescentes.

Esta situación posiblemente está presente entre los y las jóvenes de Cunchibamba y aquellas que son atendidas en el servicio de Ginecología del HPDA. En el primer caso enfrentan a una serie de estímulos procedentes de su entorno familiar, social y educativo, cuando no laboral, y será importante evaluar las percepciones sobre la sexualidad y los riesgos de la misma, mientras que en el HPDA, se puede establecer los fallos que ellos auto identifican frente su vivencia de adolescentes embarazadas.

1.2.2 Análisis Crítico

Es habitual que se niegue la atención o la entrega de métodos anticonceptivos a personas menores de edad que no concurren acompañadas por un adulto, aun cuando la normativa garantice el acceso a todas las personas sin discriminación. En el caso de las adolescentes menores de 15 años, las dificultades de acceso se potencian².

La legislación ecuatoriana, prevé el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en términos de confidencialidad e intimidad, esta norma se aplica a partir de los 18 años. Esto implica que si una adolescente menor de 14 años se presenta voluntariamente en un servicio de salud para solicitar un método anticonceptivo que le permita evitar un embarazo no deseado, debe ser atendido y proporcionársele lo requerido, y si esto entra en conflicto con alguna normativa o disposición, el conflicto debe resolverse a favor del interés superior del/la niño/a, es decir su voluntad de prevenir el embarazo².

Exigir a un/a adolescente que se acompañe por sus padres para iniciar un método anticonceptivo resulta poco criterioso pues lo/a ubica en la obligación de contarle a ellos que ha iniciado sus relaciones sexuales. Esta paradoja de que pueden iniciar sus relaciones sexuales sin permiso de los padres pero que tienen que comunicárselo para poder protegerse, hace que los/as adolescentes elijan proteger su intimidad, perdiendo así

la posibilidad de mantener una conducta sexual libre de daños para su salud².

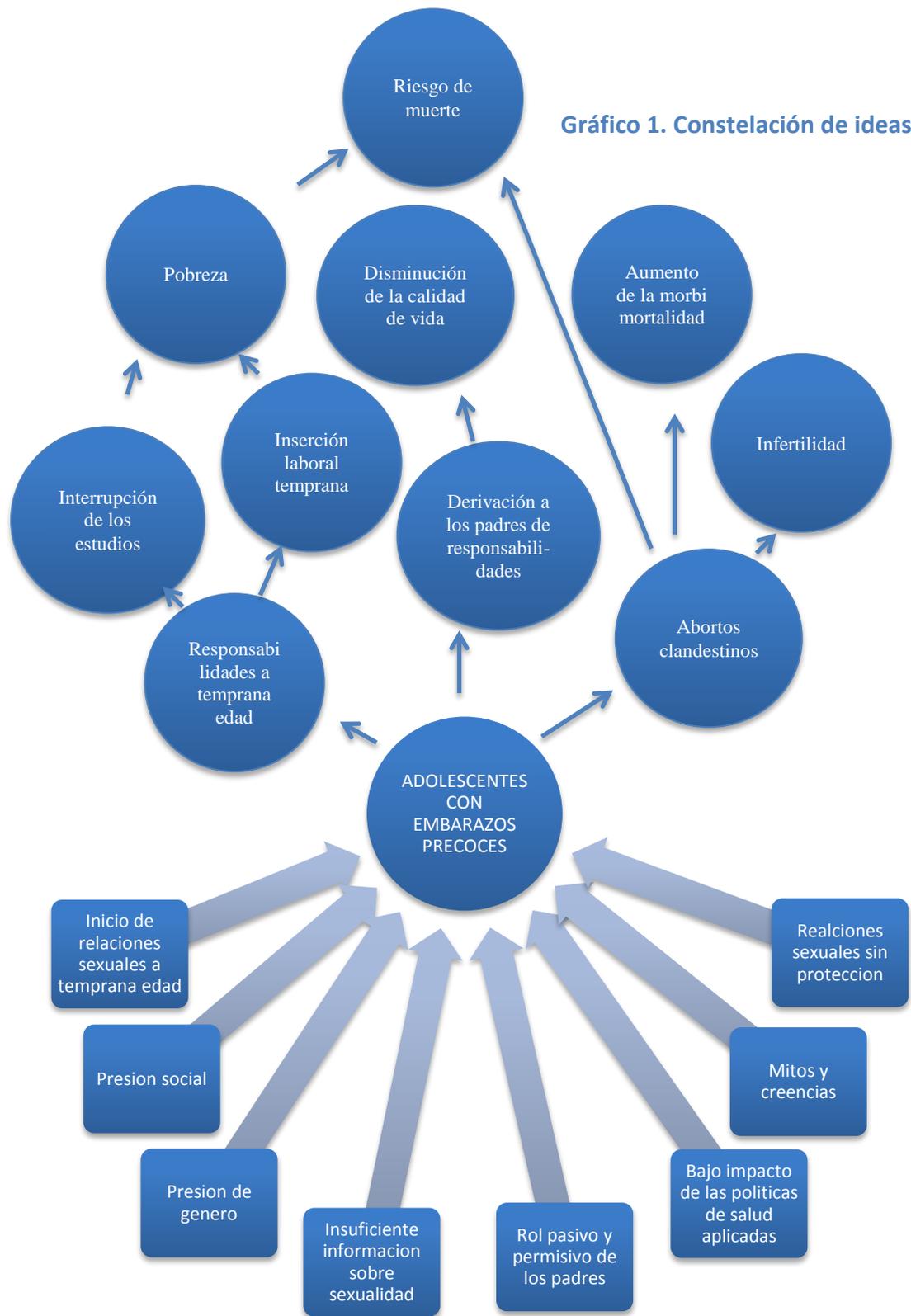
Es contradictorio pensar que un padre acompañe a su hijo o hija a obtener anticoncepción no se puede discrepar si este padre o madre está ayudando o socapando a su hijo para que tenga una vida sexual libre y sana o promiscua y enfermiza, los padres no deberían financiar los anticonceptivos debido a que sus hijos se vuelven facilistas por un lado y pierden el sentido de responsabilidad ante sus actos ya que ellos se sienten protegidos o más bien socapados por esto y saben que si algo pasa sus padres se harán responsables de los errores de sus hijos y esto favorecerá a que los adolescentes en su adultez tomen decisiones equívocas y no se responsabilicen de las mismas.

A pesar de que existen muchos esfuerzos por parte de organismos sectoriales de salud a base de planes, estrategias y acceso a planificación, se ha visto que no son suficientes aún falta elementos que aborden el problema en los cuales intervienen padres, adolescentes, sociedad y ambiente.

Hay que tener en cuenta como los jóvenes interpretan el fácil acceso a los métodos anticonceptivos como una estimulación al edonismo únicamente o más bien a una alternativa para evitar responsabilidades o como la postergación tanto de la formación de una familia o aumento del número de los miembros de la misma.

1.2.3. Constelación de ideas

Para el tema propuesto se indica el análisis de causa – efecto, el mismo que se presenta en la siguiente página



Elaborado por: VILLAMARÍN, Santiago

1.2.4 Prognosis

Si no se realiza este proyecto las/los adolescentes seguirán sin darle la debida importancia a las relaciones sexuales de riesgo y se mantendrá la actitud de rechazo al embarazo que lleva a su ocultamiento y en consecuencia, no se acude o se retrasa el control del embarazo, continuara el abandono de los estudios, las adolescentes se someterán a procedimientos riesgosos (aborto) en embarazos de edad gestacional avanzada, ejecutados por personal clandestino muy inexperto y en pésimas condiciones sanitarias, La edad de iniciación sexual seguirá disminuyendo, tanto en hombres como en mujeres, se mantendrán creencias como que “en la primera relación no hay embarazo”, adicionalmente hay creencias arraigadas en el uso de métodos folklóricos (uso de alka-seltzer con limón, tomar bebidas colas calientes, orinar después de la relación sexual, etc.), o falsas creencias de que a mí no...

La mayoría de las madres adolescentes seguirán consiguiendo trabajos de baja productividad, con bajos salarios y sin cobertura de seguridad social, y limitaciones para su crecimiento personal.

1.2.5. Formulación del problema

¿En qué forma las relaciones sexuales de riesgo en los adolescentes tienen relación con embarazos precoces en las jóvenes que acuden al Subcentro de Salud de Cunchibamba y al Hospital Provincial Docente Ambato?

- **Variables**

Independiente: Relaciones sexuales de riesgo

Dependiente: Embarazos precoces

1.2.6 Preguntas directrices

- ¿Cuáles son las actitudes que toman los adolescentes frente a un embarazo precoz?

- ¿Qué tipo de relaciones sexuales de riesgo existen en los adolescentes que acuden al SCS de Cunchibamba y el HPDA?
- Cuáles son los conocimientos y mitos que presentan los adolescentes acerca de la sexualidad y las relaciones sexuales?
- ¿Cómo enfrentan los y las adolescentes la situación del embarazo?
- ¿Qué se requiere para mejorar la situación?

1.2.7 Delimitación de la investigación

Delimitación Temporal

La investigación se realizará de septiembre a diciembre de 2012

Delimitación Espacial

El presente trabajo se realizará en:

País: Ecuador
 Provincia: Tungurahua
 Ciudad: Ambato y Parroquia Cunchibamba

Centro de Salud de Cunchibamba y Hospital Provincial Docente Ambato

Delimitación de Contenido

Campo: Hebiatría
 Áreas: Educación sexual
 Aspecto: Embarazos en adolescentes

1.3 Justificación

El trabajo investigativo planteado es de interés social ya que compromete tanto a los profesionales de salud como a las adolescentes que acuden Subcentro de Salud de Cunchibamba y al Hospital Regional Docente Ambato. Este va a aportar los datos necesarios y suficientes como es determinar la incidencia de embarazos precoces para evaluar el sistema

de salud actual y poder realizar mejoras en cuanto a la prevención de embarazos.

Este brindará un beneficio social ya que prevendrá las consecuencias del embarazo en adolescentes y por tanto el costo en el país que conlleva un ente no productivo para la sociedad.

Es factible realizar el mismo ya que solo se realizara revisión de historial clínico a base de entrevista y encuesta que no requiere de ningún coste para el Ministerio de Salud ni para las instituciones donde se va a realizar la investigación.

Además existe gran información sobre el tema en bibliotecas, internet. Para la obtención de los datos estadísticos necesarios igualmente existe una gran apertura por parte del personal que labora en el centro de salud y hospital.

1.4 Objetivos

Dentro de los objetivos planteados se encuentran:

1.4.1 Objetivo General

Determinar las relaciones sexuales de riesgo y su relación con la incidencia de embarazo precoces.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Determinar las actitudes que toman los adolescentes frente a un embarazo precoz
- Caracterizar las de relaciones sexuales de riesgo que existen en los adolescentes que acuden al SCS de Cunchibamba y el HPDA
- Identificar los conocimientos y mitos que presentan los adolescentes acerca de la sexualidad y las relaciones sexuales.

- Establecer cómo enfrentan los y las adolescentes la situación del embarazo.
- Diseñar una propuesta educativa en sexualidad y derechos reproductivos para los adolescentes estudiados

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes investigativos

En una tesis de maestría de Salud Pública del doctor Orellana, en Perú, se encontró que sólo 48% de adolescentes usó algún método anticonceptivo en la primera relación sexual y que consideran el condón como el anticonceptivo más conocido y usado debido a que es barato, fácil de encontrar y seguro. Se concluye en ese trabajo que algunas barreras que impiden el uso de anticonceptivos son: la falta de información, vergüenza para comprarlo, no saber cómo usarlo, creer que impide el placer, temor a ser descubiertos(as), creer que hace daño a la salud y las creencias religiosas².

2.2 Fundamentación técnica

La fundamentación técnica estará sustentada por las prácticas establecidas en el Subcentro de Salud y Hospital Provincial Docente Ambato, entidades controladas por el Ministerio de Salud, regentado por el Gobierno Nacional.

2.3 Fundamentación legal

Dentro del marco legal que sustenta la problemática del embarazo adolescente en el país se encuentra la Constitución Política de la República del Ecuador que garantiza el derecho a un nivel de vida que asegure la salud. La Constitución Política en los artículos 42, 43, 47 y 49 dispone el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a

servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia. El Estado promoverá la cultura por la salud y la vida con énfasis en la educación alimentaria y nutricional de madres y niños, y en la salud sexual y reproductiva, mediante la participación de la sociedad y la colaboración de los medios de comunicación social⁴.

Por otro lado la Constitución Política de la República del Ecuador dispone atención prioritaria, preferente y especializada a niños/as, adolescentes y mujeres embarazadas. El Estado les asegurará y garantizará el derecho a la vida, desde su concepción; a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición, a la educación y cultura, al deporte y recreación; a la seguridad social, a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria; a la participación social, al respeto a su libertad y dignidad, y a ser consultados en los asuntos que les afecten⁴.

Por otro lado el país es signatario de varios instrumentos internacionales aprobados por consensos en Conferencias y Convenciones Internacionales, entre las que podemos destacar:

La Convención de Derechos Humanos que identifica los derechos culturales, sociales, económicos y políticos y determina que la familia, como grupo fundamental de la sociedad y medio natural para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros, debe recibir la protección y asistencia necesarias para poder asumir plenamente sus responsabilidades dentro de la comunidad⁴.

La Convención sobre los Derechos del Niño y sus protocolos facultativos determina cuatro tipos de derechos: a la supervivencia, desarrollo, participación y protección integral; determina la necesidad de protección y cuidados especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento⁴.

La Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer establece que los estados participantes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el periodo posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fueren necesarios, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia⁴.

Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el momento de tenerlos, y a disponer de la información y de los medios necesarios para ello, y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y salud reproductiva⁴.

También incluye el derecho de todas las personas a adoptar decisiones en relación con la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, como está expresado en los documentos sobre derechos humanos⁴.

En la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, realizada en Beijing en 1995, se incluyó a la salud sexual como parte de la salud reproductiva y se estableció que "Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva y decidir libremente respecto a estas cuestiones, sin coherción, discriminación y violencia. Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, exigen respeto y el consentimiento recíproco y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual"⁴.

Finalmente, La Cumbre del Milenio en el año 2000, establece ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio, con el propósito de garantizar un desarrollo económico sostenible, de ellos tres se refieren a: igualdad entre

géneros y la autonomía de la mujer, reducción de la mortalidad en la infancia y al mejoramiento de la salud materna⁴.

El Estado Ecuatoriano ratificó la Convención Iberoamericana de Derechos de Juventud, donde se establecen como derechos fundamentales de adolescentes y jóvenes el acceso a educación de la sexualidad y a atención de salud sexual y reproductiva⁴.

El Código de la Niñez y Adolescencia establece el derecho a la vida de niños, niñas y adolescentes desde su concepción (Art. 20); en el artículo 25 se determina la creación de condiciones adecuadas para atención durante el embarazo y el parto a favor de la madres y de niños/as, especialmente tratándose de madres adolescentes y de niños o niñas con peso inferior a 2.500 gramos. En el artículo 50 establece la protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes y en particular dispone el derecho a que se respete su integridad personal, física, psicológica, cultural, afectiva y sexual⁴.

Ley Orgánica de Salud determina que el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública, así como la obligatoriedad de implementar acciones de prevención y atención en salud integral, sexual y reproductiva dirigida a mujeres y hombres, con énfasis en adolescentes sin costo, esto además de otras disposiciones que constan en el capítulo de la salud sexual y salud reproductiva⁴.

Leyes como la Ley de Educación de la Sexualidad y el Amor, Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, Ley contra la Violencia a la Mujer y la Familia, Ley para la Prevención y Atención del VIH/SIDA, constituyen instrumentos jurídicos y legales que promueven y garantizan los derechos sexuales y reproductivos, al establecer el acceso universal a servicios de: atención integral en casos de violencia intrafamiliar y promoción del buen trato, salud sexual y salud reproductiva, educación sexual. Además establecen una articulación entre las acciones del Gobierno e instancias de control y veeduría social⁴.

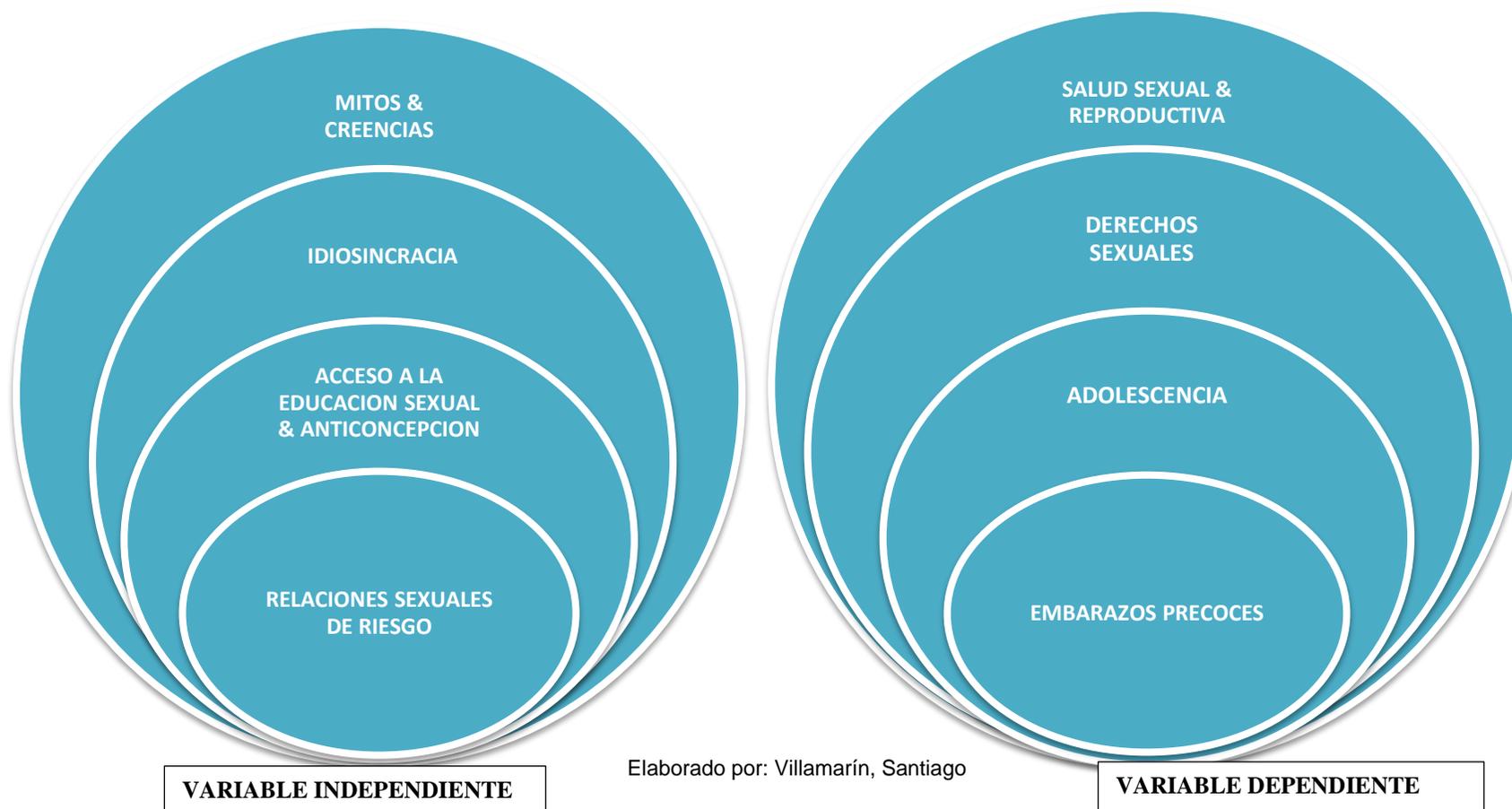
En el Plan Nacional Decenal de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia (2004-2014), como meta de la política 22 y en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010 como meta del objetivo 3, se enuncia “disminuir el embarazo en adolescentes en un 25% y reducir la mortalidad por esta causa, especialmente en zonas pobres e indígenas”⁴.

El 30 de marzo del 2007 en la Reunión de Ministros de Salud del Área Andina uno de los temas priorizados en la región mediante la resolución XXVIII 437 fue la Prevención del Embarazo en Adolescentes. Se conformó un comité con representantes de los seis países, quienes elaborarán el Plan Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes⁴.

2.4 Categorías Fundamentales

Para el estudio se han determinado las siguientes categorías por cada una de las variables, el mismo que se observa en la siguiente página.

Gráfico 2. Red de inclusiones



2.4. Conceptualización de las variables

2.4.1. Conceptualización de la variable independiente

RELACIONES SEXUALES DE RIESGO

Prácticas sexuales de riesgo en el adolescente.

Una conducta sexual de riesgo sería la exposición del individuo a una situación que pueda ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de contaminación por enfermedades sexualmente transmisibles como el sida, o por embarazos no deseados y todo lo que esto conlleva.

La adolescencia es un periodo crucial para la salud porque constituye una etapa donde existe un impulso natural a la experimentación de una gama amplia de nuevas actividades que pueden conducir a un alto riesgo para la salud⁵.

Factores que influyen en la conducta sexual del adolescente:

- Discrepancia entre madurez física y cognoscitiva.
- Percepción de invulnerabilidad.
- Tendencia a imitar el modelo de conducta sexual del adulto que se muestra en los medios de comunicación.
- Mayor libertad sexual.
- Actividades y valores sobre el comportamiento sexual⁶.

Existen diferencias significativas que aparecen en función del género que delimitan dos patrones de comportamiento sexual, uno masculino y otro femenino:

- Masculino: estaría definido por una mayor precocidad, promiscuidad y una mayor valoración del coito, que representa una importante señal de prestigio ante el grupo de iguales.
- Femenino: muestra una actividad sexual más reducida, menos gratificante, y que genera más sentimientos de culpa. Además, la conducta sexual está integrada con otros componentes

socioemocionales, por lo que hay una mayor vinculación entre sexualidad y afectividad⁷.

A medida en que chicos y chicas crecen y culmina este proceso, las diferencias van desapareciendo, y muestran unos patrones más andróginos y parecidos entre sí.

La iniciación sexual muy precoz puede convertirse en un factor de riesgo. Es evidente que los adolescentes sostienen relaciones sexuales, y lo hacen a una edad cada vez más temprana, ya que en los últimos años se ha producido un adelanto en la edad de inicio especialmente en mujeres. La edad media de inicio de las relaciones sexuales es entre 15 y 18 años⁸.

