



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

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

“DISEÑO DE ESTRATEGIAS PARA PREVENIR EMBARAZOS EN ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS DE LA PARROQUIA SAN BUENAVENTURA, PARTIENDO DEL ANÁLISIS DE SUS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES, PRÁCTICAS Y PERCEPCIONES CULTURALES SOBRE SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCIÓN”

Requisito previo para optar por el título de Médico

Autora: Panchi Paredes, Mireya Yesenia

Tutor: Dr. Neto Mullo, Becker Santiago

Ambato – Ecuador

Enero – 2014

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el Tema:

“DISEÑO DE ESTRATEGIAS PARA PREVENIR EMBARAZOS EN ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS DE LA PARROQUIA SAN BUENAVENTURA, PARTIENDO DEL ANÁLISIS DE SUS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES, PRÁCTICAS Y PERCEPCIONES CULTURALES SOBRE SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCIÓN” de Mireya Yesenia Panchi Paredes 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, Noviembre 2013

EL TUTOR

.....

Dr. Becker Neto

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADUACIÓN

Los criterios en el trabajo de investigación **“DISEÑO DE ESTRATEGIAS PARA PREVENIR EMBARAZOS EN ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS DE LA PARROQUIA SAN BUENAVENTURA, PARTIENDO DEL ANÁLISIS DE SUS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES, PRÁCTICAS Y PERCEPCIONES CULTURALES SOBRE SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCIÓN”** como también los contenidos, ideas, análisis y conclusiones y propuesta son exclusiva responsabilidad de mi persona como autora de éste trabajo de grado.

Ambato, Noviembre 2013

LA AUTORA

.....
Mireya Yesenia Panchi Paredes

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 autora.

Ambato, Noviembre 2013

LA AUTORA

.....
Mireya Yesenia Panchi Paredes

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el informe de investigación, sobre el tema **DISEÑO DE ESTRATEGIAS PARA PREVENIR EMBARAZOS EN ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS DE LA PARROQUIA SAN BUENAVENTURA, PARTIENDO DEL ANÁLISIS DE SUS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES, PRÁCTICAS Y PERCEPCIONES CULTURALES SOBRE SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCIÓN**” de Mireya Yesenia Panchi Paredes, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Enero 2014

Para constancia firma:

PRESIDENTE/A

1ER VOCAL

2DO VOCAL

DEDICATORIA

La culminación de este trabajo lo dedico a aquellos seres que me dieron

la vida, mis padres:

Delia María Paredes

Luis Marcelo Panchi

Luz que guía mis pasos, muro donde siempre encontré apoyo, palabra de aliento, consuelo de mis tristezas, emblema de batalla e inspiración de mis anhelos.

A mis mejores amigas y compañeras de travesuras:

Aracely Maricruz

Raquel Maricela

Anhelo de niñez

Cristales de mi pensamiento

Al pequeño:

Arielito

Sonrisa de mi corazón

Travesura y ternura que da calma a mi mente.

AGRADECIMIENTO

Al finalizar esta etapa de mi vida, agradezco a Dios por su infinita sabiduría quien alguna vez me hizo tropezar pero me dio el valor para ponerme de pie y continuar el camino que me tenía preparado, mostrándome la luz entre tanta tiniebla y regalándome la oportunidad de seguir esta maravillosa carrera, agradezco a aquellos ángeles que Dios me dio como padres quienes con su ejemplo inspiraron mi vida y forjaron mis ilusiones, como no agradecer su dedicación, trabajo y preocupación que como barro y arcilla fueron forjando esta vasijas que por fin ha sido terminada.

Expreso mis más sinceros agradecimientos a la Universidad Técnica de Ambato, en particular a la Carrera de Medicina por formarme como profesional, por nutrir de conocimientos mi mente que será mi herramienta de trabajo de hoy en adelante. Gracias por permitirme concluir uno de mis más grandes anhelos. Y como no agradecer al Hospital Provincial General de Latacunga, que fue mi segundo hogar durante el internado, donde me formé como médico y viví experiencias inolvidables.

Dejo constancia de imperecedera gratitud al Dr. Becker Neto que como tutor de tesis y amigo ha compartido sus conocimientos, guío y motivó paso a paso la realización de este trabajo.

Mi gratitud al Dr. Juan Carlos Jara, Director del Sub centro de salud de San Buenaventura quien puso la primera piedra en este proyecto y no dejó de alentar su realización.