Otro de los riesgos es el de mantener relaciones sexuales sin protección, además del asociado a la variabilidad de parejas sexuales en el último año. Con el consecuente aumento de la incidencia de ETS como el VIH; así como embarazos no deseados, lo que ha llevado al aumento del número de abortos⁸.

La causa de este escaso uso de anticonceptivos pueden ser diversas, como:

Escasez de información sobre métodos anticonceptivos y sobre embarazo, como consecuencia de la ausencia o poca de educación sexual en los colegios. Teniendo en cuenta esta falta de conocimientos sobre sexualidad que tienen algunos de los adolescentes, sería conveniente analizar cuáles son las fuentes de información que utilizan⁹.

Los amigos representan la principal fuente de información, seguida de las revistas o libros. Resulta evidente que ni la escuela ni la familia parecen proporcionar mucha información sobre sexualidad¹⁰.

Además, determinadas características del pensamiento durante la adolescencia, como la percepción de invulnerabilidad, a pesar de la

información que tienen sobre las más que probables consecuencias negativas derivadas del escaso uso de anticonceptivos, tienen el sentimiento de estar protegidos, piensan que les puede ocurrir a los otros pero no a ellos. Lo que favorece las conductas arriesgadas¹⁰.

El no haber previsto que iban a sostener relaciones sexuales es otro argumento dado por los adolescentes para no usar anticonceptivos¹¹.

Otro aspecto importante, tiene que ver con las actitudes hacia su uso. Es frecuente entre los jóvenes un cierto rechazo por pensar que el preservativo limita el placer o rompe la espontaneidad de un acto sexual que debería ser natural y no planificado¹¹.

Además, a todo puede incorporarse otro elemento extremadamente peligroso como es el consumo de alcohol u otras drogas. El problema es que la asociación entre el consumo de alcohol y la conducta sexual de riesgo crea otra situación todavía más extrema, ya que los efectos del alcohol afectan a las capacidades cognitivas de evaluación coste-beneficio de la conducta sexual sin protección¹².

MITOS & CREENCIAS

Como influye la sociedad en los adolescentes

En una sociedad con patrones culturales tradicionales, como la latinoamericana, ni la familia, ni la escuela, ni en general la sociedad acepta fácilmente la idea de la sexualidad en la adolescencia¹³.

Por esa razón no se educa a los adolescentes sobre la vida familiar o sexual, solamente se les da una educación insuficiente y sin relación con sus necesidades reales. Asimismo, las adolescentes raramente acceden a los servicios de salud reproductiva y anticoncepción.

Los mitos tienen carácter social: son un conjunto de anhelos y creencias colectivas que ordenan la valoración social de un determinado relato o figura en una época determinada. También son individuales, puesto que cada persona otorgará a aquello aludido por el mito, una valoración propia y le asignará también un sentido, tanto a su propio accionar como al accionar de los demás¹⁴.

Hay una ilusión, respecto a que el mito crea un concepto que debe ser comprendido como “natural” y “esencial”¹⁴.

Así, los adolescentes ignoran muchos aspectos relacionados con la anticoncepción y sostienen algunas ideas erróneas como pensar que no puede haber embarazo la primera vez que se hace el amor, o que la marcha atrás es un método muy eficaz⁹.

También es un mito el temor que tienen los adultos que por recibir educación sexual se adelantará la edad del inicio de las relaciones sexuales¹⁴.

La educación sexual no potencia que se tengan relaciones sexuales precoces.

Otros mitos frecuentemente escuchados:

Mitos en torno a la sexualidad de la mujer adolescente

- La ausencia de himen prueba que una mujer ya no es virgen.
- Una mujer que tiene la menstruación no debe bañarse, ni tocar las plantas, ni hacer deporte, ni hacer mayonesa...
- Cualquier mujer que lleve la iniciativa en las relaciones sexuales es una “rápida”.
- La mujer debe esperar a que el varón le brinde la posibilidad de tener placer sexual (orgasmo).
- Hay vaginas, que no se adaptan a algunos tamaños de penes.

Mitos en torno a la sexualidad del varón adolescente

- El varón siempre sabe sobre sexualidad y sobre cómo llevar adelante las relaciones sexuales.
- Las bebidas alcohólicas son potenciadoras de la erección y del deseo sexual.
- El varón siempre está dispuesto y debe llevar la iniciativa en las relaciones sexuales.
- Cuanto mayor sea el tamaño del pene, mayor placer obtiene el varón y mayor placer le proporciona a la mujer.
- Cuando un hombre pierde su erección es porque no encuentra a su pareja sexualmente atractivo/a.
- Un hombre siempre debe excitarse cuando se encuentra en una situación sexual.

Mitos en torno al rol de género

- La sexualidad comienza cuando se tienen relaciones con penetración.
- Las lesbianas lo son porque necesitan un hombre "de verdad".
- La homosexualidad es un vicio.
- Se nota que una mujer es lesbiana porque se viste de marimacho.
- Un niño no puede jugar con muñecas.

Mitos sobre falsos métodos anticonceptivos:

- "Lavarse la vagina después de una relación sexual con agua u otras sustancias sirve como método anticonceptivo".
No es así, pues los espermatozoides pueden subir rápidamente al cuello del útero.
- "Tomar té de yuyos o plantas nativas sirve como método anticonceptivo".
Estos tés no han demostrado ninguna eficacia cuando son utilizados para evitar un embarazo.

- "Los inductores de la menstruación (productos que se adquieren en las farmacias), pueden provocar el sangrado menstrual cuando una mujer tiene un atraso, interrumpiendo el embarazo".

Esto es así solo si es debido a alguna irregularidad en su ciclo pero NO cuando está embarazada. Su uso no es conveniente sin indicación médica.

Mitos sobre las pastillas anticonceptivas

- "La pastilla engorda" Está demostrado que las pastillas anticonceptivas modernas prácticamente no modifican el peso corporal debido a su muy baja dosis, incluso en algunas mujeres se ha observado una ligera disminución de peso.
- "La pastilla puede producir acné o hacer crecer el vello" El crecimiento del vello en los lugares típicos del varón, el acné y el aumento de la grasitud de la piel habitualmente provienen de una inadecuada cantidad o manifestación de las hormonas masculinas (que, en poca cantidad posee cada mujer) y no de un efecto producido por el uso de las pastillas anticonceptivas.
- "La pastilla altera los nervios" El estado de salud psicológica de una mujer posee mayor relación con su entorno (factores sociales, laborales, sentimentales, familiares, etc.) que con el efecto de las pastillas anticonceptivas o cualquier otro tratamiento con medicamentos.
- "Si se toman medicamentos o se ingiere alcohol cuando se utiliza la pastilla, se pierde el efecto anticonceptivo" Determinados tipos de medicamentos pueden influir en el mecanismo de acción de las pastillas anticonceptivas y, por lo tanto, disminuir su eficacia. No se ha demostrado que el alcohol en sí mismo interfiera en la eficacia de la pastilla anticonceptiva.
- "Después de usar pastillas anticonceptivas, se presentan dificultades para quedar embarazada" Las pastillas son un método

reversible, por lo que, suspendida la toma de las mismas se reinician los ciclos naturales prácticamente en forma inmediata.

- “Las mujeres que utilizan la pastilla deben realizar descansos periódicos en la toma” Está demostrado que los llamados descansos son innecesarios y desaconsejables. Además de carecer de bases científicas pueden originar una serie de inconvenientes como, por ejemplo, los embarazos no deseados.
- “La pastilla produce cáncer” Al contrario de lo que se cree, se sabe que los anticonceptivos hormonales presentan claros beneficios, disminuyendo el riesgo de cáncer de endometrio (mucosa interna del útero) de ovario y colón. Aun luego de suspender el uso de la pastilla, este efecto protector perdura más de 10 años.¹⁴.

IDIOSINCRASIA

La idiosincrasia es un conjunto de características hereditarias o adquiridas que definen el temperamento y carácter distintivos de una persona o un colectivo.

Identifica las similitudes de comportamiento en las costumbres sociales, en el desempeño profesional y en los aspectos culturales. Las relaciones que se establecen entre los grupos humanos según su idiosincrasia son capaces de influir en el comportamiento individual de las personas, aun cuando no se esté convencido de la certeza de las ideas que se asimilan en masa¹⁵.

Por extensión, este término es utilizado para identificar amplios grupos de personas sin especificar cada detalle que los relaciona entre sí. También se utiliza para enfatizar las diferencias entre personas de diversos orígenes y costumbres¹⁵.

Es advertida a partir del comportamiento social de las personas, sus gustos y desempeño profesional. Se dice, por ejemplo, Se dice por ejemplo que las chicas de la costa inician más prontamente su vida sexual

que las chicas de la sierra. Esta característica de la idiosincrasia puede ser resaltada por todos aquellos que han conocido distintas regiones de nuestro país y están en condiciones de comparar las relaciones sociales que se establecen en las distintas regiones de nuestro país¹⁵.

ACCESO A LA EDUCACION SEXUAL & ANTICONCEPCION

Anticoncepción en la adolescencia

La adolescencia ha sido tradicionalmente considerada como un periodo libre de problemas de salud, sin embargo las características psicológicas, biológicas y de comportamiento de los adolescentes y su actitud reticente ante los servicios sanitarios, hacen necesarias y pertinentes actividades de salud preventivas, educativas y asistenciales específicamente diseñadas para jóvenes y adolescentes en términos de cuidados de salud sexual y reproductiva adecuadas a sus expectativas y necesidades¹⁴.

Aunque los adolescentes y jóvenes no constituyen grupos homogéneos ni uniformes, su comportamiento sexual y reproductivo está influido, en mayor o menor medida, por una serie de factores entre los que cabe mencionar:

- Disminución de la edad de la menarquía.
- Inicio temprano de la actividad sexual coital.
- Cambios frecuentes de pareja, "monogamia sucesiva
- Sentimiento de invulnerabilidad por no tener integrada la noción de riesgo. Miedo a delatarse como sexualmente activos.
- Deficiente educación sexual que conlleva escasa, deformada o idealizada información sobre anticoncepción, maternidad/paternidad y sexualidad.
- Dificultades de acceso a los servicios sanitarios y falta de habilidades sociales para conseguir asesoría y anticonceptivos¹⁵.

Ello deriva en patrones de conducta que contribuyen a aumentar los riesgos a que se hallan expuestos en relación a la salud sexual y

reproductiva, riesgos que determinan consecuencias adversas de tipo médico, psicológico, educativo y socioeconómico¹⁵.

Los objetivos de los programas y servicios de anticoncepción y sexualidad dirigidos a adolescentes y jóvenes se basan no sólo en la prevención de riesgos derivados de su actividad sexual como el embarazo no deseado o las enfermedades de transmisión sexual sino también en la prevención del riesgo de trastornos emocionales originados por la dificultad de adaptación a los cambios físicos y psicosexuales de la adolescencia y por la sobrecarga emocional derivada de sus relaciones familiares, afectivas y sexuales. Se trata de ofrecer un modelo de atención biopsicosocial desde lo preventivo basado en la información y el asesoramiento, capaz de proporcionar alternativas a sus necesidades sexuales y afectivas, que facilite la “percepción de riesgo” y fomente actitudes positivas que potencien hábitos y vivencias afectivas y sexuales responsables, saludables y no sexistas¹⁶.

Características de la atención médica orientada a los adolescentes

Con frecuencia los adolescentes consultan por dudas o preocupaciones puntuales (demandas explícitas) que no se corresponden con lo que realmente les preocupa (demanda implícitas) por miedo a ser juzgados, actitudes distantes o moralizantes de los profesionales, o simplemente por dificultad para expresarlas ello hace que no debamos conformarnos con resolver la duda puntual que inicialmente plantean sino que debamos profundizar en la intervención para que las demandas concretas o implícitas puedan ser expresadas¹⁷.

La consulta anticonceptiva dirigida a adolescentes. El consejo anticonceptivo

En cualquier circunstancia y edad, la elección de un método anticonceptivo debe basarse en dos premisas básicas: la primera es que no existe un método ideal, y la segunda que la elección implica una

opción libre e individual. Por ello se hace necesario tener en cuenta las características individuales de los usuarios y adecuar las estrategias de intervención a sus necesidades y expectativas. Esto es especialmente relevante en el grupo de adolescentes por las características biológicas, psicológicas y sociales, que condicionan su comportamiento sexual y reproductivo, y por las especiales e importantes repercusiones que el embarazo no planificado tiene en este grupo de edad¹⁹.

Requisitos de la Anticoncepción en la Adolescencia

La anticoncepción en la adolescencia debe una serie de requisitos por las circunstancias y características especiales de esta edad:

Debe tener en cuenta el grado de maduración biológica y no interferir en el desarrollo y el crecimiento estatural.

Debe ser reversible salvo que casos excepcionales, como enfermedades o deficiencias psíquicas aconsejen lo contrario.

Debe ser adecuado a su actividad sexual, valorando el tipo y frecuencia, y la existencia de compañero no monógamo o cambios frecuentes de pareja.

Debe ser de fácil realización. Los métodos cuyo uso requiera mayores cuidados pueden ser rechazados o mal utilizados por los adolescentes. 1

Establecidos estos requisitos, la clasificación de Rosenfield y Fathalla (FIGO, 1990), modificada por Triguero y Bolaños, establece cuatro categorías de métodos anticonceptivos para la adolescencia:

Recomendables: incluyen preservativos y anticonceptivos orales.

Aceptables: incluyen diafragma, esponjas, espermicidas y anticonceptivos inyectables.

Poco aceptables: incluyen DIU, anticoncepción quirúrgica y métodos naturales.

De emergencia: anticoncepción postcoital.

En ausencia de un método anticonceptivo ideal, es muy importante poner a disposición del/de la adolescente la gama más amplia posible de métodos anticonceptivos, analizando detalladamente cada uno de ellos en relación a las variables biológicas, psicoafectivas, socioeconómicas y los valores del entorno en que se desenvuelve. Por lo que, la edad, la situación familiar, el entorno social, el nivel educacional, las características de la actividad sexual y el grado de maduración psicológica, deben ser evaluados sistemáticamente, individualizando la indicación anticonceptiva y tratando de promover que el/la adolescente se sienta participe en la elección²¹.

2.4.2 Conceptualización de la Variable Dependiente

SALUD SEXUAL & REPRODUCTIVA

El concepto de Salud Sexual y Reproductiva (S.S.R.) nació como tal en 1994 en El Cairo. El concepto de Salud Sexual y Reproductiva es definido por el Fondo de Población de Naciones Unidas como un “Enfoque integral para analizar y responder a las necesidades de hombres y mujeres respecto a la sexualidad y la reproducción”²².

Desglosando sus dos componentes podemos definir la Salud Reproductiva como un “Estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Entraña además la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”. Además establece como objetivo de la Salud sexual “el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no

meramente el asesoramiento en materia de reproducción y enfermedades de transmisión sexual²³”

Por otro lado la Salud Sexual queda definida por la WAS (World Association For Sexology) como un “Estado de bienestar físico, psíquico, emocional y social en relación a la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un enfoque respetuoso y positivo hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como hacia la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para poder alcanzar y mantener la salud sexual, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y satisfecho²³”.

DERECHOS SEXUALES

Son derechos humanos fundamentales relativos al libre ejercicio de la sexualidad sin riesgos, al placer físico y emocional, a la libre orientación sexual, a la libre elección del número de hijos, a la protección de la maternidad, entre otros aspectos. Quedaron definidos como tales en la Conferencia de El Cairo.(Fuente “Guía para programas y proyectos de salud sexual y reproductiva en África”. AECl-2005).

Tabla 1. Derechos Sexuales

DERECHOS REPRODUCTIVOS	DERECHOS SEXUALES
Decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos/as.	Decidir libre y responsablemente sobre todos los aspectos relacionados con la sexualidad.
Tener la información, educación y medios para ello.	El derecho a ejercer la sexualidad sobre todos los aspectos relacionados con la sexualidad.
Tomar decisiones sobre la reproducción libre de discriminación, coerción y violencia.	El derecho al placer físico y emocional.
Tener acceso a servicios de atención primaria de calidad.	El derecho a la libre orientación sexual.
Contar con medidas de protección a la maternidad.	El derecho a la información sobre la sexualidad.
	Todo ello en condiciones de igualdad, pleno consentimiento y respeto mutuo compartiendo responsabilidades en las relaciones sexuales y sus consecuencias.
	El derecho a tener acceso a servicios sanitarios ²⁴ .

Fuente: AECl-2005

ADOLESCENCIA

Definir la adolescencia con precisión es problemático por varias razones. Primero, se sabe que de la madurez física, emocional y cognitiva, entre otros factores, depende la manera en que cada individuo experimenta este período de la vida. Hacer referencia al comienzo de la pubertad, que podría considerarse una línea de demarcación entre la infancia y la adolescencia, no resuelve el problema¹³.

La pubertad empieza en momentos sumamente distintos para las niñas y los niños, y entre personas del mismo género. En las niñas se inicia, como promedio, entre 12 y 18 meses antes que en los niños. Las niñas tienen su primera menstruación generalmente a los 12 años. En los niños, la primera eyaculación ocurre generalmente hacia los 13 años. No obstante, las niñas pueden empezar a menstruar a los 8 años. Hay indicios de que la pubertad está comenzando mucho más temprano; de hecho, la edad de inicio tanto en las niñas como en los niños ha descendido tres años en el transcurso de los últimos dos siglos. Esto obedece, en gran parte, a las mejores condiciones de salud y nutrición¹³.

El segundo factor que complica la definición de la adolescencia son las grandes variaciones en las leyes de los países sobre la edad mínima para realizar actividades consideradas propias de los adultos, como votar, casarse, vincularse al ejército, ejercer el derecho a la propiedad y consumir bebidas alcohólicas. El concepto de “mayoría de edad” es decir, la edad a la cual el país reconoce como adulto a un individuo y espera que cumpla todas las responsabilidades propias de esa condición—también varía entre países. Antes de cumplir la mayoría de edad, se considera que la persona es “menor”. En muchos países, los 18 años marcan el inicio de la mayoría de edad, con la ventaja de que coincide con el nivel superior de la escala de edad para los niños y niñas que se describe en el artículo 1 de la Convención sobre los Derechos del Niño¹⁴.

Dado el abismo de experiencia que separa a los adolescentes más jóvenes de los mayores, resulta útil contemplar esta segunda década de la vida como dos partes: la adolescencia temprana (de los 10 a los 14 años) y la adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años)¹⁴.

Tomada en un sentido amplio, podría considerarse como adolescencia temprana el período que se extiende entre los 10 y los 14 años de edad. Es en esta etapa en la que, por lo general, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Estos cambios externos son con frecuencia muy obvios y pueden ser motivo de ansiedad así como de entusiasmo para los individuos cuyos cuerpos están sufriendo la transformación¹⁵.

Los cambios internos que tienen lugar en el individuo, aunque menos evidentes, son igualmente profundos. El número de células cerebrales pueden casi llegar a duplicarse en el curso de un año, en tanto las redes neuronales se reorganizan radicalmente, con las repercusiones consiguientes sobre la capacidad emocional, física y mental²⁵.

Es durante la adolescencia temprana que tanto las niñas como los varones cobran mayor conciencia de su género que cuando eran menores, y pueden ajustar su conducta o apariencia a las normas que se observan²⁶.

Dados los tabúes sociales que con frecuencia rodean la pubertad, es de particular importancia darles a los adolescentes en esta etapa toda la información que necesitan para protegerse del VIH, de otras infecciones de transmisión sexual, del embarazo precoz y de la violencia y explotación sexuales²⁶.

La adolescencia tardía abarca la parte posterior de la segunda década de la vida, en líneas generales entre los 15 y los 19 años de edad. Para

entonces, ya usualmente han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro también continúa desarrollándose y reorganizándose, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente. Las opiniones de los miembros de su grupo aún tienden a ser importantes al comienzo de esta etapa, pero su ascendente disminuye en la medida en que los adolescentes adquieren mayor confianza y claridad en su identidad y sus propias opiniones²⁶.

EMBARAZOS PRECOCES

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

A nivel mundial se reconoce un aumento de la actividad sexual de los adolescentes y concomitantemente una disminución en la edad de inicio de las relaciones sexuales, incrementándose con esto la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años²⁷.

El embarazo adolescente puede definirse como aquel que ocurre dentro de los primeros dos años de edad ginecológica (tiempo transcurrido desde la menarca) y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen²⁶.

A pesar de que las tasas de fecundidad global y adolescente han disminuido a nivel mundial, este descenso ha sido más acentuado en el primer marcador, lo cual ha determinado una mayor importancia relativa del embarazo en menores de 20 años. Por lo tanto el embarazo en la adolescencia sigue siendo considerado un problema en todos los países del mundo, con marcada importancia en países subdesarrollados y en vías de desarrollo. Es así como en América Latina un 15 a un 25% de los Recién Nacidos Vivos son hijos de una madre menor de 20 años²⁷.

El embarazo en la adolescencia se asocia a mayores riesgos médicos (SHIE, anemia del embarazo, desnutrición, parto prematuro, bajo peso al nacer, mayor muerte perinatal, etc.), problemas psicológicos en la madre

(depresión post-parto, baja autoestima, quiebre en el proyecto de vida) y una serie de desventajas sociales (bajos logros educacionales, deserción escolar, desempleo, mayor frecuencia de maltrato y abandono infantil, entre otros)²⁶.

Frente a esta realidad aparece la necesidad de implementar medidas tendientes a prevenir la ocurrencia de embarazos durante la adolescencia, dentro de los cuales, la educación sexual y el uso de métodos anticonceptivos cumplen un importante rol.

El embarazo adolescente, generalmente no planificado y no deseado, supone un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de la joven, además de condicionar, definitivamente, su estilo de vida, por lo que constituye para las jóvenes que resultan embarazadas un problema más social que médico²⁷.

Diferentes estudios han puesto de manifiesto que el embarazo adolescente es un embarazo no deseado, observándose variaciones según el entorno sociocultural analizado y así, en nuestro país se considera que alrededor del 60-70% de los embarazos adolescentes son no deseados mientras que en Estados Unidos este porcentaje alcanza el 95%²⁷.

Las cifras de embarazo adolescente son verdaderamente preocupantes constituyendo un problema que afecta, no sólo a los países en vías de desarrollo, sino a las sociedades más desarrolladas²⁷.

Causas del Embarazo Adolescente

El embarazo adolescente tiene orígenes multicausales y por ello requiere múltiples soluciones. No obstante hay dos hechos que son determinantes al analizar las causas del embarazo en adolescentes:

1. El inicio, cada vez más precoz de las relaciones sexuales.
2. No utilización de método anticonceptivo eficaz²⁷.

Inicio Precoz de las Relaciones Sexuales

Actualmente la edad media aproximativa de la primera relación coital es de 16 años para los chicos y 17 años para las chicas. Este resulta ser un dato bastante constante en nuestro medio, no encontrando grandes diferencias según el ámbito geográfico de la juventud española, que inicia sus relaciones sexuales coitales entre los 16 y 17 años según han informado diferentes autores²⁸.

Entre los factores que condicionan el inicio precoz de las relaciones sexuales podemos citar:

Factores biológicos

Se ha demostrado relación entre el comienzo de las relaciones sexuales y la edad de maduración sexual. Con el adelanto de la menarquia que se está produciendo, se han adelantado las relaciones sexuales²⁸.

Factores familiares

El modelo familiar se transmite de padres a hijos y se ha demostrado que las hijas de madres adolescentes tienen el doble de posibilidades de ser, ellas mismas, madres adolescentes²⁸.

Además del modelo familiar la comunicación que se establezca entre padres e hijos es otro de los factores determinantes del inicio precoz de las relaciones sexuales y de un eventual embarazo²⁸.

Factores ambientales

Las malas o bajas condiciones socioeconómicas, así como la ignorancia y la pobreza constituyen factores causales muy importantes, tanto del embarazo adolescente como del inicio precoz de las relaciones sexuales.²⁸

Otra de las cuestiones que se ha relacionado, de manera casi constante, con el inicio de las relaciones sexuales ha sido el ámbito o medio de hábitat de los jóvenes, habiéndose postulado que en el medio rural se inicia antes la actividad coital que en el medio urbano y, como consecuencia, se observan tasas más elevadas de embarazo adolescente²⁹.

No utilización de anticoncepción

Habida cuenta de que cuanto más joven es la mujer menos relaciones sin protección necesita para quedarse embarazada, es fácil concluir que la no utilización de método anticonceptivo alguno supone el factor causal más importante para el embarazo adolescente²⁹.

Para muchos, el verdadero problema del embarazo adolescente radica en que esta población no utiliza medidas anticonceptivas por falta de educación sexual, por desconocimiento de los métodos disponibles, por ignorancia en cuanto al peligro del embarazo y por la difícil accesibilidad a los métodos anticonceptivos²⁸.

Falta de previsión

Las primeras relaciones sexuales son espontáneas, no planeadas, lo que dificulta la utilización de algún método anticonceptivo, al mismo tiempo que parece haberse observado una débil motivación, por parte de los jóvenes, para su uso. Así como la menarquia y el inicio de las relaciones sexuales se han adelantado, no parece ocurrir lo mismo con la madurez psicológica de los jóvenes, muchas veces poco conscientes del riesgo que asumen. De hecho, el 30-35% de las primeras relaciones coitales se realizan sin protección anticonceptiva. En otras ocasiones la no utilización de método anticonceptivo no obedece a falta de previsión sino, más bien, a la asunción de comportamientos de riesgo, propios de esta edad²⁹.

Falta de Educación Sexual

La falta de una adecuada educación e información sexual explica, en la mayoría de las ocasiones, la alta incidencia de gestación adolescente. La responsabilidad de padres, profesores, sanitarios, de la sociedad en fin, se diluye y los jóvenes obtienen la información sobre los métodos anticonceptivos de sus amigos, medios de comunicación, etc. Los padres, primeros responsables en materia educativa, delegan con demasiada frecuencia su responsabilidad en terceras personas haciendo dejación de su derecho y su deber de educar a sus hijos³⁰.

Factores ambientales

Suele ocurrir, con cierta frecuencia, que los adolescentes tienen sus primeras relaciones sexuales bajo el influjo del alcohol y, además, un porcentaje estimable de ellos (15%) lo hace después de tomar otro tipo de droga. La utilización de cualquier tipo de droga es mala consejera para realizar ejercicios de previsión y responsabilidad y hay estudios que han demostrado que hasta un 17% de los adolescentes utiliza menos el preservativo después de beber.³⁰

Difícil accesibilidad a los métodos anticonceptivos

En todos los ámbitos geográficos y en todas las sociedades, desarrolladas o no, los resultados demuestran que las leyes restrictivas sobre la accesibilidad a los anticonceptivos se asocian a un riesgo elevado de gestación adolescente³¹.

La principal dificultad que señalan los adolescentes para acercarse a un Centro de Orientación Familiar (COF) estriba en que desconocen el tipo de lugar y el tipo de personas con que se van a encontrar. Así, hasta un 42% de 269 jóvenes embarazadas que contestaron a una encuesta, refirieron no haber acudido a un COF, previamente a su gestación, por temor a que sus datos no fuesen confidenciales. Otras de las razones aducidas por las jóvenes para no acudir a un COF son que tenían miedo a

la exploración ginecológica (13%), tenían relaciones sexuales esporádicas y creían no necesitar anticoncepción (12%) e incluso un 7% consideraba que los COF no eran para jóvenes³¹.

Diagnóstico del Embarazo

Habitualmente el embarazo adolescente se suele realizar con retraso y ello parece obedecer a dos causas fundamentales:

1. Entre las propias jóvenes, un gran porcentaje de ellas no busca apoyo después de su primera falta menstrual, se niega a admitir la posibilidad de un embarazo por lo que retrasan, de forma significativa, el diagnóstico de su gestación. Esta actitud suele hacer imposible la realización de una IVE dentro de los plazos legales o bien, en el caso de continuar con el embarazo, retrasa el comienzo de la atención prenatal. Suele ser habitual que el diagnóstico se realice por encima de la semana 20 de gestación.
2. Entre los padres existe, con demasiada frecuencia, un curioso fenómeno que podríamos denominar “complicidad de los padres” que hace que, del riguroso control de la hija adolescente se pase a una actitud de ceguera incomprensible ante la sospecha de una gestación³¹.

Atención Prenatal

La práctica obstétrica nos ha enseñado que los resultados perinatales están íntimamente ligados al adecuado control prenatal y del parto y numerosos estudios epidemiológicos han demostrado que una gran parte de la morbi-mortalidad perinatal incide en aquellos grupos de población que presentan una situación patológica o prepatológica que se define como “de riesgo”. La detección precoz de estas situaciones de riesgo es posible si se realiza un control prenatal protocolizado y con unas exploraciones complementarias definidas a todas las embarazadas³².

Las gestantes adolescentes inician el control del embarazo más tarde que las embarazadas adultas, y el inicio es más tardío cuanto más joven sea la mujer.³².

En lo que si hay coincidencia es en que además del retraso en el inicio del control prenatal se da el fenómeno de que los controles posteriores no son seguidos con la periodicidad aconsejada, habiéndose identificado como factores causales de esta “negligencia” la actitud negativa de las jóvenes respecto a los médicos y la falta de percepción de la importancia de los cuidados prenatales.³².

Repercusiones del Embarazo Adolescente

Cuando el embarazo de la joven se descubre o se hace saber los adultos, habitualmente sus padres, toman partido de inmediato en la situación con actitudes, la mayoría de las veces, de acogimiento y comprensión si bien en algunas ocasiones la primera reacción es de violencia y rechazo. Según diferentes estudios hasta un 22% de las jóvenes embarazadas sufre algún tipo de violencia durante su proceso de embarazo, siendo, en la mayoría de las ocasiones, el agresor un miembro de la familia. Estos datos y observaciones han inducido a que algunas autoridades sanitarias realicen la recomendación de investigar, rutinariamente, la existencia de abusos sexuales, físicos y violencia doméstica³⁴.

Cuando la decisión que la joven y/o su entorno familiar adoptan es la de continuar con el embarazo, hay que tener presente que los riesgos o complicaciones de carácter obstétrico y médico son pequeños comparados con los problemas sociales y económicos que, además, pueden tener efectos, a largo plazo, sobre la salud de la adolescente³⁴.

Una vez tomada la decisión de continuar con el embarazo la joven tiene tres alternativas:

Maternidad en Soltería

Esta alternativa posibilita, más fácilmente que las otras, el desarrollo de las capacidades de la joven, habiéndose constatado que aquellas adolescentes que permanecen solteras llegan a alcanzar una mayor autosuficiencia económica y un mayor desarrollo sociocultural.³⁵

Matrimonio

Es obvio que la gran mayoría de los matrimonios son impuestos por los padres que, de esta manera, creen solucionar el problema dándole legitimidad social. La joven adolescente que no está preparada para ser madre tampoco lo está para ser esposa y, posiblemente, se va a casar con otro adolescente todavía inmaduro que tampoco lo está para ser padre y esposo. No resulta difícil aventurar que la situación no es la más adecuada para completar el desarrollo psicológico y personal de ambos y que el nuevo estado civil no va a hacer, sino agravar la situación que dio lugar al embarazo³⁵.

En el caso de las jóvenes que se embarazan, prácticamente todas, abandonan sus estudios para integrarse en el nuevo núcleo familiar hipotecando, de esta manera, su desarrollo y futuro³⁵.

Suele ocurrir, además, que los hijos de estos matrimonios alcanzan un desarrollo socioeconómico y personal menor que los de madres de mayor edad, propiciando una situación que se caracteriza por: (a) clase social baja, (b) absoluta dependencia económica y (c) falta de apoyo de las estructuras sociales.³⁵

2.5 Hipótesis

Existe relación entre los conocimientos sobre relaciones sexuales de riesgo y el uso de medidas preventivas (uso de anticonceptivos).

2.6 Señalamiento de Variables de la hipótesis

Las variables establecidas son:

2.6.1 Variable dependiente

Embarazos precoces

2.6.2 Variable independiente

Relaciones sexuales de riesgo

En las variables intervienen:

- Edad
- Escolaridad
- Ocupación
- Número de gesta
- Estado civil
- Uso de anticonceptivos
- Número de parejas sexuales
- Edad de inicio de la vida sexual

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Enfoque de la investigación

Esta investigación tuvo un enfoque cualitativo por cuanto se buscó datos relacionados al conocimiento de los adolescentes en cuanto a sexualidad y anticoncepción.

Además un enfoque cuantitativo debido a que se estableció la edad de los adolescentes participantes, la edad a la menarquia, la edad de su primera relación sexual, la edad de su primer embarazo.

3.2 Modalidad de la investigación

En el presente trabajo de investigación, se aplicó la modalidad de investigación de campo, por cuanto se obtuvo la información en el Hospital y en la comunidad donde habitan los adolescentes; y, pone énfasis en los resultados de la investigación cuantificándolos.

3.3 Tipo de Investigación

La presente investigación fue **de tipo descriptivo, transversal, de período** por cuanto se centró en comparar las relaciones de riesgo y su incidencia con embarazos precoces recolectando los datos entre Septiembre – Diciembre 2012.

Su objetivo fue conocer la relación que existe entre las relaciones sexuales de riesgo y la incidencia de embarazos precoces.

3.4 Población y muestra

Para el caso de estudio se estableció la siguiente población:

3.4.1 Población

La muestra se calculó en base a la población de Cunchibamba entre los 10- 19 años de edad que fue de 909, se utilizó una frecuencia esperada del 10% que corresponde al porcentaje de embarazos en adolescentes y el 5% de error. Estos datos se introdujeron en EPIINFO el mismo que dio una muestra de 120, al mismo que se le sumó un 20% por posibles errores dando como resultado una muestra de 144 adolescentes. Muestra que se utilizó tanto para los adolescentes del Subcentro de Salud de Cunchibamba como para los del Hospital Provincial Docente Ambato.

CRITERIOS DE INCLUSION

Se incluyeron en la investigación las pacientes que cumplen con los siguientes criterios:

- Adolescentes entre 10 -19 años
- Acudan al Subcentro de Salud de Cunchibamba y al Hospital Provincial Docente Ambato

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Personas que proporcionaron información incompleta

CRITERIOS ÉTICOS

- Confidencialidad
- Anonimato
- Acceso restringido a la información de las pacientes a personas extrañas a la investigación

3.5 Operacionalización de las variables

3.5.1 Operacionalización de la Variable Dependiente: Embarazos precoces

Tabla 2. Operacionalización de la Variable Independiente: Embarazos precoces

CONCEPTUALIZACIÓN	CATEGORIAS	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICOS	TÉCNICAS - INSTRUMENTOS
Embarazo precoz es el que ocurre dentro de los dos años posteriores a la menarquía y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar.	<p>Edad menarca</p> <p>Edad al embarazo</p> <p>Situación de dependencia familiar</p>	<p>Edad en años de la primera menstruación</p> <p>Edad al momento del embarazo</p> <p>Dependencia o autonomía</p>	<p>A qué edad tuvo su primera menstruación?</p> <p>A qué edad se quedó embarazada?</p> <p>Quién solventa sus gastos?</p>	<p>Encuesta /</p> <p>Cuestionario</p>

Elaborado por: Villamarín, Santiago

3.5.2 Operacionalización de la Variable Independiente: Relaciones sexuales de riesgo

Tabla 3. Operacionalización de la Variable Dependiente: Relaciones sexuales de riesgo

CONCEPTUALIZACIÓN	CATEGORÍAS	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICOS	TÉCNICAS - INSTRUMENTOS
Relaciones sexuales de riesgo: son las que se producen por conocimientos y o uso incorrecto de la anticoncepción o mitos & creencias de la edad, acceso inadecuado a los servicios de salud e inclusive por presión social	<p>Nivel de conocimientos, mitos y creencias sobre</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sexualidad - Derechos y Anticoncepción <p>Uso de anticonceptivos</p> <p>Influencia del entorno social</p>	<p>Conocimientos</p> <p>Tipos de anticonceptivos</p> <p>Acceso a los anticonceptivos</p> <p>Tipo de influencia</p>	<p>Qué conocimiento tienen acerca de la sexualidad y anticoncepción?</p> <p>Como y cuales anticonceptivos usa?</p> <p>Como o quien suministra anticonceptivos?</p> <p>¿Quiénes influyen en el inicio de las prácticas sexuales?</p>	Encuestas y cuestionarios

Elaborado por: Villamarín, Santiago

3.6 Técnicas e Instrumentos

Encuesta: El cuestionario incluyó 45 preguntas, abiertas, de opción múltiple y cerrada, el mismo que sirvió para la obtención de información acerca de los conocimientos sobre relaciones sexuales de riesgo. (Anexo 1)

3.7. Plan de recolección de información

Previa autorización del personal del Centro de Salud de Cunchibamba y del Hospital provincial Docente Ambato se realizó encuestas a los adolescentes que allí acudían a partir de lo cual se obtuvo información sobre los siguientes aspectos:

- Edad
- Ocupación
- Sexo

Luego, cada paciente completó la encuesta que indaga sobre los conocimientos acerca de las relaciones sexuales de riesgo, embarazo, anticoncepción, planificación familiar entre otros (Anexo 1)

3.8 Técnica de recolección de datos

La información se obtuvo a través de encuestas que se aplicaron a los adolescentes que acudieron al Subcentro de Salud de Cunchibamba y al Hospital Provincial Docente Ambato a la consulta externa.

3.9 Plan de procesamiento de la información

Para el procesamiento de la información, se procedió de la siguiente forma:

- Se creó una base de datos en EXCEL con la información obtenida.
- Se introdujo la base de datos al Programa EPIINFO, se corrigió errores, se decodificaron algunas variables para posteriormente

obtener datos estadísticos descriptivos y se realizaron pruebas de significación apropiadas al tipo de variable.

- Además, permitió la elaboración de tablas o gráficos de cada una de las variables incluidas en la investigación obteniendo cuadros estadísticos descriptivos para las variables cualitativas y cuantitativas
- Con todo esto se pudo realizar la exposición, análisis y discusión de la información obtenida.

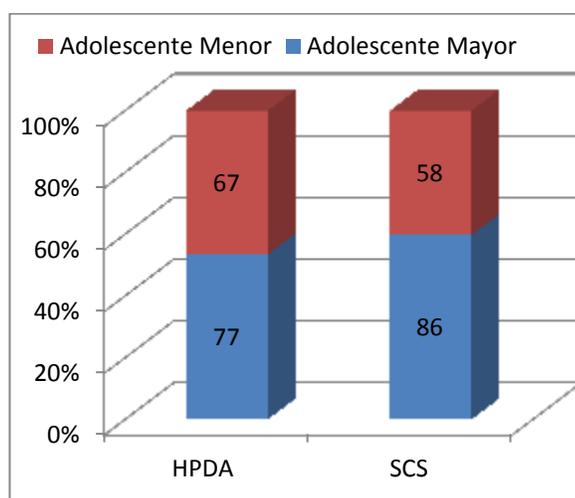
CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Características de la Población de Estudio

4.1.1 Edad

Gráfico 3. Grupos de edad



Elaborado por: VILLAMARÍN, Santiago

Fuente: SCS Cunchibamba, HPDA

*HPDA: Hospital Provincial Docente Ambato

*SCS: Subcentro de salud

La edad de los participantes en la investigación varió entre los 10 y los 19 años, con una media de 14.1 años y DS de 2.22 según grupos de edad, se encontró una distribución similar entre los dos sectores estudiados.

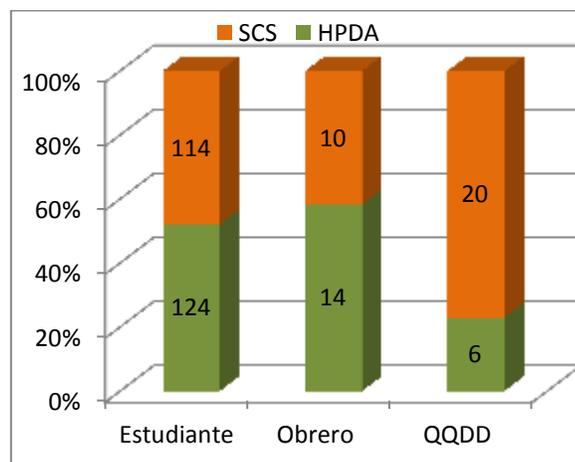
No hay mayor diferencia entre la cantidad de adolescentes mayores y menores (Gráfico 3) que acuden a los servicios de salud tanto rurales como

urbanos lo que dará una muestra fiable para realizar el estudio, $p=0,5219676$.

En un trabajo de investigación publicado en la Gaceta Médica Espirituana 2008 acerca de Adolescencia e inicio precoz de las relaciones sexuales se estudiaron a adolescentes de 8vo y 12vo cursos el mismo concluyo que el grupo etario que predominó entre los encuestados fue el de 17 a 19 años y el sexo fue el femenino³⁶ a diferencia de nuestra investigación donde el grupo etario (grafico 3) no presenta predominio y el género (grafico 5) el predominante fue el género masculino.

4.1.2 Ocupación

Gráfico 4. Ocupación



Elaborado por: VILLAMARÍN, Santiago
Fuente: SCS Cunchibamba, HPDA

*HPDA: Hospital Provincial Docente Ambato
*SCS: Subcentro de salud

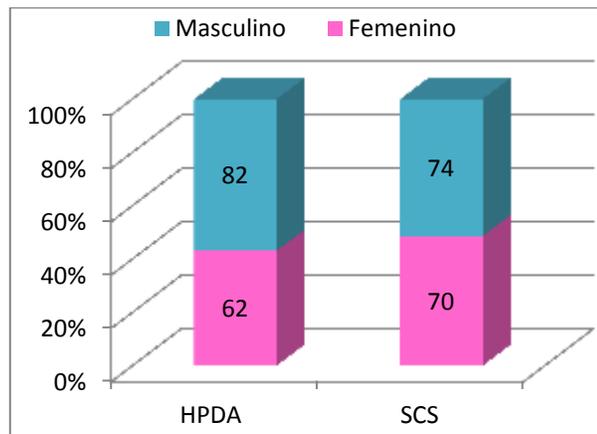
La mayoría de jóvenes que acuden a los servicios de salud, tanto urbanos como rurales, son estudiantes mientras que los que tienen alguna ocupación, sea porque no les permiten salir del trabajo o por el horario del mismo, no pueden acceder a los servicios de salud por cuanto los horarios de consulta externa y sobre todo a la toma de turnos que se realiza muy temprano en la mañana. Gráfico 4.

Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el acceso a los servicios de salud según la ocupación de los adolescentes estudiados, $p=0,1614774$.

Según el último Censo de Vivienda y Población realizado en noviembre del 2001 los adolescentes trabajan dentro y fuera del hogar, en las más diversas actividades: vendedores/as ambulantes (43%); lustrabotas (14%); servicios varios en locales (9%); voceadores de periódico (6%); servicio doméstico (5%); en talleres (3%). Hay un 20 % de chicos que busca hacer algo ocasional, pero prefieren vagabundear⁴², lo que no concuerda con la población de nuestro estudio en la que la mayoría son estudiantes y un pequeño grupo trabaja.

4.1.3 Género

Gráfico 5. Género



Elaborado por: VILLAMARÍN, Santiago
Fuente: SCS Cunchibamba, HPDA

*HPDA: Hospital Provincial Docente Ambato
*SCS: Subcentro de salud

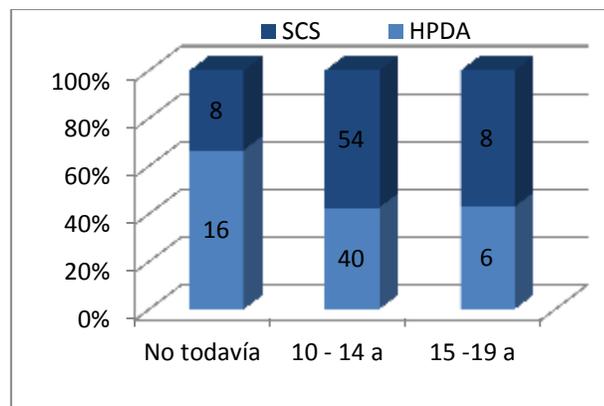
En cuanto al sexo, se observó un leve predominio masculino en la presencia de género en nuestra muestra a diferencia del estudio previamente analizado en el que existe un predominio femenino. No se identificaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al género entre los dos grupos investigados $p=0,4077626$. (Gráfico 5).