Agradezco a la hermosa parroquia de San Buenaventura por ser la tierra donde nací y lugar en el que realice mi tesis, a los directores de los Centros Educativos, Párroco del Santuario y al Presidente de la Junta Parroquial, quienes permitieron desarrollar este proyecto y me brindaron su apoyo, a los adolescentes meta de mis objetivos, que ayudaron a la cristalización de este trabajo.

Mireya Yesenia Panchi Paredes

Contenido

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADUACIÓN	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
RESUMEN	xviii
SUMMARY.....	xix
INTRODUCCIÓN.....	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	7
1.2.3. Árbol de problemas	8
1.2.4. Prognosis	10
1.2.5. Formulación del problema.....	10
1.2.6. Preguntas directrices	11
1.2.7. Delimitación de la investigación	11
1.3. Justificación	11
1.4. Objetivos.....	13
1.4.1. General	13
1.4.2.Específicos.....	13

CAPÍTULO II	14
MARCO TEÓRICO	14
2.1. Antecedentes investigativos.....	14
2.2. Fundamentación filosófica	17
2.3. Fundamentación legal.....	18
2.3.1. La salud un derecho.....	18
2.3.2. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes en el marco de los derechos humanos	18
2.3.3. Los Objetivos de desarrollo del Milenio y la salud sexual y reproductiva	19
2.3.4. Constitución Política del Ecuador	20
2.3.5. Ley Orgánica de la Salud.....	20
2.3.6. Ley Sobre la Educación Sexual y el Amor	21
2.4. Categorías fundamentales	24
2.5. Conceptualización de las variables.....	25
2.5.1. Conceptualización de la variable independiente	25
2.5.1.1. Marco Institucional	25
2.5.1.2. Dinámica Poblacional.....	26
2.5.1.3. Adolescencia.....	27
1) Adolescencia y el activismo sexual.....	29
2) La adolescencia ante el amor y el deseo.....	30
3) Sexualidad.....	31
a) Identidad Sexual	32
b) Los riesgos del amor.....	32
c) Amor y coito	33
d) Características de la conducta sexual adolescente	34
2.5.1.4. Conocimiento, actitudes, prácticas y percepciones culturales	35
1. Conocimientos	35
2. Actitudes	37
2.1. Formación de las actitudes	37
2.2. Dimensión de la medición de las actitudes	38
2.3. Evaluación de las actitudes.....	38
3. Cultura y Jóvenes	39

2.5.2. Conceptualización de variable dependiente.....	40
2.5.2.1. Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENIPLA).	40
2.5.2.2. Anticoncepción en la adolescencia	42
Requisitos para anticoncepción en la adolescencia.....	42
2.5.2.3. Consejo anticonceptivo	44
1)Consentimiento.....	46
2)Competencia.....	47
2.5.2.4. Métodos anticonceptivos.....	48
1. Métodos Naturales de Planificación Familiar (MNPF).....	48
2. Métodos de Barrera	53
3. Anticoncepción hormonal.....	55
4. Quirúrgicos.....	58
Contraindicaciones Generales de anticoncepción en la adolescencia.....	58
2.5.2.5. Embarazo en adolescentes.....	61
1Causas de embarazo en adolescentes.....	62
a)El inicio precoz de las relaciones sexuales.....	62
b) No utilización de anticonceptivos.....	63
2. Prevención del embarazo	66
2.6. Hipótesis	68
CAPÍTULO III.....	69
METODOLOGÍA	69
3.1. Enfoque investigativo	69
3.2Modalidad básica de la investigación.....	70
3.3. Tipo de investigación	70
3.4Población y muestra.....	70
3.5. Operacionalización de variables	72
3.6. Técnica e Instrumentos.....	76
3.7Plan de recolección de información	78
3.8.Plan de procesamiento y análisis de la información	78