Lo que concuerda con lo observado en el estudio Características de los niños, niñas y adolescentes atendidos en el programa de intervención breve de 2011 el que reporta que son atendidos adolescentes masculinos desde los 14 años en un 53% frente a un 47% de adolescentes femeninas⁴³.

4.2 SEXUALIDAD

4.2.1 Edad de Menarquia

Gráfico 6 Menarquia



Elaborado por: VILLAMARÍN, Santiago
Fuente: SCS Cunchibamba, HPDA

*HPDA: Hospital Provincial Docente Ambato
*SCS: Subcentro de salud

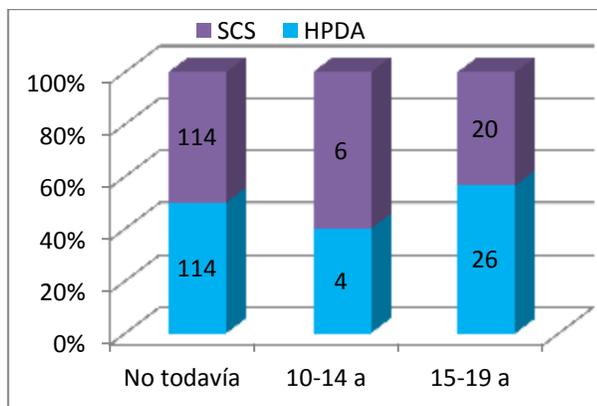
La menarquia en la población estudiada es más frecuente entre los 12 a los 14 años y en la zona rural la menarquia se da más tempranamente (10 años) mientras que en las zona urbana es por lo general a los 12 años esto puede deberse a los hábitos alimenticios y a las diferentes actividades que se realizan en cada zona (Gráfico 6).

Según el estudio realizado en las adolescentes indígenas de Ites Shiry Cacha en Riobamba en 2011 por VELASQUEZ, Celina, la menarquia se dio entre los 12 a 14 años³⁷ mientras que en la investigación de HERNÁNDEZ, Isabel realizado en el sector urbano en Santiago de Chile en 2006 encontraron que la menarquia se dio de 12 a 13 años aproximadamente³⁸.

En este estudio no se encontró diferencias estadísticamente significativas entre la edad de la menarca según el lugar de procedencia de los adolescentes, $p=0,7885357$.

4.2.2 Edad Inicio de la vida sexual

Gráfico 7. Primera relación sexual



Elaborado por: VILLAMARÍN, Santiago
Fuente: SCS Cunchibamba, HPDA

*HPDA: Hospital Provincial Docente Ambato
*SCS: Subcentro de salud

Como se observa en el gráfico 7 al momento de la investigación la mayoría de jóvenes indicaron que no han iniciado aun su vida sexual; tanto en la zona urbana como en la rural la edad en que con mayor frecuencia contestaron haber iniciado vida sexual fue entre los 15- 19 años, sin que se identifiquen diferencias estadísticamente significativas en este aspecto entre los dos grupos de estudio, $p=0,5487292$.

La edad de inicio de la vida sexual de los adolescentes estudiados, al parecer es más tardía que la reportada en el estudio Situación de Salud de los adolescentes. Ecuador 2008, se reportó que el 8.0 por ciento de mujeres de 15 a 24 años ha tenido relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años, y esta cifra se va acumulando a 30.0 por ciento antes de los 18 años y llega a 46.2 por ciento antes de cumplir 25 años. En general, la proporción es más alta en la Amazonía. La población indígena muestra una menor proporción de iniciar las relaciones sexuales a edades más tempranas que los otros

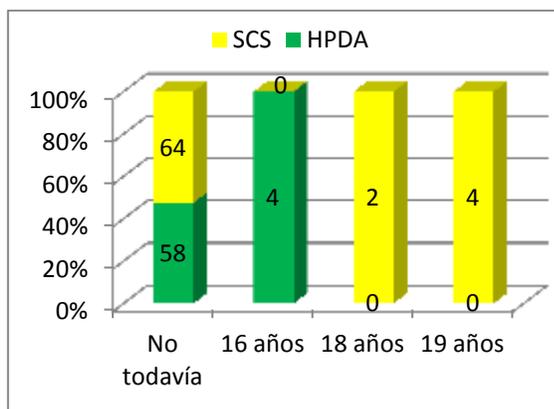
grupos étnicos. La edad a la primera relación sexual decrece a medida que aumentan los años de educación; es importante destacar que cuando es más bajo el nivel económico, las mujeres inician sus relaciones sexuales a más temprana edad³⁹.

La edad mediana indica que la mitad de las mujeres entrevistadas de 15 a 24 años, tuvo la primera relación antes de esa edad y la otra mitad después de esa edad. Para el área rural la edad mediana es menor que la urbana con casi un año de diferencia (18.7 años contra 19.3 años, respectivamente)³⁹.

En la publicación de la gaceta espirituana se concluye que la frecuencia de inicio de relaciones sexuales antes de los 14 años es muy superior en el grupo etario entre 12 y 14 años, mientras que en nuestro estudio la mayor frecuencia de inicio de la vida sexual es entre los 15 a 19 años³⁶.

4.2.3 Edad de Embarazo

Gráfico 8. Edad al embarazo



Elaborado por: VILLAMARÍN, Santiago
Fuente: SCS Cunchibamba, HPDA

*HPDA: Hospital Provincial Docente Ambato
*SCS: Subcentro de salud

Un hallazgo importante fue que 10 adolescentes han tenido algún embarazo, de ellos el 60% ocurrió entre los adolescentes del sector rural. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas entre los dos grupos, pues $p = 0,0047619$ calculado mediante el Test de Fisher.

Esto indica que en la zona urbana los embarazos en adolescentes son menos frecuentes pero ocurren a edad más temprana, mientras que en la zona rural los embarazos son más frecuentes pero en edades más avanzadas. Esto puede ser porque los jóvenes en la zona urbana empiezan a experimentar su sexualidad más tempranamente pero por la mayor difusión de información sobre sexualidad tanto en las instituciones educativas como en los servicios de salud estos van reduciéndose conforme avanza la edad. (Gráfico 8).

En la actualidad uno de los principales problemas que afecta a las y los jóvenes que comienzan su actividad sexual temprana, es el embarazo no planificado o no deseado, y las consecuencias de este, afectan tanto su salud como a su entorno familiar. Entre las causas para que estos embarazos ocurran se pueden mencionar: falta de educación sexual o información no oportuna, inicio precoz de la actividad sexual, causas familiares, factores socioculturales como recursos económicos bajos, baja escolaridad, falta de madurez, falta de compromiso con sus responsabilidades, falta de conocimiento y no uso de métodos anticonceptivos.

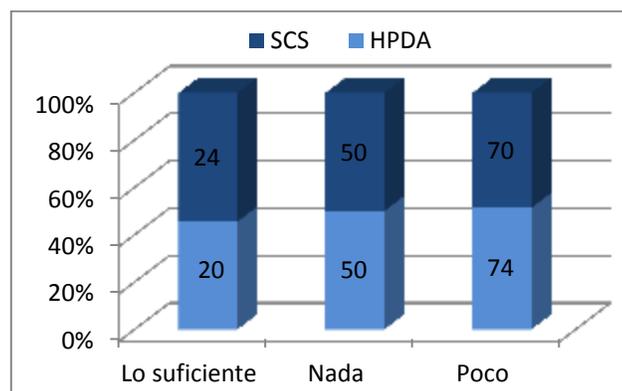
Según los datos el 38.9 por ciento de todas las mujeres de 15 a 24 años de edad ha tenido al menos un embarazo. Esta proporción está constituida por el 22.0 por ciento que se clasifica el primer embarazo como marital y el 16.9 por ciento como premarital. La proporción de mujeres alguna vez embarazada es más alta en el área rural, principalmente en la Costa (50.2%). Los diferenciales entre las provincias varían indistintamente, en las de la Sierra se destaca Imbabura (46.8%) y entre las de la Costa, Los Ríos (50.8%). Según tipo de embarazo, el comportamiento no es homogéneo, pues mientras en algunas provincias prevalece el embarazo marital en otras es mayor el embarazo premarital. En la misma provincia de Los Ríos, el embarazo marital es 40.5 por ciento y el premarital 10.2 por ciento³⁹.

La proporción de mujeres de 15 a 24 años de edad con al menos un embarazo varía del 20.2 por ciento en las de 15 a 19 años al 61.5 por ciento entre las de 20 a 24 años. Según la edad actual simple, el comportamiento es como se espera, el valor se incrementa del 5.9 por ciento en mujeres de 15 años, al 39.7 por ciento en las de 19 años, y alcanza el 73.9 por ciento en las de 24 años de edad. La mayor parte de mujeres casadas o unidas y las mujeres alguna vez unidas ya ha experimentado un embarazo (93.0% y 91.8%, en ese orden) y aún las mujeres solteras declaran haber estado alguna vez embarazada el 8.4 por ciento³⁹.

4.3 Conocimientos y Mitos sobre Sexualidad

4.3.1 Derechos Sexuales

Gráfico 9. Conocimientos derechos sexuales



Elaborado por: VILLAMARÍN, Santiago
Fuente: SCS Cunchibamba, HPDA

*HPDA: Hospital Provincial Docente Ambato
*SCS: Subcentro de salud

Según la percepción de los investigados, solamente el 15,3% de los dijeron poseer conocimiento suficientes sobre derecho sexuales y reproductivos, el resto dijo saber poco o nada Gráfico 9.

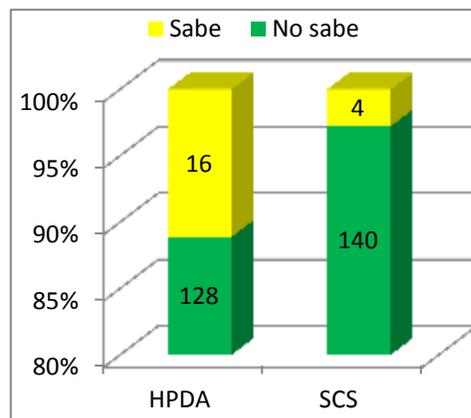
Esto explica que al solicitarles definan los que entienden por derechos sexuales, la mayoría de los jóvenes no supo hacerlo, lo que no sorprende, pues es muy difícil incluso para personas preparadas.

Aunque los adolescentes del SCS de Cunchibamba presentan mayor porcentaje de desconocimiento que los del HPDA (Gráfico 10), aunque estos últimos señalaron que poseen suficientes conocimientos sobre sus derechos sexuales y reproductivos (grafico 9), las diferencias entre los dos grupos no fueron estadísticamente significativas $p=0,005410$.

En la autoevaluación sobre el conocimiento tampoco se identificaron diferencias estadísticamente significativas $p=0,6231747$.

Según el trabajo de investigación de González, A. en 2010 La primera idea que viene a la mente de los adolescentes cuando se habla de sexualidad es: relaciones sexuales entre hombre y mujer (61.63%), es una relación directa al sentido de la reproducción o una aceptación del placer sexual compartido entre hombre y mujer⁴⁴.

Gráfico 10. Definición derechos sexuales



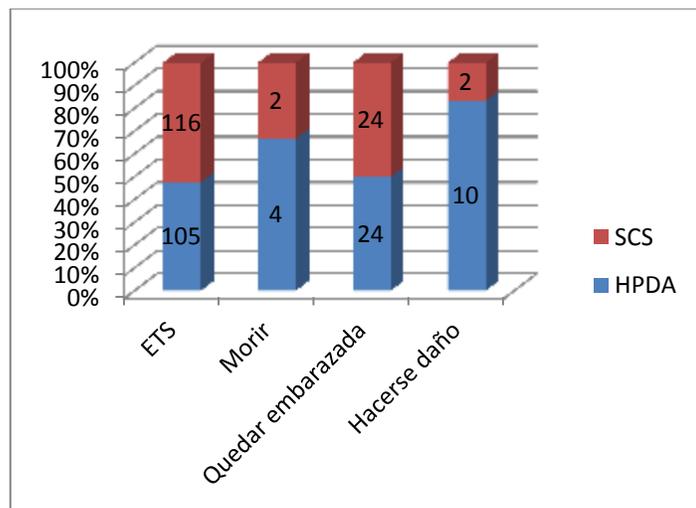
Elaborado por: VILLAMARÍN, Santiago
Fuente: SCS Cunchibamba, HPDA

*HPDA: Hospital Provincial Docente Ambato
*SCS: Subcentro de salud

Como es de esperarse al momento de pedir que definan lo que son los derechos sexuales, muy pocos pueden definirlos apropiadamente, lo que demuestra que en las instituciones educativas y de salud no se está haciendo énfasis en la enseñanza. (Gráfico 10) y estos al no conocer los derechos no saben al riesgo al que están sometidos.

4.3.2 Riesgos de las Relaciones Sexuales

Gráfico 11. Definición relaciones sexuales de riesgo



Elaborado por: VILLAMARÍN, Santiago

Fuente: SCS Cunchibamba, HPDA

*HPDA: Hospital Provincial Docente Ambato

*SCS: Subcentro de salud

Según se observa en el Gráfico 11, los adolescentes señalaron como el principal riesgo de las relaciones sexuales la posibilidad de contraer infecciones de transmisión sexual y presentar un embarazo, asunto que fue indicado por el 76,7% y el 16,7%, respectivamente. Las cifras relativas al embarazo podrían explicar el desconocimiento y favorecería los embarazos a estas edades, además de que les falta mayor conocimiento para poder definir lo que es una relación sexual de riesgo. Se identificó que estas respuestas tuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los adolescentes del HPDA y los del SCS de Cunchibamba, $p=0.0429967$.

4.3.3 Riesgos por tipo de Relación Sexual

Tabla 4. Tipo de relaciones sexuales de riesgo

Variable	Lugar	HPDA		SCS		TOTAL	
		N.	%	N.	%	N.	%
Sin AC		46	31,9	46	31,9	92	31,9
Muy jóvenes		12	8,3	24	16,7	36	12,5
Mismo sexo		4	2,8	6	4,2	10	3,5
Con trabajadoras sexuales		42	29,2	20	13,9	62	21,5
Desconocidos		14	9,7	24	16,7	38	13,2
No sé que son		26	18,1	24	16,7	50	27,8
Total		144		144		288	

Elaborado por: VILLAMARÍN, Santiago

Fuente: SCS Cunchibamba, HPDA

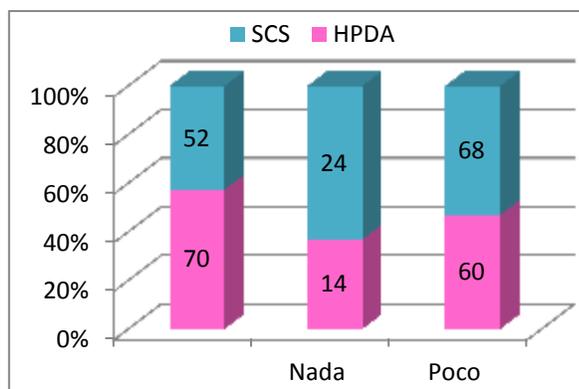
*HPDA: Hospital Provincial Docente Ambato

*SCS: Subcentro de salud

Existe un criterio muy variado entre los jóvenes de cómo ven las relaciones sexuales de riesgo, (Tabla 4). En los dos grupos, más de tres de cada 10 adolescentes señalaron que las relaciones sin AC implican riesgo, lo cual no es coherente con la respuesta anterior, pues allí indicaron que la ETS son su principal temor. Por otra parte, es alarmante el alto número de jóvenes que ni siquiera sabe que son las relaciones sexuales de riesgo, revela la poca información que reciben acerca del tema en el lugar donde se desenvuelven o se desarrollan.

4.3.4 Auto percepción de Conocimientos

Gráfico 12. Conocimientos sobre sexualidad



Elaborado por: VILLAMARÍN, Santiago

Fuente: SCS Cunchibamba, HPDA

*HPDA: Hospital Provincial Docente Ambato

*SCS: Subcentro de salud

A pesar que los jóvenes aseguren que saben lo suficiente sobre sexualidad no encontramos una herramienta verdaderamente eficaz para evaluar que tanto conocen los jóvenes sobre sexualidad. (Gráfico 12). Las diferencias entre los adolescentes del HPDA y del SCS en cuanto a la auto percepción de sus conocimientos fue estadísticamente significativas, $p= 0,03183$.

4.3.5 Aprendizaje sobre sexualidad

Tabla 5. Aprendizaje sobre sexualidad

Variable	Lugar	HPDA		SCS		TOTAL	
		N.	%	N.	%	N.	%
Amigos		16	11,1	22	15,3	38	13,2
Instituciones Educativas		90	62,5	62	43,1	152	52,8
Internet		8	5,6	4	2,8	12	4,2
Padres		14	9,7	22	15,3	36	12,5
Instituciones de salud		16	11,1	28	19,4	44	15,3
Televisión		0	0	6	4,2	6	2,1
Total		144		144		288	

Elaborado por: VILLAMARÍN, Santiago

Fuente: SCS Cunchibamba, HPDA

*HPDA: Hospital Provincial Docente Ambato

*SCS: Subcentro de salud

Como se observa en la tabla 5 los dos grupos investigados indican que en las instituciones educativas han aprendido sobre sexualidad, luego en las

instituciones de salud. Esto muestra que a la fecha, el rol de éstas es limitado, pues solamente el 15,3% indicaron que adquirieron información en los mismos. Aparentemente más jóvenes de la zona urbana aprenden sobre sexualidad en las instituciones educativas que los de la zona rural.(62,5% vs 43,1% respectivamente)

La información descrita es similar a la encontrada por Pérez, F. en el estudio de Adolescencia e inicio precoz de las relaciones sexuales se estudiaron a adolescentes de 8vo y 12vo cursos La vía fundamental de adquirir conocimientos los adolescentes acerca de sexualidad es a través de sus amigos, quedando el médico de la familia en el último lugar³⁶.

En cuanto al rol de los padres de familia como fuente de aprendizaje sobre el tema es de apenas el 12.5%, con un ligero predominio entre los adolescentes del sector rural (tabla 5). Se debería fomentar a que los padres no se desentienden completamente del tema dejando este delicado tema en manos de personas quizá mal capacitadas la enseñanza como es el caso de los amigos y del internet en donde no se establece el tipo de información que están consultando los adolescentes.

Tabla 6. Afinidad de personas para hablar de sexualidad

Variable	Lugar	HPDA		SCS		TOTAL	
		N.	%	N.	%	N.	%
Instructor		14	9,7	14	9,7	28	9,7
Profesor		10	6,9	16	11,1	26	9
De la misma edad		42	29,2	34	23,6	76	26,4
Del mismo sexo		8	5,6	12	8,3	20	6,9
Profesional salud		70	48,6	64	44,4	134	46,5
Famoso		0	0	4	2,7	4	1,4
Total		144		144		288	

Elaborado por: VILLAMARÍN, Santiago

Fuente: SCS Cunchibamba, HPDA

*HPDA: Hospital Provincial Docente Ambato

*SCS: Subcentro de salud

Al indagar sobre las preferencias para abordar los temas de sexualidad se observa que todos consideran en primer lugar a los profesionales de salud y

luego a las personas de su misma edad (Tabla 6). (46,5% y 26,4 % respectivamente).

A pesar de ello como se expuso en la tabla 5 el rol de los servicios de salud y por tanto de los profesionales que en ellos trabajan, es limitado, pues solo el 15,3% indicaron que en la Unidades de salud habían aprendido sobre sexualidad. Por lo indicado y acogiendo las preferencias de los adolescentes investigados, se debe capacitar de mejor manera al personal de salud para llegar de mejor manera a los jóvenes y que capten el mensaje que se les quiere difundir, al tener mayor confianza con el personal de salud, estos mismo podrían enseñar de manera correcta todo referente al tema y los jóvenes podrían preguntar sin miedo a ser recriminados o a ser juzgados.

Según Gonzales, A., refiere los jóvenes obtienen información sobre sexualidad tanto en el colegio (29,8%), con amigos o pares (22,9%), y en último lugar la familia (22,6%)⁴⁴.

Tabla 7. Temas sobre sexualidad

Variable	Lugar		HPDA		SCS		TOTAL	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Aborto	28	19,4	18	12,5	46	16		
Embarazo	24	16,7	32	22,2	56	19,4		
ETS	58	40,3	38	26,4	96	33,3		
Métodos AC	6	4,2	2	1,4	8	2,8		
Todos	28	19,4	46	31,9	74	25,7		
Lactancia	0	0	8	5,6	8	2,8		
Total	144		144		288			

Elaborado por: VILLAMARÍN, Santiago

Fuente: SCS Cunchibamba, HPDA

*HPDA: Hospital Provincial Docente Ambato

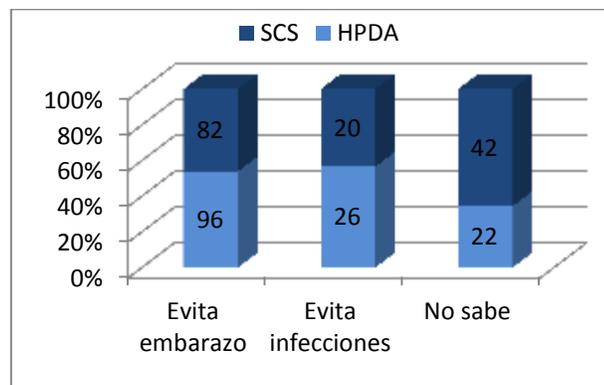
*SCS: Subcentro de salud

En cuanto a los temas de interés, las ETS ocuparon el primer lugar, seguidas por el embarazo. Esto se explica por el hecho de que los principales riesgos identificados en las relaciones sexuales precisamente se relacionan con estos dos aspectos. Sin embargo, hay una enorme contradicción por cuanto lo relacionado la anticoncepción y lactancia tiene porcentajes pequeños entre los dos grupos (4,2% en el HPDA y 1,4% en el SCS) esto demuestra que se da poca importancia al conocimiento y mecanismos de prevención del

embarazo, y debe ser trabajado activamente en los dos grupos de estudio por cuanto ya se encontró embarazos y además hay un porcentaje de aproximadamente 79,2% que aún no manifestaron iniciar su vida sexual y están en el momento propicio para el trabajo de educación con orientación preventivas (tabla 7).

4.3.6 Conocimientos sobre Anticoncepción

Gráfico 13. Definición de Método Anticonceptivo



Elaborado por: VILLAMARÍN, Santiago
Fuente: SCS Cunchibamba, HPDA

*HPDA: Hospital Provincial Docente Ambato
*SCS: Subcentro de salud

El Gráfico 13 muestra que en la zona rural es mayor el número de adolescentes que no sabe que es un método anticonceptivo mientras que la gran mayoría piensa que solo evita embarazos lo que nos da a pensar que no saben que algunos como los condones, también sirven para prevenir infecciones y que estas infecciones pueden truncar sus sueños o posibilidades de superación.

Al comparar los conocimientos sobre anticoncepción según procedencia de los adolescentes investigados, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos, $p= 0,0111248$.

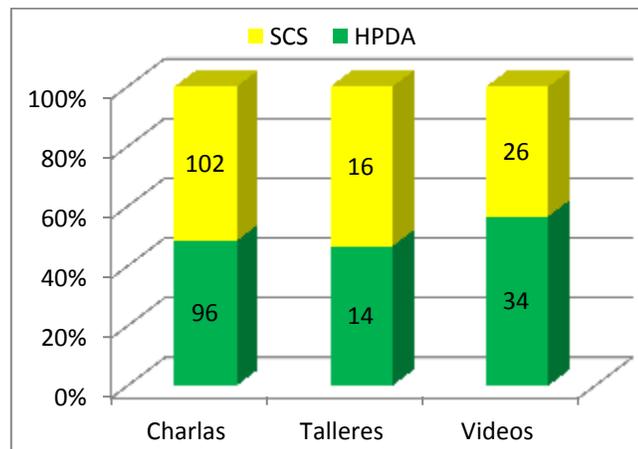
En la propuesta de e Implementación de Estrategias de Promoción de Salud para la Prevención del Embarazo en Adolescentes de 14 a 17 Años, la mayor

frecuencia de respuestas obtenidas (34,0%) en relación a la utilización de los métodos anticonceptivos fue el uso del condón, esto podría obedecer a que su uso gira alrededor del riesgo de contagio de las ETS y al VIH que pone en el imaginario juvenil el uso de los condones como única opción en caso de ser sexualmente activos. Las pastillas ocupan un segundo lugar en frecuencia (31,3%) y tiene en cambio una relación directa con la prevención del embarazo, ello plantea una concordancia que los métodos están vinculados a la relación de género⁴⁴.

Por otro lado los procesos informacionales mediáticos y la información obtenida de las instituciones han universalizado el uso del condón como forma de prevenir las ETS, VIH, y embarazo. Lo novedoso es el uso del condón vaginal que se encuentra también en el discurso juvenil, pese a que su frecuencia es pequeña (0,2%)⁴⁴.

4.3.7 Metodología para aprendizaje sobre sexualidad

Gráfico 14. Métodos para aprender sexualidad



Elaborado por: VILLAMARÍN, Santiago

Fuente: SCS Cunchibamba, HPDA

*HPDA: Hospital Provincial Docente Ambato
*SCS: Subcentro de salud

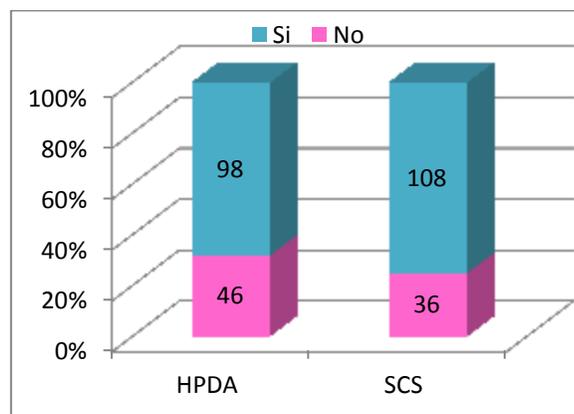
Como se observa en el gráfico 14 los adolescentes en un 68,7% investigados consideran que a base de charlas es como se debe realizar un programa para la enseñanza - aprendizaje sobre sexualidad pero se le podría combinar

con talleres, ya que en 'estos los jóvenes pueden interactuar y así eliminar los tabúes, vergüenza y recelo que existe de hablar acerca del tema, y así ellos tomaran conciencia de que su sexualidad les pertenece y son ellos los que deciden qué camino tomar.

Es claro que las charlas, a pesar de ser un método reconocido y aceptado por los adolescentes, no están permitiendo alcanzar los objetivos de los programas, pues las tasas de desconocimiento en los adolescentes de HPDA y del SCS de Cunchibamba son altas, tal como se lo mostró en el gráfico 9.

4.3.8 Mitos

Gráfico 15. Embarazo en primera relación sexual



Elaborado por: VILLAMARÍN, Santiago
Fuente: SCS Cunchibamba, HPDA

*HPDA: Hospital Provincial Docente Ambato
*SCS: Subcentro de salud

Como se observa en el gráfico 15 no existe la suficiente capacitación e información por parte instituciones educativas y de salud por lo que existe un importante número de jóvenes que todavía piensan que en la primera relación no puede existir embarazo y esto es aumenta la probabilidad de que se produzcan embarazos precoces y si esta creencia todavía está bien difundida cuantas otras serán consideradas verdades de manera errónea. Estas creencias son similares en los dos grupos estudiados, $p=0,2399$

Esta información es similar a lo que se reportó en el estudio realizado en Ecuador en el que se presentan las razones por las cuales la mujer creía que no podía salir embarazada cuando esto le ocurrió. Se puede ver que el 34.7 por ciento reportó por que “era su primera vez” a tener relaciones sexuales, seguido por “no tener relaciones frecuentes” (18.8%), “no estar en su período fértil” (16.1%), y “creía no tener la edad” para quedar embarazada (8.8%)³⁹.

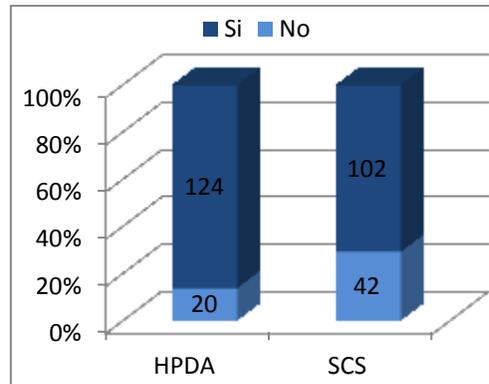
Datos no presentados indican que un 63.3 por ciento de mujeres de 15 a 24 años opina que si pueden quedar embarazadas en la primera relación sexual, sin embargo de estar conscientes de ello, una de las principales razones por las que ellas creían no salir embarazadas es que “era su primera vez”. Esta razón es más común entre mujeres cuyo primer embarazo ocurrió a menor edad, pues a medida que la edad aumenta esta proporción disminuye (del 41.8% al 23.5%). Esta creencia alcanza un 37.5 por ciento cuando el embarazo fue premarital, y es más acentuada en las mujeres indígenas (48.9%) que en las mestizas o blancas (34.9% y 37.2%, en ese orden). Las mujeres con menor nivel de instrucción (40.9%) y aún aquellas que recibieron información sobre el embarazo (35.9%), creían en mayor proporción que no quedarían embarazadas por ser la primera vez³⁹.

No pensaban quedar embarazadas por “no tener relaciones frecuentes” dijeron un 18.8 por ciento de las mujeres y esta razón no tiene mayor variación entre las características presentadas. Sin embargo, entre las mujeres que creían “no estar en su período fértil”, la relación es inversa según la edad a la que tuvieron su primer embarazo. Por ejemplo, las del grupo de 20 a 24 años es mayor (24.7%) que las que lo tuvieron cuando eran menores de 15 años (3.8%). Esto ocurre también en las mujeres con instrucción superior, aun cuando habían recibido alguna información sobre la menstruación y sobre el embarazo³⁹.

También es importante mencionar que el porcentaje que creyó que no quedaría embarazada porque “su pareja le dijo que no quedaría embarazada”, es mayor en el área rural (11.6%), en la población indígena

(12.6%) y cuando el nivel de instrucción es menor (9.9%). La probabilidad de responder que “no tenía la edad” es mayor entre mujeres que quedaron embarazadas antes de cumplir los 15 años (17.5%) y entre mujeres con menor educación (13.8%)³⁹.

Gráfico 16. Promiscuidad produce más embarazos



Elaborado por: VILLAMARÍN, Santiago

Fuente: SCS Cunchibamba, HPDA

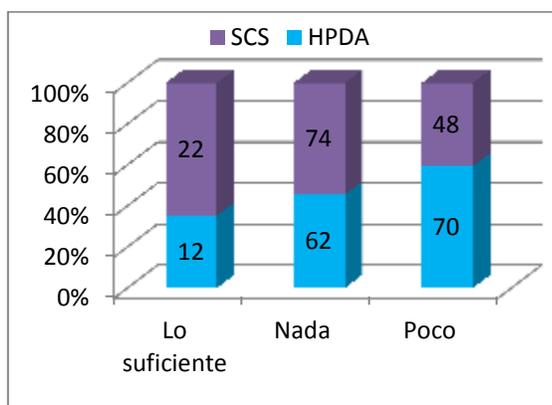
*HPDA: Hospital Provincial Docente Ambato

*SCS: Subcentro de salud

A pesar que la mayoría de los jóvenes sabe que en la primera relación sexual puede existir embarazo, se ve que en la zona rural están más difundidas las creencias erróneas, como es el caso de que solo la promiscuidad favorece el embarazo. Gráfico 18. Estas concepciones sobre su propia sexualidad los predisponen a cometer errores que pueden afectar su futuro. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de adolescentes en cuanto a la percepción de los riesgos de embarazo, $p= 0,0026066$ (gráfico 16).

4.4 Información y Capacitación Sobre Sexualidad Y Anticoncepción

Gráfico 17. Información sobre anticoncepción recibida



Elaborado por: VILLAMARÍN, Santiago
Fuente: SCS Cunchibamba, HPDA

*HPDA: Hospital Provincial Docente Ambato
*SCS: Subcentro de salud

Se observa que en la zona rural existe una amplia desinformación o falta de promoción acerca de anticoncepción, pues el 91,7% señalaron que disponen de poca o ninguna información sobre el tema. Sin embargo no se estableció diferencias estadísticamente significativas al compararlos con el sector urbano $p=0.100$ (grafico 17).

En la tabla 8, se observa que tanto los adolescentes urbanos como los del sector rural, refieren tener mayor preferencia para hablar de temas de sexualidad con sus padres. Resulta preocupante que entre los adolescentes del HPDA exista un 11.1% de adolescentes que indicaron que no reciben información de ninguna persona, el mismo que es el doble de lo indicado por los adolescentes de Cunchibamba.

Tabla 8. Preferencia al hablar sobre sexualidad

Lugar Variable	HPDA		SCS		TOTAL	
	N.	%	N.	%	N.	%
Amigos	34	23,6	28	19,4	62	21,5
Maestro	34	23,6	26	18,1	60	20,8
Ninguno	16	11,1	8	5,6	24	8,3
Padres	42	29,2	68	47,2	110	38,2
Pareja	18	12,5	14	9,7	32	11,1
Total	144		144		288	

Elaborado por: VILLAMARÍN, Santiago
Fuente: SCS Cunchibamba, HPDA

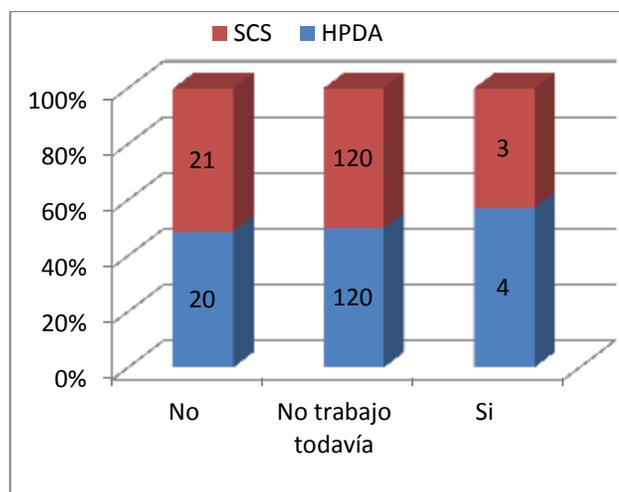
*HPDA: Hospital Provincial Docente Ambato
*SCS: Subcentro de salud

Comparativamente, el porcentaje de adolescentes que habla con sus padres sobre sexualidad es superior al de los del sector rural, con diferencias estadísticamente significativas, $p= 0,0068087$ con estos últimos (Tabla 8).

Durante la adolescencia es frecuente que la comunicación con las personas mayores de la familia se torne difícil, que sea poco clara o no se haga de la mejor manera. Estos tropiezos en la comunicación se comprenderán mejor si no olvidamos que ser adolescente implica estar en un proceso de cambio permanente que no sólo hace que sus intereses varíen continuamente, sino que cada vez tengan más cosas nuevas en que pensar.

En esos años de vida es común que las y los jóvenes sientan mayor interés por convivir y compartir con sus amigas y amigos, y menor interés con las personas adultas, en especial con sus padres⁴⁰.

Gráfico 18. Información brindada en el trabajo



Elaborado por: VILLAMARÍN, Santiago
Fuente: SCS Cunchibamba, HPDA

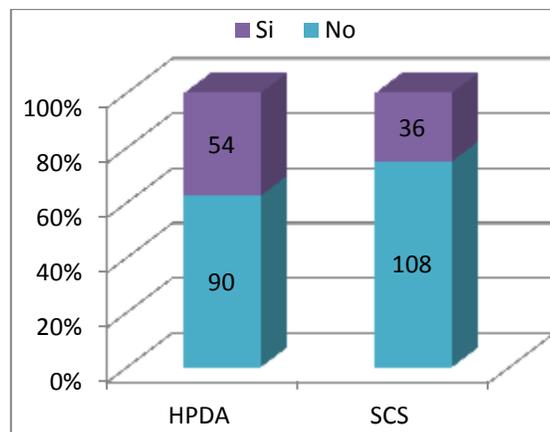
*HPDA: Hospital Provincial Docente Ambato
*SCS: Subcentro de salud

Como se observa en el gráfico 18 entre los investigados se encontró que trabajan 48 adolescentes, de los cuales existe un igual número en el sector urbano y rural, Des los que trabajan en ambos sectores se estableció que la mayoría no reciben información sobre sexualidad en los sitios de trabajo, por

lo mismo no existieron diferencias estadísticamente significativas entre ellos > p=1,0 según el test de Fisher, esta situación aumenta el riesgo de estos jóvenes de tener embarazos tempranamente pues desconocen lo que es la sexualidad y muchísimo menos de lo que son los métodos anticonceptivos. Según González A., refiere los jóvenes obtienen información sobre métodos anticonceptivos en el colegio (29,8%), y la familia (22,6%)⁴⁴, esta publicación coincide con nuestra información de nuestra población de estudio no reciban información en los sitios de trabajo.

4.4.1 Espacios para Expresión de Inquietudes sobre Sexualidad

Gráfico 19. Espacio en clases para sexualidad



Elaborado por: VILLAMARÍN, Santiago
Fuente: SCS Cunchibamba, HPDA

*HPDA: Hospital Provincial Docente Ambato
*SCS: Subcentro de salud

Independientemente de su condición laboral, la mayoría de los adolescentes consideran que en los centros educacionales no disponen de espacios para hablar sobre temas de sexualidad. Comparativamente, los adolescentes urbanos presentan una probabilidad de 1,80 veces mayor que los rurales de disponer de espacios para hablar de sexualidad. IC:(1.05 - 3.08) (gráfico19).

Se debe incentivar más a la enseñanza aprendizaje sobre sexualidad en las instituciones ya que pueden existir espacios para esto, pero si los jóvenes no asimilan lo que se les esta enseñando, no los estamos ayudando.

4.5 Métodos Anticonceptivos

4.5.1 Ventajas y Desventajas

Tabla 9. Ventajas libre distribución de AC

Variable	Lugar	HPDA		SCS		TOTAL	
		N.	%	N.	%	N.	%
Evitar contagio		76	52,7	62	43,1	138	47,9
Evitar embarazo		52	36,1	62	43,1	114	39,6
Tener relaciones con más personas		2	1,4	2	1,4	4	1,4
Tener relaciones sin temor		14	9,7	18	12,5	32	11,1
Total		144		144		288	

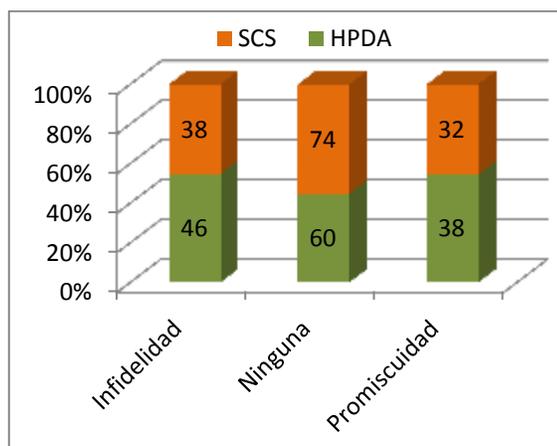
Elaborado por: VILLAMARÍN, Santiago

Fuente: SCS Cunchibamba, HPDA

*HPDA: Hospital Provincial Docente Ambato
*SCS: Subcentro de salud

Ambos grupos de estudio ven en la libre distribución de anticonceptivos como algo positivo debido a que la mayoría coincide en que les ayudaría a evitar embarazos y contagio de enfermedades, aun cuando este último concepto es equivocado, se observa que podría contribuir a una sexualidad responsable. Es muy bajo el porcentaje que piensa en las otras opciones puede ser quizá por falta de madurez o por poca información sobre el tema, lo que sería importante que se difunda entre los responsables del programa de educación en sexualidad que se desarrolla en estos momento en todo el país, pues como se observa en el grafico 22, aún persisten mitos y criterios equivocados. Tabla 9

Gráfico 20. Percepción riesgos sobre la libre distribución de AC

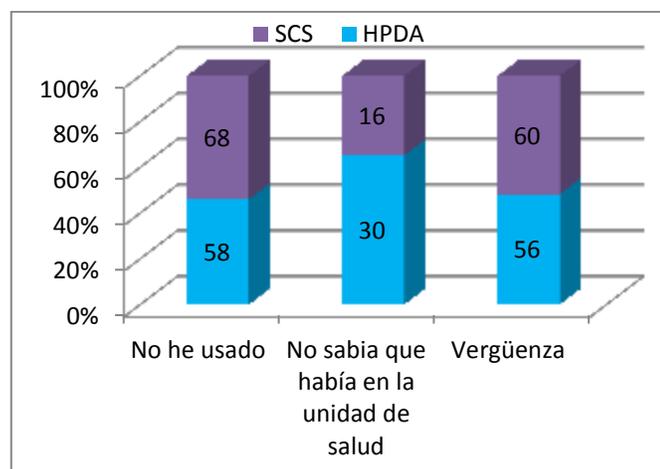


Elaborado por: VILLAMARÍN, Santiago
Fuente: SCS Cunchibamba, HPDA

*HPDA: Hospital Provincial Docente Ambato
*SCS: Subcentro de salud

Lo anterior demuestra que solo con un criterio bien formado, la distribución gratuita y sin limitaciones de un anticonceptivo permitirá lograr los objetivos del programa y con ello los beneficios sociales que se plantean en la estrategia ENIPLA. No se demostró diferencias estadísticamente significativas en las opiniones sobre este tema observadas en los adolescentes del sector urbano y del sector rural, $p=0,1245942$. Gráfico 20

Gráfico 21. Dificultades para adquirir anticonceptivos



Elaborado por: VILLAMARÍN, Santiago
Fuente: SCS Cunchibamba, HPDA

*HPDA: Hospital Provincial Docente Ambato
*SCS: Subcentro de salud

En el gráfico 21 se observa que las principales dificultades que refieren los adolescentes para acceder a métodos anticonceptivos son el desconocimiento de su disponibilidad en los servicios de salud y temores a ser estigmatizados (tienen vergüenza); esta última condición afecta al 40,3% de los investigados, sin diferencias estadísticamente significativas entre los dos adolescentes del HPDA y del SCS de Cunchibamba. $p= 0,0761038$

Sobre el tema, conviene a futuro realizar nuevas investigaciones que analicen las verdaderas limitaciones que existen en el acceso a los anticonceptivos, pues es claro que la mayoría de jóvenes no acuden a los mismos.

4.5.2 Anticonceptivos más utilizados

Tabla 10. Anticonceptivos más utilizados

Lugar Variable	HPDA		SCS		TOTAL	
	N.	%	N.	%	N.	%
Condón	30	20,8	26	18,1	56	19,4
Ninguno	112	77,8	108	75,0	220	76,4
Otros	2	1,4	10	6,9	12	4,2
TOTAL	144		144		288	

Elaborado por: VILLAMARÍN, Santiago

Fuente: SCS Cunchibamba, HPDA

*HPDA: Hospital Provincial Docente Ambato

*SCS: Subcentro de salud

Al indagar sobre el uso de métodos anticonceptivos, se encontró que el 76,4% de ellos no usan ningún método anticonceptivo. Los demás mostraron una preferencia por el uso de condones, que ocurre tanto en el HPDA, como en el SCS Cunchibamba con porcentajes muy cercanos (20,8% en el HPDA y 18% en el SCS Cunchibamba). Tabla 10

Esto confirma que una necesidad importante en la educación sobre sexualidad en los adolescentes del cantón Ambato es la orientación adecuada sobre sexualidad responsable y uso de métodos anticonceptivos, también es necesario superar los mitos que ellos presentan y que no difieren entre los adolescentes del HPDA y del SCS de Cunchibamba.

En el estudio de Adolescencia e inicio precoz de las relaciones sexuales se concluyó que los jóvenes conocen los métodos anticonceptivos, fundamentalmente el condón, dispositivos intrauterinos y tabletas³⁶.

A diferencia de nuestros adolescentes los cuales la gran mayoría ni siquiera sabe que es un método anticonceptivo.

En el estudio realizado en Ecuador el método anticonceptivo más usado en la primera relación sexual fue el condón (6.7%), seguido por el retiro (3.1%) y las pastillas (1.4%). Los otros métodos que se mencionan, en una proporción menor, son la inyección, el ritmo, y los métodos vaginales. El uso del condón en la primera relación sexual es mayor en el área urbana, principalmente en Quito (15.3%). En la Amazonía (13.2%) es mayor que en las demás regiones. El uso del condón se incrementa a medida que el nivel educativo, el nivel económico y la edad a la primera relación aumentan (Cuadro 14.13). Cabe resaltar la influencia de la instrucción superior, cuyo uso anticonceptivo se discrimina así: condón (9.9%), pastillas (1%), inyección anticonceptiva (4%), retiro (3%) y ritmo (5.6%). También se debe mencionar que el uso en el grupo indígena es insignificante³⁹.