CAPÍTULO IV.....	79
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	79
4. Análisis de resultados	79
4.1. Análisis de la entrevista	79
4.2. Análisis de Encuestas	82
4.2.1. Análisis de la encuesta N°1 adolescentes de 14 a 19 años	82
4.2.1.1. Edad y género.....	82
4.2.1.2. Estado civil.....	83
4.2.1.3. Nivel educativo.....	84
4.2.1.4. Pregunta1: ¿Qué entiende por sexualidad?.....	84
4.2.1.5. Pregunta 2: ¿Qué entiende por métodos anticonceptivos?	86
4.2.1.6. Pregunta 3: Marque los métodos anticonceptivos que más conoce	89
4.2.1.7. Pregunta 4: Cuando un hombre o una mujer utilizan anticonceptivos es porque:	92
4.2.1.8. Pregunta 5: A qué edad tuvo su primera relación sexual.....	94
4.2.1.9. Pregunta 6: Cuando tiene relaciones sexuales usa usted o su pareja algún método anticonceptivo	95
4.2.1.10. Pregunta 7: Con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales.....	97
4.2.1.11. Pregunta 8: De dónde obtiene mayor información de métodos anticonceptivos	97
4.2.1.12. Pregunta 9: En casa hablan sobre anticonceptivos	99
4.2.1.13. Pregunta 10: Ha visitado la página web www.sexualidadsinmisterios	100
4.2.1.14. Actitudes	101
4.2.2. Análisis encuesta N° 2 dirigida a embarazadas y/o madres adolescentes.....	102
4.2.2.1 Edad.....	103
4.2.2.2. Nivel educativo.....	103
4.2.2.3. Estado civil.....	104
4.2.2.4 Pregunta 1: ¿Qué entiende por métodos anticonceptivos?	105
4.2.2.5. Pregunta 2: Métodos anticonceptivos que más conoce	106

4.2.2.6. Pregunta 3: Dónde obtiene mayor información sobre métodos anticonceptivos.	107
4.2.2.7. Pregunta 4: En casa hablaban de métodos anticonceptivos antes de su embarazo	108
4.2.2.8. Pregunta 5: Inicio de vida sexual activa	109
4.2.2.9. Pregunta 6: Por qué decidió tener relaciones sexuales por primera vez.	111
4.2.2.10. Pregunta 7: Cuándo se quedó embarazada fue:	113
4.2.2.11. Pregunta 8: Continúa con sus estudios, recibió apoyo de sus padres.....	114
4.2.2.12. Pregunta 9: Cuáles piensa usted que fueron las causas de su embarazo.	116
4.2.2.13. Pregunta 10: Escala de actitudes.....	119
4.2.2.14. Pregunta 11. Su primer hijo o hija nació por:	120
4.2.2.15. Pregunta 12. A cuántos controles prenatales asistió en su primer embarazo	121
4.2.2.16. Pregunta 13. ... Durante su primer embarazo presentó alguna de las siguientes complicaciones:.....	121
4.3. Verificación de la Hipótesis	123
Fuente: Encuesta N° 2 y registro obstétrico Sub Centro de Salud.....	123
Realizado por: PANCHI, Yesenia	123
CAPÍTULO V.....	127
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	128
5.1. Conclusiones	128
5.2. Recomendaciones	129
CAPÍTULO VI.....	131
LA PROPUESTA	131
6.1. Tema.....	131
6.2. Datos informativos	131
6.2.1. Institución ejecutora	131
6.2.2. Beneficiarios	131
6.2.3. Ubicación	131

6.2.4. Entidades responsables.....	131
6.2.5. Tiempo estimado.....	131
6.3. Antecedentes de la propuesta	132
6.4. Justificación	134
6.5. Objetivos.....	135
6.5.1. Objetivo general.....	135
6.5.2. Objetivo específico.....	136
6.6. Análisis de factibilidad.....	136
6.7. Fundamentación	137
6.8. Identificación del problema	140
6.9. Plan Operativo	141
6.9.1. Estrategia 1. Estrategias educomunicativas para establecimientos educativos de la parroquia.....	142
6.9.2. Estrategia 2. Promoción de la página web Sexualidad sin misterios	144
6.9.3. Estrategia 3. Participación del comité parroquial de salud en acciones de difusión y promoción.....	145
6.9.4. Estrategia 4. Modelo de Servicios de Salud amigables	146
6.9.5. Estrategia 5. Diseño de indicadores de comportamiento sexual y reproductivo	150
6.10. Administración	153
6.11. Previsión de evaluación	154
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	155
Bibliografía.....	155
Linkografía	155
Citas Bibliográficas de UTA	161
ANEXOS	163
Anexo 1. Embarazo en adolescentes en el Ecuador	163
Anexo 2. Porcentaje de uso de anticonceptivos*, según nivel de instrucción y edad, 2004.	164