4.5.3 Uso de Métodos Anticonceptivos

Tabla 11. Conocimientos sobre el uso de métodos AC

Variable \ Lugar	HPDA		SCS		TOTAL	
	N.	%	N.	%	N.	%
Condón	42	29,2	28	19,4	70	24,3
Ninguno	98	68,1	108	75	206	71,5
Pastillas	4	2,8	6	4,2	10	3,5
Inyecciones	0	0	2	1,4	2	0,7
Total	144		144		288	

Elaborado por: VILLAMARÍN, Santiago

Fuente: SCS Cunchibamba, HPDA

*HPDA: Hospital Provincial Docente Ambato

*SCS: Subcentro de salud

Como se observa en el gráfico 22 y tabla 11 existe un desconocimiento total acerca del uso de los anticonceptivos lo cual es preocupante ya que estos

jóvenes tarde o temprano empezaran su vida sexual y a pesar de tener herramientas para evitar embarazos no las van a poder utilizar únicamente por el desconocimiento de los mismos.

Tabla 12. Decisión sobre el uso de anticonceptivos

Variable	Lugar	HPDA		SCS		TOTAL	
		N.	%	N.	%	N.	%
El		2	1,4	0	0	2	0,7
Ella		6	4,2	0	0	6	2,1
Los dos		22	15,3	36	25	58	20,1
No hemos discutido		4	2,8	20	13,9	24	8,3
No usamos		4	2,8	4	2,8	8	2,8
Todavía no relaciones		106	73,6	84	58,3	190	66,0
Total		144		144		288	

Elaborado por: VILLAMARÍN, Santiago

Fuente: SCS Cunchibamba, HPDA

*HPDA: Hospital Provincial Docente Ambato

*SCS: Subcentro de salud

De los jóvenes que ya han iniciado su vida sexual se observa que la pareja decide su uso viendo que la zona rural los jóvenes discuten más que la zona urbana sobre el uso de anticonceptivos.

De la población estudiada 180 jóvenes no usan ningún método anticonceptivo y aun no inician su vida sexual, 22 no discuten ni usan métodos anticonceptivos pero ya han iniciado vida sexual, y 16 discuten en pareja el uso, cabe recalcar que el método más utilizado es el preservativo.

De las mujeres de 15 a 24 años sexualmente activas, el 77.4 por ciento reportó haber tenido relaciones sexuales en los últimos tres meses previos a la entrevista, lo cual se clasifica como “actividad sexual reciente”. El porcentaje es mayor en el área urbana (80.4%) y en la Costa (83.2%)⁴⁰.

Como se espera, el porcentaje de mujeres que tuvo relaciones en los últimos tres meses es mayor en mujeres actualmente casadas o unidas (91.5%), seguido por las solteras (47.6%) y las separadas, divorciadas o viudas (42.2%). Las mujeres cuya edad actual está entre 20 a 24 años reportaron mayor actividad que las menores de 20 años (78.8% contra 74.3%, respectivamente). No se observa mayor diferencia en el comportamiento sexual reciente según el nivel de instrucción o económico de las mujeres. A

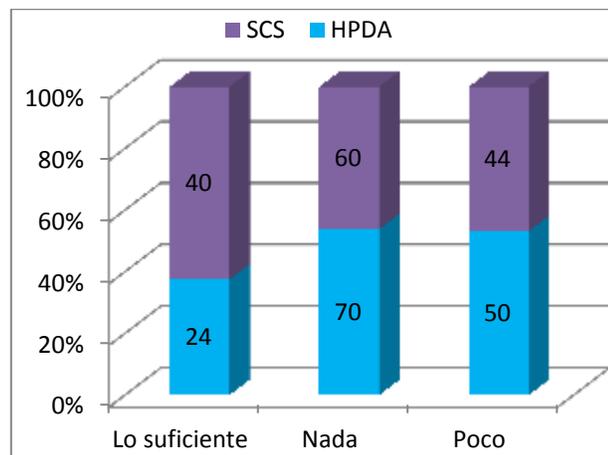
estas mismas mujeres se les preguntó sobre el uso del condón en su última relación sexual. Se observa que el 9.1 por ciento de ellas usó condón en su última relación sexual, cifra que es mayor en el área urbana (12.1%) que en la rural (4.5%). Se nota que el uso del condón es mayor en mujeres solteras (22.8%) y en las separadas, divorciadas o viudas (20.7%) que en las actualmente casadas/unidas (5.1%) y es más frecuente en mujeres con mayor nivel de educación o económico. La razón principal para usar condones en la última relación sexual fue para evitar el embarazo⁴⁰.

A las mujeres de 15 a 24 años, que respondieron no usar el condón en su última relación sexual, se les preguntó la razón para no hacerlo: el 41.7 por ciento manifestó “usar o haber usado otro método”; “nunca ha usado el condón” manifestó el 17.8 por ciento, más alto en el área rural (27.6%) y entre las solteras (24.5%); “a su pareja no le gusta” contestó el 9.5 por ciento, cuyo valor es más alto entre separadas, divorciadas y viudas. Con valores inferiores al 5 por ciento están razones con otros motivos⁴⁰.

4.6 Sexualidad

4.6.1. Visión de los jóvenes

Gráfico 22. Charla de sexualidad por padres



Elaborado por: VILLAMARÍN, Santiago

Fuente: SCS Cunchibamba, HPDA

*HPDA: Hospital Provincial Docente Ambato

*SCS: Subcentro de salud

En los dos grupos investigados se encontró que el 45,1% no tiene ninguna información sobre sexualidad, los porcentajes de cada grupo son semejantes, sin que existan diferencias estadísticamente significativas. Apenas uno de cada 5 adolescentes ha recibido información suficiente sobre sexualidad, lo que demuestra que es necesario reorientar los procesos de educación en Sexualidad que se realizan en la actualidad, pues en el sector urbano, (HPDA) existe menor información que en el rural, lo que se explicaría por la gran afluencia de pacientes que existe en el primero, toda vez que es una unidad de referencia de toda la provincia y el personal no dispone de tiempo para este importante trabajo.

Adicionalmente, es interesante ver que los padres de la zona rural hablen más con sus hijos de sexualidad que los padres de la zona urbana esto es otro factor de riesgo ya que los chicos buscan otras fuentes de información las mismas que en ocasiones son erradas y que los orienten mal y esto aumenta el riesgo de embarazos en esta población. Grafico 23. Se establecieron diferencias estadísticamente significativas entre los investigados respecto a la persona con quien obtiene información sobre sexualidad. $p=0.0334991$

La sexualidad adolescente genera bastante interés en los adultos y en los profesionales de salud que atienden o tratan con adolescentes; nadie negará que se trata de una experiencia que pone a prueba a todos los afectados por ello les ha tocado adaptarse al igual que los adolescentes a las nuevas situaciones y a nuevas costumbres, y por ende a la accesibilidad a información que en otros tiempos consideraban pecado o actitudes dudosas en este caso si él o la adolescente preguntaban acerca de sexualidad. Una gran parte de la población adolescente ha recibido orientación de sus padres, o por lo menos saben que es la sexualidad y las diferencias que hay entre hombres y mujeres⁴¹.

4.6.2 Inicio de las Relaciones Sexuales

Solamente 66 adolescentes (22,9%) han iniciado sus relaciones sexuales por decisión propia. Los demás lo han hecho por presión del entorno, principalmente por parte de los amigos y de sus parejas. Tabla 12

Tabla 13. Influencia para iniciar actividad sexual

Variable \ Lugar	HPDA		SCS		TOTAL	
	N.	%	N.	%	N.	%
Amigos	54	37,5	42	29,2	96	33,3
Familiares	10	6,9	10	6,9	20	6,9
Nadie	34	23,6	32	22,2	66	23
Novio	12	8,3	38	26,4	50	17,4
Profesores	12	8,3	8	5,6	20	6,9
Televisión	22	15,3	14	9,7	36	12,5
Total	144		144		288	

Elaborado por: VILLAMARÍN, Santiago

Fuente: SCS Cunchibamba, HPDA

*HPDA: Hospital Provincial Docente Ambato

*SCS: Subcentro de salud

Estos hallazgos permiten colegir que el inicio de las relaciones sexuales entre los adolescentes de Ambato se produce por decisión propia y si bien no se exploraron las razones que favorecieron la decisión, conviene a futuro ver si ocurren situaciones similares a las identificadas en el estudio de los factores psicosociales que influyen en la actividad sexual precoz de los adolescentes entre 14-18 años en el colegio Yahuarcocha en el periodo 2009-2010 concluye que en el Ecuador, dos de cada diez chicas que hacen el amor iniciaron sus experiencias entre los 12 y 14 años. Es difícil que los adolescentes tengan la confianza de decir o confesar que han tenido o están teniendo relaciones sexuales según nuestra investigación muestra que el 35% lo aceptaron y lo asumen diciendo porque lo hicieron, muchas de las respuestas revelan que lo hacen por amor como ellos mismos lo mencionan, o por curiosidad o por que se dejaron llevar por el momento, por falta de comprensión de los padres, etc., lo importante es que lo dicen sea por la razón que fuera, en cambio el 65% de los mismos niegan que han tenido una

relación sexual y al mismo tiempo se contradicen, entre la misma pareja de novios, o al preguntar discretamente ¿utiliza un método anticonceptivo?⁴¹.

Tabla 14. Diferencias entre las personas influyen en el IRS

	IRS	NO	SI	TOTAL
INFLUENCIA				
Amigos	31,6%	40%	33.3%	
Familiares	7%	6%	6.9%	
Nadie	23,7%	20%	22.9%	
Novio	14,9%	26,7%	17.4%	
Profesores	8,8%	0%	6.9%	
TV	14%	6,7%	12.5%	

Elaborado por: VILLAMARÍN, Santiago

Fuente: SCS Cunchibamba, HPDA

*IRS: Inicio de las relaciones sexuales

Como se observa en la tabla 13 se observa que los amigos en un 40% son los que más influyen en el inicio de la actividad sexual seguida por decisión autónoma, mientras que se observa que el mensaje que están difundiendo los profesores en un 8,8% influye en la detención del inicio de la actividad sexual, lo que nos hace pensar que la mejor manera para llegar a los chicos es con jóvenes de su entorno.

4.6.3 Actitudes y Prácticas ante el Embarazo

Tabla 15. Reacciones frente al embarazo

Variable	Lugar		HPDA		SCS		TOTAL	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Debió haberse cuidado	94	65,3	90	62,5	184	63,9		
Fue irresponsable	38	26,4	34	23,6	72	25		
Es algo malo	10	6,9	10	6,9	20	6,9		
Se lo merecía	2	1,4	4	2,8	6	2,1		
Me alegro por ella	0	0	6	4,2	6	2,1		
Total	144		144		288			

Elaborado por: VILLAMARÍN, Santiago

Fuente: SCS Cunchibamba, HPDA

*HPDA: Hospital Provincial Docente Ambato

*SCS: Subcentro de salud

Como se observa en la tabla 14, los adolescentes opinan que el embarazo es una condición negativa y no deseada en su vida; ambos grupos de

estudio indican que el embarazo es producto de la irresponsabilidad o el descuido.

Si se toma en cuenta la información sobre educación y conocimientos así como las fuentes de información a las que acceden los adolescentes estudiados, es claro que existen deficiencias importantes que impiden a los mismos empoderarse de sus decisiones y las consecuencias de las mismas. Se requiere reorientar los procesos de formación en sexualidad pero sin la suficiente información los jóvenes no pueden cuidarse de manera adecuada y esto predispone a embarazos por más conciencia que tengan los chicos.

En el estudio de González A. difiere diciendo que el 63% de encuestados mencionó que la responsabilidad es de la pareja en conjunto, ello evidencia una nueva tendencia respecto del compromiso del embarazo (como responsabilidad de pareja, como responsabilidad mutua, como responsabilidad social), aún persiste latente una opinión cultural que recae en la mujer cuando se responde que la responsabilidad es solamente de la mujer en 17.2%⁴⁴.

4.6.4 Actitud Frente al Embarazo

Tabla 16. Actitudes en caso de embarazo

Variable	Lugar	HPDA		SCS		TOTAL	
		N.	%	N.	%	N.	%
Me casaría		10	6,9	22	15,3	32	11,1
Dejaría mis estudios		28	19,4	16	11,1	44	15,3
No me importa		2	1,4	2	1,4	4	1,4
Seguiría estudiando		68	47,2	64	44,2	132	45,8
Tendría que trabajar		36	25	40	27,8	76	26,4
Total		144		144		288	

Elaborado por: VILLAMARÍN, Santiago

Fuente: SCS Cunchibamba, HPDA

*HPDA: Hospital Provincial Docente Ambato

*SCS: Subcentro de salud

La mayoría de los jóvenes anhelan seguir estudiando sea en la zona rural como urbana, esto demuestra la existencia de un anhelo de superación de gran parte de los jóvenes pero existe un grupo amplio y más realista en el

que se ve que tendrían que dejar sus estudios y empezar a trabajar, esto debido posiblemente a que no contarán con el apoyo de sus padres

Es claro, por las respuestas a la pregunta, que el embarazo implica cambios sustanciales en la vida de los adolescentes, pues las esferas más afectadas son la de los estudios. Un poco más de uno de cada cuatro adolescentes considera que deberá proveerse de recursos para su sustento, mediante trabajo. Solo uno de cada diez adolescentes ve al matrimonio como una condición obligatoria por el embarazo, siendo más elevado el porcentaje de adolescentes que tomarían esta decisión en el sector rural (6,9% en el HPDA vs 15,3% en el SCS Cunchibamba). (Tabla 15)

Cada uno de los y las adolescentes tienen su forma de pensar, y cada uno de ellos ve a su manera este periodo, la única forma en que nosotros podemos ayudar es adaptándonos al entorno al igual que ellos, ya que es una realidad que ellos mantienen relaciones sexuales a tempranas edades, y sería bueno orientarlos no siendo sinónimo de aprobación frente a esta conducta sino de soporte y prevención de embarazos adolescentes o contribuir a seguir elevando las cifras de mortalidad materno infantil y abortos en nuestro país.

4.6.5 Temores ante el Embarazo

Tabla 17. Problemas al estar embarazada

Variable	Lugar	HPDA		SCS		TOTAL	
		N.	%	N.	%	N.	%
Empezar a trabajar		12	8,3	14	9,7	26	9
No poder terminar estudios		64	44,4	70	48,6	134	46,2
No saber como decir padres		28	19,4	28	19,4	56	19,4
Perder apoyo padres		40	27,8	32	22,2	72	25
Total		144		144		288	

Elaborado por: VILLAMARÍN, Santiago

Fuente: SCS Cunchibamba, HPDA

*HPDA: Hospital Provincial Docente Ambato

*SCS: Subcentro de salud

Los principales temores de los adolescentes se relacionan con la culminación de sus estudios, luego siguen los relacionados con la pérdida del apoyo de los padres y con la comunicación de la situación a los mismos (tabla 16).

La población adolescente estudiada no sabe cómo terminara sus estudios ya que al no tener una madurez suficiente no podrán enfrentarse al mundo, a sus padres y aun así continuar con sus estudios.

En investigaciones realizadas en el país, se observa que la maternidad precoz en particular, o no planeada, puede producir un impacto profundo y prolongado en el bienestar de la mujer, en su educación y en su capacidad para contribuir a la comunidad. No obstante, son complejos los factores físicos, familiares y culturales, que determinan cuáles mujeres se casarán y cuándo, quiénes iniciarán relaciones sexuales antes del matrimonio, quiénes comenzarán a procrear durante la adolescencia, y quiénes tendrán hijos fuera del matrimonio. En esta sección se presentan las consecuencias educativas y laborales como producto del primer embarazo en las mujeres de 15 a 24 años que han tenido al menos un embarazo³⁹.

El 45.3 por ciento “no estudiaba, ni trabajaba”, el 23.5 por ciento “sólo estudiaba” y el 25.9 por ciento “sólo trabajaba”. Otro 5.3 por ciento “estudiaba y trabajaba”. La edad de las mujeres que se analizan (15 a 24 años), está estrechamente ligada a la edad escolar (edades menores) y con el inicio de la actividad económica (edades mayores), sin embargo de esto, en casi todas las variables la proporción de mujeres que no estaban “ni estudiando, ni trabajando” se impone frente a las otras categorías³⁹.

La condición de “sólo estudiaba”, es más alta en el área urbana, en la Amazonía, entre las menores de 17 años y en la categoría premarital (35.6%). Cuando “sólo trabajaba” tiene valores más elevados en el área rural (31.9%), en la Sierra (36.9%) principalmente en su área rural (45.4%); en las que tienen 20-24 años y en las del grupo indígena³⁹.

Entre las decisiones de los adolescentes incluidos en el presente estudio, no se ha mencionado al aborto como una posibilidad de solución ante el

embarazo, sus respuestas más bien tienen que ver con el hecho de apoyarse mutuamente y pedir ayuda a los padres (47,2% y 48,6% respectivamente), con porcentajes similares en los dos sectores investigados: HPDA y SCS Cunchibamba. Existe mucha incertidumbre en los adolescentes pues solamente uno de cada 5 estuvieron seguros de que sus padres los ayudarán en caso de embarazo, sin que se haya observado diferencias estadísticamente significativas en las respuesta dadas por los adolescentes del HPDA y del SCS Cunchibamba, $p=0,2972421$

Esto fue diferente en la investigación realizada por el CEPAR en donde entre las mujeres que eran estudiantes cuando supieron de su primer embarazo, el 57.8 por ciento interrumpieron sus estudios. Este porcentaje está compuesto por el 16.5 por ciento que interrumpió sus estudios y volvió a estudiar, y el 41.3 por ciento que ya no volvió a estudiar después de terminado su embarazo, con una mayor proporción en el área rural que en la urbana (65.2% contra 55.4%, respectivamente). En cambio, entre las mujeres que estaban trabajando cuando supieron de su embarazo, el 33.2 por ciento dejó de trabajar, proporción que es mayor en el área urbana que en la rural (37.8% contra 28.2%). De las mujeres que dejaron de trabajar, el 12.6 por ciento volvió a trabajar y el 20.6 por ciento no regresó a trabajar cuando terminó su primer embarazo. La probabilidad de no volver a estudiar o de no volver a trabajar es mayor cuando el embarazo es marital³⁹.

La razón más frecuente tanto para las mujeres que no volvieron a estudiar, cuanto para las que no volvieron a trabajar fue que “no tenía con quién dejar al niño” (55.0% y 75.0%, respectivamente). Otras razones mencionadas fueron “no le quedaba tiempo” y “oposición del esposo”, en alrededor del 9 por ciento³⁹.

4.6.6 Metas a Futuro

Tabla 18. Metas a futuro

Variable	Lugar	HPDA		SCS		TOTAL	
		N.	%	N.	%	N.	%
Formar negocio		30	20,8	18	12,5	48	16,6
Ir a la universidad		72	50	88	61,1	160	55,5
No sabe		24	16,7	14	9,7	38	13,2
Trabajar		6	4,2	10	6,9	16	5,6
Viajar		12	8,3	10	6,9	22	7,6
Ser padre/madre		0	0,0	4	2,8	4	1,4
Total		144		144		288	

Elaborado por: VILLAMARÍN, Santiago

Fuente: SCS Cunchibamba, HPDA

*HPDA: Hospital Provincial Docente Ambato

*SCS: Subcentro de salud

Como se observa en la tabla 18, uno de cada cien adolescentes investigados tiene como meta ser padres, que fue aceptado especialmente por los adolescentes del SCS de Cunchibamba. Los adolescentes del HPDA no consideran dentro de sus metas futuras la maternidad o paternidad. Sin embargo, al momento no existe una clara actitud de alcanzar sus metas por cuanto según información generada por otras investigaciones realizadas en el país una de cada cinco adolescentes mujeres se han embarazado aunque no lo desean. Por la información expuesta se requiere un mayor trabajo sobre temas de sexualidad ensayando estrategias educacionales diferentes, por ejemplo valorar si es posible aplicar metodologías participativas que los empoderen como la educación por pares, a través de talleres, simulaciones, juego de roles y técnicas reflexivas y de auto evaluación, que pudieran mejorar no solo los conocimientos sino también las actitudes y prácticas para la prevención del embarazo temprano.

Es difícil ver que estos jóvenes que tienen metas claras para su futuro y que se pueden ver estancados por un embarazo no deseado y esto únicamente por el desconocimiento de las posibilidades que tiene a la mano para evitarlo.

4.3 Verificación de la hipótesis

Para la validación de la hipótesis se plantea la siguiente hipótesis nula:

No existe relación entre los conocimientos sobre relaciones sexuales de riesgo y el uso de medidas preventivas (uso de anticonceptivos).

Tabla 19. Validación de la hipótesis

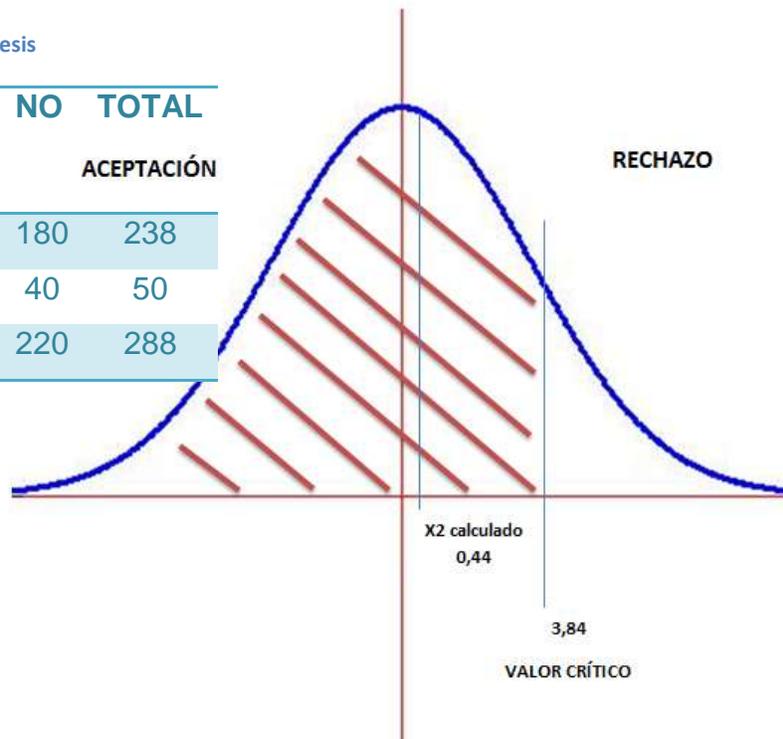
Conocimiento AC	RSR		TOTAL
	SI	NO	
	ACEPTACIÓN		
SI	58	180	238
NO	10	40	50
Total	68	220	288

*RSR: Relaciones sexuales de riesgo
*AC: Anticonceptivos

$$X^2=0.44$$

$$P=0,5083$$

nc:95%



Esto quiere decir que no existen diferencias estadísticamente significativas, por esto se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alternativa que menciona que existe relación entre los conocimientos y el uso de métodos anticonceptivos por esta razón se requiere trabajar en talleres que estimulen la práctica del conocimiento manifestándose en el uso de medidas preventivas (métodos anticonceptivos).

Dado que el valor de x^2 es menor al valor crítico se ubica en el área de aceptación de la hipótesis nula y por tanto se rechaza la hipótesis alternativa.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Luego de realizada la investigación se llegaron a las siguientes conclusiones:

1. No existe una relación entre los conocimientos sobre relaciones sexuales de riesgo y el uso de medidas de prevención valoradas a través del uso de métodos anticonceptivos así como la influencia sobre las decisiones respecto al inicio de la vida sexual.
2. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los conocimientos sobre relaciones sexuales de riesgo y inicio de la vida sexual.
3. Los adolescentes consideran que las relaciones sexuales de riesgo son en las que no se usan anticonceptivos y los riesgos que perciben son el embarazo y el contagio de enfermedades.
4. Los adolescentes no disponen de información que les permita tomar decisiones adecuadas respecto al uso de anticonceptivos ya que en el grupo de los que analizan la posibilidad de usar algún método el 62,5% (10/16) no usa ninguno.
5. Los jóvenes tanto del SCS como del HPDA definen a las relaciones sexuales de riesgo son en las que no utilizan métodos anticonceptivos.

6. Las actitudes consideradas por los jóvenes son que deben empezar a trabajar, abandonar sus estudios y manifiestan temor por la pérdida del apoyo de los padres y tener que abandonar sus estudios.
7. Los jóvenes son influenciados por los compañeros q tienen poca información de fuentes adecuadas y estos mismos ejercen presión por las mismas limitaciones de conocimiento que existen además de la poca comunicación que existen con los padres a pesar que mayor la comunicación en la zona rural que en la zona urbana.
8. Existe 28,5% de adolescentes investigados que consideran no quedarse embarazada en la primera relación lo que explicaría los bajos conocimientos que les dificultan identificar una relación sexual de riesgo, esto se traduce en bajo uso de métodos anticonceptivos entre los jóvenes que ya presentan vida sexual a pesar de tener información y conocimientos, es decir no hay relación entre los conocimientos y las prácticas.
9. Las "ventajas" que identificaron es tener mayor libertad sexual expresando como "poder tener otras parejas sexuales" y los limitantes frente a la obtención de métodos anticonceptivos que observan es que no los solicitan por vergüenza y desconocimiento que en las unidades de salud se proveen gratuitamente.
10. Las metas que no se van a realizar a pesar de que tienen perspectivas el desarrollo personal no incluye el ser padre como meta sin embargo todo ello contradice la información que hemos recabado ya que toman decisiones inadecuadas por alto porcentaje de mitos y creencias y actitudes no preventivas.

5.2 Recomendaciones

Los jóvenes no expresaron como una “solución” al aborto pero valdría la pena hacer nuevos estudios sobre las posibles soluciones frente a la problemática que representa el embarazo tanto en hombre y en mujeres

Establecer proceso de capacitación a los adolescentes con estrategias que aprovechen las fuentes de información que tienen los jóvenes como internet o utilizar de manera benéfica la influencia de los amigos en temas sobre sexualidad.

Contrarrestar los mitos a través de estrategias didácticas de reflexión y autoanálisis como por ejemplo educación por pares, métodos participativos, juegos de rol y simulaciones.

CAPITULO VI

PROPUESTA

6.1 Datos Informativos

Título: Diseño un Programa de Prevención del Embarazo en Adolescentes.

Institución Ejecutora: Unidad Educativa Darío Guevara

Beneficiarios: La comunidad, institución educativa, de salud y los adolescentes.

Ubicación: Cunchibamba

Tiempo estimado para la ejecución: 1 año

Equipo Responsable: Unidad educativa

Costo: \$600 aproximadamente

6.2 Antecedentes de la Propuesta

En el estudio comparativo realizado en dos poblaciones adolescentes tanto rural como urbano por Villamarín, S., los dos grupos investigados indican que tanto en las instituciones educativas como en las instituciones de salud, han aprendido sobre sexualidad. Sin embargo, mostró, el rol de éstos es limitado, pues solamente el 15,3% indicaron que adquirieron información en los mismos. Aparentemente más jóvenes de la zona urbana aprenden sobre sexualidad en las instituciones educativas que los de la zona rural.(62.5% vs 43,1%, respectivamente)

En cuanto al rol de los padres de familia como fuente de aprendizaje, sobre el tema es de apenas el 12.5%, con un ligero predominio entre los adolescentes del sector rural.

Los adolescentes investigados en un 68,7% consideran que a base de charlas es como se debe realizar un programa para la enseñanza - aprendizaje sobre sexualidad pero se le podría combinar con talleres, ya que en estos los jóvenes pueden interactuar y así eliminar los tabúes, vergüenza y recelo que existe de hablar acerca del tema, y así ellos tomaran conciencia de que su sexualidad les pertenece y son ellos los que deciden qué camino tomar.

Es claro que las charlas, a pesar de ser un método reconocido y aceptado por los adolescentes, no están permitiendo alcanzar los objetivos de los programas, pues las tasas de desconocimiento en los adolescentes de HPDA y del SCS de Cunchibamba son altas.

Al indagar sobre las preferencias para abordar los temas de sexualidad se observa que todos consideran en primer lugar a los profesionales de salud y luego a las personas de su misma edad (46,5% y 26,4 % respectivamente).

A pesar de ello el rol de los servicios de salud y por tanto de los profesionales que en ellos trabajan, es limitado, pues solo el 15,3% indicaron que en la Unidades de salud habían aprendido sobre sexualidad. Por lo indicado y acogiendo las preferencias de los adolescentes investigados, se debe capacitar de mejor manera al personal de salud para llegar de mejor manera a los jóvenes y que capten el mensaje que se les quiere difundir, al tener mayor confianza con el personal de salud, estos mismo podrían enseñar de manera correcta todo referente al tema y los jóvenes podrían preguntar sin miedo a ser recriminados o a ser juzgados.

En cuanto a los temas de interés, las ETS ocuparon el primer lugar, seguidas por el embarazo. Esto se explica por el hecho de que los principales riesgos identificados en las relaciones sexuales precisamente se relacionan con estos dos aspectos. Sin embargo, hay una enorme contradicción por cuanto lo relacionado la anticoncepción y lactancia tiene porcentajes pequeños entre

los dos grupos (4,2% en el HPDA y 1,4% en el SCS) esto demuestra que se da poca importancia al conocimiento y mecanismos de prevención del embarazo, y debe ser trabajado activamente en los dos grupos de estudio por cuanto ya se encontró embarazos y además hay un porcentaje de aproximadamente 79,2% que aún no manifestaron iniciar su vida sexual y están en el momento propicio para el trabajo de educación con orientación preventivas.

En cuanto a los mitos se demostró que no existe la suficiente capacitación e información por parte instituciones educativas y de salud por lo que existe un importante número de jóvenes que todavía piensan que en la primera relación no puede existir embarazo y esto es aumenta la probabilidad de que se produzcan embarazos precoces y si esta creencia todavía está bien difundida cuantas otras serán consideradas verdades de manera errónea. Estas creencias son similares en los dos grupos estudiados, $p=0,2399$.

Independientemente de su condición laboral, la mayoría de los adolescentes consideran que en los centros educacionales no disponen de espacios para hablar sobre temas de sexualidad. Comparativamente, los adolescentes urbanos presentan una probabilidad de 1,80 veces mayor que los rurales de disponer de espacios para hablar de sexualidad. IC: (1.05 / 3.08).

Se debe incentivar más a la enseñanza aprendizaje sobre sexualidad en las instituciones ya que pueden existir espacios para esto, pero si los jóvenes no asimilan lo que se les esta enseñando, no los estamos ayudando.

En los dos grupos investigados se encontró que el 45,1% no tiene ninguna información sobre sexualidad, los porcentajes de cada grupo son semejantes, sin que existan diferencias estadísticamente significativas. Apenas uno de cada 5 adolescentes ha recibido información suficiente sobre sexualidad, lo que demuestra que es necesario reorientar los procesos de educación en Sexualidad que se realizan en la actualidad, pues en el sector

urbano, (HPDA) existe menor información que en el rural, lo que se explicaría por la gran afluencia de pacientes que existe en el primero, toda vez que es una unidad de referencia de toda la provincia y el personal no dispone de tiempo para este importante trabajo.

Adicionalmente, es interesante ver que los padres de la zona rural hablen más con sus hijos de sexualidad que los padres de la zona urbana esto es otro factor de riesgo ya que los chicos buscan otras fuentes de información las mismas que en ocasiones son erradas y que los orienten mal y esto aumenta el riesgo de embarazos en esta población. Se establecieron diferencias estadísticamente significativas entre los investigados respecto a la persona con quien obtiene información sobre sexualidad. $p=0.0334991$

Solamente 66 adolescentes (22,9%) han iniciado sus relaciones sexuales por decisión propia. Los demás lo han hecho por presión del entorno, principalmente por parte de los amigos y de sus parejas.

Se observó que los amigos en un 40% son los que más influyen en el inicio de la actividad sexual seguida por decisión autónoma, mientras que se observa que el mensaje que están difundiendo los profesores en un 8,8 influye en la detención del inicio de la actividad sexual, lo que nos hace pensar que la mejor manera para llegar a los chicos es con jóvenes de su entorno.

El estudio concluyo que:

- No existe una relación entre los conocimientos sobre relaciones sexuales de riesgo y el uso de medidas de prevención valoradas a través del uso de métodos anticonceptivos así como la influencia sobre las decisiones respecto al inicio de la vida sexual.

- No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los conocimientos sobre relaciones sexuales de riesgo y el inicio de la vida sexual.
- Los adolescentes no disponen de información que les permita tomar decisiones adecuadas respecto al uso de anticonceptivos ya que en el grupo de los que analizan la posibilidad de usar algún método el 62,5% (10/16) no usa ninguno.
- Los jóvenes son influenciados por los compañeros q tienen poca información de fuentes adecuadas y estos mismos ejercen presión por las mismas limitaciones de conocimiento que existen además de la poca comunicación que existen con los padres a pesar que mayor la comunicación en la zona rural que en la zona urbana.
- Existe 28,5% de adolescentes investigados que consideran no quedarse embarazada en la primera relación lo que explicaría los bajos conocimientos que les dificultan identificar una relación sexual de riesgo, esto se traduce en bajo uso de métodos anticonceptivos entre los jóvenes que ya presentan vida sexual a pesar de tener información y conocimientos, es decir no hay relación entre los conocimientos y las prácticas.

6.3 Justificación

El embarazo en adolescentes es un tema que ha cobrado mucho impacto en la actualidad debido a su incremento durante los últimos años, y debido al inicio más tempranamente de las relaciones sexuales.

La información obtenida en las encuestas por parte de los adolescentes confirma el poco o nulo conocimiento de los mismos acerca de la sexualidad y salud reproductiva, por lo que se hace indispensable la realización de un programa que ayude a prevenir el embarazo en los adolescentes.

Las personas beneficiadas con esta propuesta serán los estudiantes del colegio y su padres de familia debido a que un embarazo en estas edades afecta por completo el proyecto de vida que ellos esperan tener y además provoca un impacto negativo en el círculo familiar debido al cuidado que requiere un bebe y la carga económica que este conlleva.

Se identificó limitaciones en la enseñanza, el conocimiento inapropiado sobre educación sexual y prevención del embarazo son problemas generalizados en el sector rural que se demuestra en la investigación por lo que es de interés ya que ayudo a ver el impacto que se logra en el conocimiento y en la actitud de los adolescentes.

Aporta mejores conocimientos y actitudes en los adolescentes y disminuirá la presencia de embarazos en adolescentes mejorando el abordaje sobre temas de sexualidad ayudándolos a aprender.

6.4 Objetivos

6.4.1 Objetivo General

Diseñar un programa de prevención del embarazo adolescente para los estudiantes de la Unidad Educativa Darío Guevara de Cunchibamba

6.4.2 Objetivos Específicos

- Capacitar a adolescentes para convertirlos en formadores de sus pares en temas de sexualidad.
- Mejorar el conocimiento sobre sobre sexualidad.
- Involucrar a los adolescentes en los procesos de formación sobre sexualidad.
- Involucrar a la familia en orientación sobre temas de sexualidad a sus hijos adolescentes.
- Contribuir a la disminución de embarazo en adolescentes

6.5 Análisis de Factibilidad

6.5.1 Político

Las políticas actuales en salud y sexualidad, manifiestan como un derecho de los y las adolescentes la educación sexual y la atención en salud sexual y reproductiva, por lo que esta propuesta está en total concordancia con la política nacional de salud y con lo que establece la Constitución sobre los derechos de la población y de los adolescentes en los artículos 42 y 43.

6.5.2 Socio Cultural

El embarazo en adolescentes es en la actualidad un problema de salud pública que interesa a los servicios de salud, autoridades la familia y los propios adolescentes en razón de que todos deben participar en la construcción del buen vivir.

El educar a los adolescentes generara mejores conocimientos y medios para disminuir la carga social que en la actualidad representa el embarazo temprano.

6.5.3 Técnico

Se cuenta con las personas idóneas para realizar el mismo, además existe el apoyo por parte del centro de salud de Cunchibamba y su personal para capacitar a los adolescentes que realizarán la educación por pares.

6.5.4 Económico – Financiero

El presupuesto requerido será contribución del investigador quien buscara auspicios

6.6 Fundamentación

Un estudio realizado en Curazao por J, Maaïke, et al. titulado “anticoncepción y aborto, anticonceptivos ineficaces debido a la limitada educación sexual” encontró que el 82% de las mujeres entre 15 a 45 años de edad aseguraban tener un conocimiento de buena calidad sobre anticoncepción, pero el estudio demostró que casi el 50% de ellas, tenían una información falsa sobre el tema y conocimientos erróneos sobre la posibilidad de quedar embarazada con el coitus interruptus y sobre los efectos de la fiabilidad y la seguridad de las píldoras anticonceptivas orales. Se concluyó que la educación sexual limitada tiene influencia en la actitud negativa hacia los anticonceptivos fiables²³.

La investigación de “Factores Asociados con la Iniciación Sexual y el Uso del Condón entre adolescentes de Isla Santiago, Cabo Verde África Occidental” MENDEZ, C. obtuvo como resultado que dentro de los factores asociados con la iniciación sexual entre los adolescentes varones estaba el alcohol y la religión católica; en cambio para las adolescentes mujeres los factores asociados fueron una relación afectivo-sexual. También encontró una alta prevalencia del uso del preservativo durante la actividad sexual inicial, 93% conocía algún tipo de método anticonceptivo antes de su primera relación sexual. Los adolescentes del estudio tuvieron acceso a información, educación sexual, prevención de enfermedades de transmisión sexual y métodos anticonceptivos, que les permitió iniciar su vida sexual de forma segura¹⁷.

En Brasil se realizó un estudio sobre el “Comportamiento Sexual y la Anticoncepción de Emergencia entre los Adolescentes en las Escuelas Públicas de Pernambuco” el resultado fue que la mayoría de adolescentes aseguran conocer el método de anticoncepción de emergencia, pero el 35% nunca recibió información del tema. Mayormente la información la obtuvieron

de amigos 15.5%, de padres o familiares 14.6%, de profesionales de la salud 14% y de profesores 10.6% y solo el 10.4% lo recibió a través de la publicidad y farmacias. Del total de adolescentes que manifestaron haber recibido información sobre el método de anticoncepción de emergencia, solo el 22,1% lo habían hecho correctamente²⁴.

Se realizó una investigación a jóvenes enfatizando el “Conocimiento sobre la sexualidad antes y después de participar en talleres de prevención” Los adolescentes participantes fueron de edades entre los 14 y 16 años, a quienes se les evaluó sus conocimientos sobre temas de sexualidad, anticoncepción, embarazo, enfermedades de transmisión sexual y el SIDA, antes y después de la aplicación de los talleres de prevención. En el Pre-test, los adolescentes varones tuvieron un desconocimiento del 51.1% sobre la fecha del mes que la adolescente pueda quedar embarazada; mientras que en las mujeres fue de un 27.8% y en el Post test fue de 41.5% en varones y de 7.5% en mujeres. Con respecto al conocimiento de las Enfermedades de transmisión sexual y SIDA, el 43.6% ya estaba informado sobre esto; pero posterior al test el 41.1% mencionaron otras distintas enfermedades, evidenciándose que los talleres preventivos disminuyen la brecha entre el desconocimiento y el conocimiento; con la conclusión de la existencia de una necesidad de trabajar en temas de sexualidad en adolescentes, desde las escuelas²⁵.

En el estudio titulado “Comparación de la Educación por pares y por Profesionales de la salud para mejorar el conocimiento, Percepción y la conducta sexual de riesgo en Adolescentes” de SÁNCHEZ, S se obtuvo que después de la intervención educativa, el puntaje obtenido en el nivel de conocimientos fue significativamente mayor en el grupo de educación por pares que en el grupo de educación por profesionales de salud. El nivel de percepción de riesgo mejoró mayormente en el grupo de pares que en el grupo educado por profesionales²⁶.

6.6.1 Educación entre pares

La educación entre pares ocurre cuando los niños, los jóvenes o los adultos educan 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 el cabildeo. El enfoque se basa en la premisa que la gente, especialmente la juventud, serán más propensos a escuchar y responder a la información cuando viene de sus pares.

DISEÑO DE UN ENFOQUE DE PAR A PAR

Creando un ambiente propicio para la educación entre pares

El concepto de par a par necesita adaptarse al ambiente en que se desarrolla el proyecto y a las características de los beneficiarios del mismo. Por lo tanto, se debe primero investigar las necesidades y deseos de los beneficiarios y trazar tanto las posibilidades como las limitaciones de su ambiente. El enfoque del proyecto debe elaborarse en consulta con los interesados, incluyendo el grupo designado como pares educadores.

Los puntos a considerar para crear un ambiente propicio son:

Apoyo de la comunidad: Es importante que todos los involucrados apoyen el concepto y sientan una identificación del el proyecto.

Estructuras: Antes de crear nuevas estructuras para apoyar un proceso de par a par, vale la pena observar cuáles grupos o asociaciones existen ya dentro de la comunidad. Si existen tales grupos, adaptarlos o modificarlos para cubrir las necesidades del proyecto.

Tiempos:

La ubicación geográfica del proyecto y otras demandas sobre el tiempo de los jóvenes influirán en los tiempos de las actividades. Algunas limitaciones pueden afectar la disponibilidad de los pares educadores para participar en las actividades del proyecto, como durante los exámenes, pues se tienen que preparar y tomarlos.

Identificar el grupo de pares educadores**Género:**

La composición de género del grupo de pares educadores es vital.

Puede ser importante asegurar un equilibrio de género. En todos los casos, los pares educadores tendrán que ser capacitados para tomar conciencia sobre el género y otras destrezas asociadas.

Edad:

El que el grupo de pares educadores será de edad y antecedentes similares al grupo objetivo queda implícito en el concepto de educación entre pares. Esto no impide que los estudiantes de mayor edad trabajen con los niños más jóvenes.

Destreza personal y motivación:

La educación entre pares es una vocación de cierto tipo y algunas personalidades se prestan más que otras para realizarlo. La motivación del individuo tiene relevancia directa al caso.

Disponibilidad:

Al enfocar a los pares educadores potenciales, es vital preguntarles cuánto tiempo pueden dedicarle al proyecto. Esto puede variar según el día de la semana o la hora del día.

Antecedentes:

Debe darse consideración a la idea que los pares educadores vengan desde dentro o fuera de la comunidad, y si deben conocer al grupo beneficiario. Cuando los pares educadores son de la misma comunidad y tienen los mismos antecedentes, los niños los aceptan más fácil y completamente, y el impacto del proyecto puede ser más sostenible.

Capacitación de pares educadores

Capacitar y crear capacidades entre los pares educadores no sólo les provee los conocimientos y destrezas necesarios para realizar las actividades del proyecto, sino que también refuerza su confianza, auto-estima y respeto a sí mismos, y les ayuda a comprender mejor sus derechos y responsabilidades en la sociedad.

INVESTIGAR Y DESARROLLAR UN PROGRAMA DE CAPACITACIÓN Y FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES REQUIERE:**Evaluar capacidades, motivación y compromiso:**

Esto implica evaluar las capacidades existentes del grupo potencial de pares educadores e identificar las destrezas, contenido de programa y nivel de capacitación necesarios para permitir que se conviertan en pares educadores efectivos.

Establecer objetivos:

El tipo y nivel de capacitación dependerá de qué se está tratando de lograr.

Escoger la forma y el estilo:

Los programas de capacitación tienen que tomar en cuenta las capacidades de los individuos y del grupo. Por ejemplo:

Sesiones teóricas y prácticas: Dependiendo del enfoque del proyecto y el nivel educativo de los pares educadores, la capacitación puede buscar un equilibrio entre la teoría y la práctica. Las sesiones prácticas son más efectivas para impartir ciertas destrezas y no tanto las teóricas.

METODOLOGÍA A USAR**Talleres**

Los talleres interactivos son aquellos que proporcionan un aprendizaje experiencial y dinámico a sus participantes. Se utiliza una metodología de construcción de conocimientos orientados a la formación y transformación de los individuos desde su propio desempeño individual a través de su participación activa dentro del taller.

El conocimiento que se adquiere en estos talleres se da por medio de un proceso por el cual sus participantes pueden poner en práctica nuevas habilidades, como resultado de la información, observación y experiencia personal en la aplicación de los conocimientos compartidos.

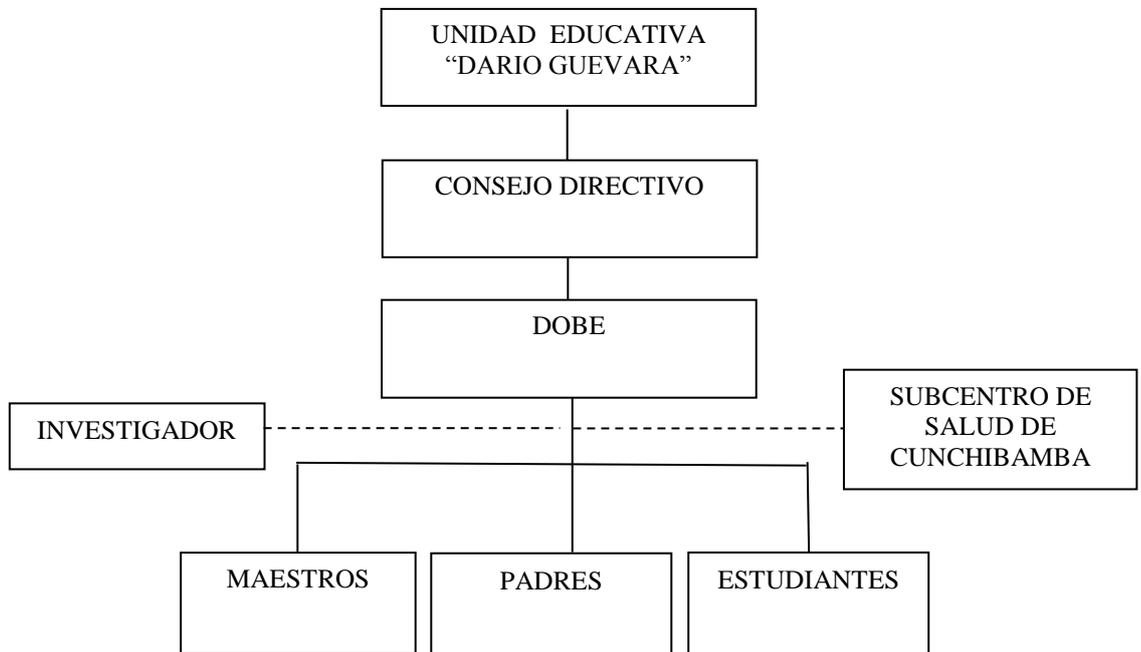
A través del conocimiento y la interacción, se propone apoyar a los participantes a que descubran metáforas, analogías y el procesar consecuencias y resultados para que la persona pueda identificar y elegir sus pensamientos, sentimientos, emociones y comportamientos hacia decisiones proactivas y efectivas.

6.7. Metodología – Modelo Operativo

Fase de Planificación	Metas	Evaluación	Recursos
<p>Socialización de los resultados de la investigación con autoridades de la parroquia personal de salud y equipo docente de la unidad de educativa Darío Guevara.</p> <p>Presentar la propuesta</p> <p>Selección de materiales para diseño de la propuesta</p> <p>Selección de los adolescentes formadores</p> <p>Conformación del equipo de trabajo y de capacitación a los formadores.</p> <p>Planificación de los talleres para formadores, para los padres de familia y los estudiantes</p>	<p>Análisis y aceptación de solicitud por autoridades</p> <p>100% de autoridades representantes de la unidad educativa y unidad de salud participen en la sociabilización</p> <p>Obtener material didáctico adecuado</p> <p>Seleccionar 4 estudiantes de ambos sexos</p> <p>Seleccionar instructores expertos en la Dirección de Salud y de Educación</p> <p>Diseñar contenidos y plan de capacitación</p> <p>Preparar material didáctico</p>	<p>Documento de aprobación</p> <p>Registro de asistencia</p> <p>Según interés</p> <p>Calidad de enseñanza</p> <p>Retroalimentación después del taller</p>	<p>Investigador</p> <p>Material de escritorio</p> <p>Diapositivas</p> <p>Medios educativos</p> <p>Aula</p> <p>Material seleccionado</p> <p>Material para diseño de material didáctico</p> <p>Documentos de internet</p>
Fase de Ejecución	Metas	Evaluación	Recursos
<p>Autorización para realizar la propuesta</p>	<p>Inicio del programa</p>	<p>Aplicación de la propuesta</p>	<p>Investigador</p> <p>Material de escritorio</p>

Ejecutar reunión para socialización de resultados Compra de materiales Selección de equipos de trabajo Realización de cronogramas de ejecución.	Difundir los resultados de la investigación en la comunidad educativa Darío Guevara Asignación del grupo Capacitación Cronograma con fechas realistas	preguntas de autoevaluación Toma de asistencia Procurar cumplir fechas	Diapositivas Medios educativos Aula Material seleccionado Material para diseño de material didáctico Documentos de internet
Fase de evaluación	Metas	Evaluación	Recursos
Socialización Capacitación	Cumplir con los talleres planteados. Capacitar a .los adolescentes que se formaran en facilitadores Aumentar los conocimientos sobre sexualidad responsable para disminuir la cantidad de embarazos precoces	Evaluación a los participantes para ver el grado de aprendizaje en los talleres	Tener a los 4 facilitadores que aprobaron el taller de formación. Hojas de evaluación y encuestas

6.8. Administración



6.9. Previsión de la Evaluación

A los adolescentes que se van a formar como facilitadores se les evaluará antes y después de su capacitación, al igual que después del taller dado mediante la realización de un informe del mismo.

En los estudiantes y padres se realizará una evaluación pre y post taller.

El investigador para evaluar de manera integral el proyecto realizará una evaluación de medio tiempo y una al final del mismo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

BIBLIOGRAFÍA

- American Academy of Pediatrics, Committee on Adolescence. Contraception and adolescents. *Pediatrics*. 2009. Págs.: 104, 161. (31)
- BOMBELA J. SIDA y jóvenes. La prevención de la Transmisión Sexual del VIH". 2º Ed. 2007. Págs.: 24-27. (14)
- BROWN B., FEIRING C., FURMAN W. Missing the Love Boat: Why researchers have shied away from adolescent romance. London. 2007. Págs.: 1-16. (5)
- BROWNING R., HATFIELD E., KESSLER D. Sexual motives, gender, and sexual behavior. 2007 *Archives of Sexual Behavior*. Págs.: 135-153. (6)
- BUIST K., DEKOVIC M., MEEUS W. The reciprocal relationship between adolescent attachment and psychosocial adjustment. 2004. *Journal of Adolescence*. Págs.: 251-266. (7)
- BUSS D., SCHMITT D. Sexual strategies theory: An evolutionary perspective on human mating"; 2006; *Psychological Review*, pags: 100, 204-232. (8)
- BUSS D. Evolutionary psychology: A new paradigm for psychological science. London. 2006. *Psychological Inquiry*. Págs.: 47-49. (10)
- BUSS D. Sex differences in human mate preferences: Evolutionary hypotheses tested in 37 cultures. 2009; *Behavioral and Brain Sciences*. Págs.: 12, 15-19. (9)
- BYERS E., HEINLEIN L. Predicting initiations and refusals of sexual activities in married and cohabiting couples. 2008. *The Journal of Sex Research*. Págs.: 210-231. (12)
- CANALS J. Técnicas de entrevistas con el adolescente. *Anales Españoles de Pediatría*. 2008. Págs.: 73-79. (17)

- CAPDEVILLA C. Contracepción en la adolescencia. Cuadernos de contracepción N° 3. 2006. Págs.: 55-58. (16)
- CORVALÁN H. Aspectos demográficos de la adolescencia. Cap 3. Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia. Santiago, Chile. Editorial Mediterráneo: Págs.: 25 -39. (34)
- DEXEUS S., FORROL E., TOLSA A. Anticoncepción en edades especiales". En Anticoncepción. Salvat Editorial. Barcelona, 2009. Págs.: 51-53. (20)
- DÍAZ A., SANHUEZA R., YAKSIC B. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. Rev Chil de Obstet Ginecol 2002. Chile. Págs.: 481-487. (33)
- DÍAZ N., Marrero G. Variables que influyen en el nivel de ansiedad en adolescentes. VIII Reunión Nacional de Medicina del Adolescente de la EAP. Zaragoza. 2007. Págs.: 29-31. (21)
- DOLL L., CARBALLO A. Physical and sexual coercion and HIV risk. AIDS and. Behavior. San Francisco. 2007. Pág.: 12. (22)
- GUNSEIT & KIPPAX. Efectos de la educación sexual sobre el comportamiento sexual de los jóvenes. ONUSIDA, 2004. Págs.: 233-235. (35)
- ISSIER J. Embarazo en la adolescencia. Revista de Postgrado de la Cátedra de Medicina. Agosto. 2001. Págs.: 35-36. (27)
- MOLINA R., SANDOVAL J., LUENGO X. Adolescencia y embarazo. Obstetricia. 3º Edición. Santiago, Chile. Ediciones Técnicas Mediterraneo Ltda. 2009. Págs.: 245-256. (30)
- MONTENEGRO A. Educación sexual en niños y adolescentes. Rev Méd Chile. 2000. Págs.: 571-573. (32)
- PELÁEZ M. Consideraciones del uso de anticonceptivos en la adolescencia. Rev Cubana Obstet Ginecol. 1996. Pág.:22. (29)

LINKOGRAFIA

- ARGUDO M. La situación actual del Ecuador y los niños y niñas y adolescentes trabajadores. Ecuador. 2005. (42) Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos22/ecuador-actual/ecuador-actual.shtml>
- BORJA V., DELGADO K. Factores psicosociales que influyen en la actividad sexual precoz de los adolescentes de 14-18 años, en el Colegio Yaguarcocha, en el periodo 2009-2010. Ecuador. 2010. (41) Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/714/4/06%20ENF%20446%20TESIS.pdf>
- CEPAR. Actividad sexual y salud reproductiva en mujeres de 15 a 24 años de edad (adolescentes y jóvenes). Ecuador. 2008. (39) Disponible en: http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/pdf/texto/14_adolescentes.pdf
- CORDOVA A. Planificación familiar y métodos anticonceptivos. Ecuador. 2011. (26) Disponible en: <http://www.sexualidadsinmisterios.com/publicaciones/investigaciones-debates/37-planificacion-familiar-y-uso-de-metodos-anticonceptivos>
- DELGADO M. JARAMILLO S. FALCÓN M. Guía de educación: prevención de embarazos en adolescentes. Cuenca. (40) Disponible en: <http://dspace.cedia.org.ec/bitstream/123456789/700/1/Guia%20de%20embarazo%20en%20adolescentes.pdf>
- DIAZ A. Embarazo en la adolescencia. Educación sexual y anticoncepción previa. Chile. 2004. (28) Disponible en: http://www.bcn.cl/carpeta_temas/temas_portada.2006-10-03.7146246056/mas-documentos-sobreembarazoadolescente/XI3embarazo.pdf

- GIL S. Salud Sexual y Reproductiva. España. 2002. (24)
Disponible en:
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/13modulo_12.pdf
- GOMEZ P., MOLINA R., ZAMBERLIN N. Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe. Lima. 2011. (2) Disponible en:
<http://www.sguruguay.org/documentos/publicaciones-flasog/factores-relacionados-maternidad-menores-15-anos-lac.pdf>
- GONZALES A. Diseño e Implementación de Estrategias de Promoción de Salud para la Prevención del Embarazo en Adolescentes de 14 a 17 Años a partir del Análisis de las Percepciones Culturales sobre la Anticoncepción. Ecuador. 2011. (44) Disponible en:
<http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/480/1/99802.pdf>
- GUZMAN D. Mitos y creencias sobre sexualidad. Argentina; 2009. (13) Disponible en:
<https://sites.google.com/site/edseducacionsexual/mitos-y-creencias-1>
- Mazarrasa L. Salud Sexual y Reproductiva. España; 2004. (23)
Disponible en:
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/13modulo_12.pdf
- MSP, CONAMU, CNNA. Plan Nacional De Prevención Del Embarazo En Adolescentes En Ecuador. Ecuador. 2007. (4)
Disponible en:
<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Plan%20Nacional%20de%20Prevenci%C3%B3n%20del%20Embarazo%20en%20Adolescente%20Ecuador.pdf>
- PÉREZ F. Adolescencia e inicio precoz de las relaciones sexuales. Algunos factores desencadenantes. Cuba. 2008. (36) Disponible en:

[http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.10.\(2\)_01/vol.10.2.01.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.10.(2)_01/vol.10.2.01.pdf)

- SENAME. Características de los niños, niñas y adolescentes atendidos en el programa de intervención breve. Chile. 2011. (43) Disponible en:
http://www.sename.cl/wsename/otros/estudios_2012/Estudio_PIB.pdf
- UNFPA. Fondo de Población de las Naciones Unidas Oficina Regional para América Latina y el Caribe. 2010. (3) Disponible en:
<http://lac.unfpa.org/webdav/site/lac/shared/DOCUMENTS/2011/Evaluacion%20de%20programa%20de%20pais/UNFPA%20LACRO%20Eje%201%20Evaluation%202008-2010.pdf>
- UNICEF. Hechos sobre Adolescencia y Jóvenes en América Latina y el Caribe. 2011. (1) Disponible en:
[www.unicef.org/lac/Fast_facts_SP\(1\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Fast_facts_SP(1).pdf)
- UNICEF. La adolescencia una época de oportunidades. 2011. (25) Disponible en:
http://www.unicef.org/devpro/files/SOWC_2011_Main_Report_SP_02092011.pdf
- VELAZQUEZ B. Valoración del estado nutricional y edad de la menarquia en adolescentes indígenas del Ites Shiry Cacha de la parroquia Cacha, Riobamba, 2010-2011. Riobamba. 2011. (37) Disponible en:
<http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/1241>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS - UTA

- SCIELO: ALVAREZ C. Comunicación y sexualidad. Cuba. 2010. (15) Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412010000200018&script=sci_arttext

- SCIELO: DÍAZ C., ALIÑO S. Sexualidad y reproducción en adolescentes. Cuba. 2008. (19) Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2008000300006&script=sci_arttext
- SCIELO: GONZÁLEZ E., MOLINA T., MONTERO A. Comportamientos sexuales y diferencias de género en adolescentes usuarios de un sistema público de salud universitario. Chile. 2010. (11) Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007001000005
- SCIELO: GRIMBERG M. Iniciación sexual, prácticas sexuales y prevención al VIH/SIDA en jóvenes de sectores populares: Un análisis antropológico de género. Argentina. 2010. (18) Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832002000100003
- SCIELO: HERNÁNDEZ I., UNANUE N., GAETE X. Edad de la menarquia y su relación con el nivel socioeconómico e índice de masa corporal. Chile. 2007. (38) Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872007001100009&script=sci_arttext

ANEXOS

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

Edad: ___ años Ocupación: _____ Sexo: Masculino Femenino

1. ¿A qué edad tuvo Ud. su primera relación sexual? ___ años No todavía
2. ¿A que edad fue su primera menstruación? ___ años ___ No todavía
3. ¿A qué edad se quedó embarazada? ___ años No todavía
Escoja una de las siguientes opciones:
4. ¿Sabe Ud. que son las relaciones sexuales de riesgo? De los siguiente enunciados escoja la/las opciones que considere verdaderas:
 - En las que una persona puede contraer enfermedades de transmisión sexual
 - En las que una persona puede morir
 - En las que las mujeres pueden quedar embarazadas
 - En las que se pueden hacer daño
5. ¿Que tipo de relaciones sexuales de riesgo existen?
 - Sin anticonceptivos Entre personas muy jóvenes Entre personas del mismo sexo
 - Con trabajadoras/trabajadores sexuales Personas desconocidas No sé que son
6. Lo que le han enseñado sobre sexualidad es: Poco Nada Lo suficiente
7. ¿Cuando asiste al centro de salud o al hospital recibe información sobre anticoncepción?
 - Poca Nada Lo suficiente
8. ¿Sabe Ud. que es un método anticonceptivo?
 - Algo que evita embarazos Algo que evita infecciones No sabe
9. ¿Donde puede conseguir Ud. métodos anticonceptivos más fácilmente?
 - Hogar Farmacia Colegio Servicios de salud Amigos
10. ¿Que ventajas observa Ud. de la libre distribución de anticonceptivos?
 - Ayuda a evitar embarazos Ayuda a evitar contagio de enfermedades
 - Permite tener relaciones sin temor Permite tener relaciones con mas personas
11. ¿Que riesgos ve Ud. de la libre distribución de anticonceptivos?
 - Promiscuidad Infidelidad Ninguna

MITOS

12. ¿Cree Ud. que en la primera relación sexual puede alguien quedar embarazada?

Si No

13. ¿Sus padres han hablado con Ud. sobre sexualidad?

Nada Poco Lo suficiente

14. ¿Con quien prefiere hablar Ud. de sexualidad

Amigos/amigas Maestros Padres Pareja Ninguno

15. ¿Que piensa Ud. al ver a una compañera o amiga adolescente embarazada?

Que es algo malo Que debió haberse cuidado Se lo merecía Fue irresponsable Me alegro por ella

16. ¿Que actitud tomaría Ud. frente a una compañera o amiga adolescente embarazada?

Le molesta La critica La consuela La apoya No le importa

17. ¿Piensa Ud. que sus padres la apoyarían si queda embarazada (mujer) o si su pareja (hombre) se embaraza? Si No No se

18. ¿Ud. piensa que si queda embarazada o deja a alguien embarazada?

Mujeres: Dejaría mis estudios Seguiría estudiando Tendría que empezar trabajar
 Me casaría Le daría mi bebe a mis padres

Hombres: Dejaría mis estudios Seguiría estudiando Tendría que empezar trabajar
 Me casaría No me importa es problema de ella

19. ¿Cual piensa Ud. que seria su mayor dificultad si Ud. o su pareja queda embarazada?

Perder el apoyo de mis padres No poder terminar mis estudios
 No saber como decirles a mis padres Empezar a trabajar

20. ¿Sabe algo acerca de sus derechos sexuales?

Nada Poco Lo suficiente

21. De su propia definición sobre derechos sexuales

22. ¿Donde o con quien ha aprendido MAS sobre sexualidad?

Padres Amigos Instituciones educativas Instituciones de salud
 Televisión Internet

23. ¿Cuales anticonceptivos usa Ud.?

Condón Diafragma Inyecciones Parches Ritmo
 Coitus interruptus Pastillas

24. ¿De los métodos mencionados anteriormente cuál es el que Ud. sabe usar? _____ y ¿cuanto sabe del mismo? Nada

Poco Mucho

- 25. Aparte de los métodos anticonceptivos antes mencionados ¿Ud. conoce alguno mas? Especifique:** _____
- 26. ¿Quienes piensa Ud. que influyen para que los jóvenes inicien la actividad sexual?**
 Amigos Familiares Profesores Televisión Novio Nadie
- 27. ¿Si Ud. trabaja, ha recibido información sobre sexualidad y anticoncepción?**
 Si No trabajo todavía
- 28. ¿Que metas tienes Ud. de aquí en unos 5 años?**
 Trabajar Ir a la universidad Formar un negocio Viajar
 Ser padre/madre No sabe
- 29. La atención que ha recibido en las instituciones de salud sobre sexualidad y anticoncepción es:**
 Malo Regular Bueno Muy Bueno No he consultado
- 30. ¿Existe un espacio en las clases para que Uds. los jóvenes se expresen con libertad sobre sexualidad?** Si No
- 31. ¿Cree Ud. que tener relaciones con mas de una pareja aumenta la probabilidad de embarazo?**
 Si No
- 32. ¿Como le gustaría aprender sobre sexualidad?**
 Videos Charlas Talleres
- 33. ¿Con quien le gustaría aprender sobre sexualidad?**
 Alguien de su misma edad Instructor Profesor Famoso
 De su mismo sexo Profesional de Salud
- 34. ¿Ah solicitado Ud. anticonceptivos en la unidad de salud?**
 Si No
- 35. ¿Ah tenido dificultades para conseguir anticonceptivos en la unidad de salud?**
 Si No No he ido Solo compro en la farmacia
Especifique el problema que presenta:
 Vergüenza No sabia que había en las instituciones de salud
 Como no he usado no sé que problemas habrá
- 36. ¿Ah discutido con su pareja el uso de anticonceptivos?**
 Siempre Rara vez Nunca
- 37. ¿En su pareja quien decide el uso de anticonceptivos?**
 El Ella Los dos No usamos No hemos discutido Todavía no tengo relaciones sexuales
- 38. ¿Quien solventa sus gastos?** Padres Familiares Amigos
- 39. ¿Quien paga los anticonceptivos que Ud. usa?**
 Yo Padres Pareja Son gratis No usamos No tengo relaciones sexuales todavía
- 40. ¿Cual seria su reacción ante un embarazo?**

Apoyarnos mutuamente Pedir ayuda a los padres de cada uno
 Dejar que ella resuelva, es su problema No hacer nada Negarlo todo

41. ¿Que tema sobre sexualidad es el que más le llama la atención?

- Enfermedades de transmisión sexual y su prevención Embarazo y su prevención
 Métodos anticonceptivos Aborto Lactancia Todos

GLOSARIO

HPDA: Hospital Provincial Docente Ambato

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas

ENDES: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar

SENPLADES: Secretaría de Planificación para el Desarrollo

PEA: Población económicamente activa

ADAS: Servicios de Atención Diferenciada para Adolescentes

SSR: Salud sexual y reproductiva

PAPEA: Plan andino prevención del embarazo en adolescentes

ENIPLA: Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y
Prevención del Embarazo en Adolescentes

SCS: Subcentro de salud

ETS: Enfermedad de transmisión sexual

VIH: Virus de inmunodeficiencia humana

DIU: Dispositivo intrauterino

WAS: World Association For Sexology

COF: Centro de Orientación Familiar

DS: Desviación estándar

AC: anticonceptivos

RSR: Relaciones sexuales de riesgo

nc: Nivel de confianza

IC: Intervalo de confianza

SIDA: síndrome de inmunodeficiencia adquirida

DOBE: Departamento de orientación para el bienestar estudiantil

IRS: Inicio de las relaciones sexuales