Anexo 3. Embarazo adolescente en los tres últimos censos de población y vivienda*Provincia.....	165
Anexo 4 Entrevistas a actores sociales de la parroquia.....	166
Anexo 5. Registro Embarazos adolescentes periodo Enero- Agosto 2013	179
Anexo 6. ENCUESTA 1: ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS.....	180
Anexo 7. ENCUESTA 2: EMBARAZADAS Y MADRES ADOLESCENTES	182
GLOSARIO	184

CONTENIDO DE FLUJOGRAMAS

Flujo grama 1. Árbol de problemas	9
Flujo grama 2. Primer componente	147
Flujo grama 3. Estrategias para prevenir embrazo en adolescentes	153

CONTENIDO DE FOTOS

Foto 1. Santuario de San Buenaventura	25
Foto 2. Jóvenes de San Buenaventura	27

CONTENIDO DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1. Objetivos de Desarrollo del Milenio	19
Gráfico N° 2. Red de inclusiones conceptuales	24
Gráfico N° 3. Edad de los adolescentes de San Buenaventura	83
Gráfico N° 4. Estado civil de los adolescentes.....	83
Gráfico N° 5. Nivel educativo	84
Gráfico N° 6. Frecuencia*sexualidad	85
Gráfico N° 7. Qué entiende por métodos anticonceptivos	86
Gráfico N° 8. Prevención de enfermedades y evitar ETS	87
Gráfico N° 9. Anticoncepción es igual a anticonceptivos	88
Gráfico N° 10. Anticoncepción más conocidos	90

Gráfico N° 11. Usar anticonceptivos	93
Gráfico N° 12. Ha tenido relaciones sexuales.....	94
Gráfico N° 13. Edad * Inicio de vida sexual.....	94
Gráfico N° 14. Uso de anticonceptivos	95
Gráfico N° 15. Qué anticonceptivo usa:.....	96
Gráfico N° 16. Parejas sexuales	97
Gráfico N° 17. Fuentes de información	98
Gráfico N° 18. Encuesta 2.....	102
Gráfico N° 19. Edad de las adolescentes	103
Gráfico N° 20. Nivel educativo de las adolescentes.....	103
Gráfico N° 21. Estado civil de las adolescentes.....	104
Gráfico N° 22. Métodos anticonceptivos	105
Gráfico N° 23. Cuántos anticonceptivos conoce, antes de embarazarse	106
Gráfico N° 24. Anticonceptivos más conocidos.....	107
Gráfico N° 25. Principales fuentes de información.....	108
Gráfico N° 26. Hablan de métodos anticonceptivos en casa antes del embarazo	108
Gráfico N° 28. Inicio de vida sexual	109
Gráfico N° 29. Uso de protección durante la primera relación sexual ...	110
Gráfico N° 30. Anticonceptivos utilizados por las adolescentes.....	111
Gráfico N° 31. Causas*primera relación sexual	112
Gráfico N° 32. Otra causa	113
Gráfico N° 33. Embarazo*relaciones sexuales	113
Gráfico N° 34. Nivel educativo*primer embarazo.....	114
Gráfico N° 35. Continúo estudiando.....	114
Gráfico N°36. Recibió apoyo de sus padres para continuar estudiando	115
Gráfico N° 37. Uso de métodos anticonceptivos después del primer embarazo	115
Gráfico N° 38. Fue irresponsable por no usar métodos anticonceptivos	116
Gráfico N° 39. Causas del embarazo adolescente	117
Gráfico N° 40. Otras causas del embarazo adolescente	117
Gráfico N° 41. Responsabilidad compartida	120

Gráfico N° 42. Embarazo*Maternidad.....	120
Gráfico N° 43. Número de controles prenatales.....	121
Gráfico N°44. Complicaciones obstétricas.....	121

CONTENIDO DE TABLAS

Tabla N° 1. Etapas de la adolescencia	29
Tabla N° 2. Operacionalización variable independiente.....	72
Tabla N° 3. Operacionalización de la variable dependiente.....	74
Tabla N° 4. Resultados Entrevista a Actores sociales	80
Tabla N° 5. Edad*Genero	82
Tabla N° 6. Sexualidad	84
Tabla N° 7. Cuántos métodos anticonceptivos conoce.....	89
Tabla N° 8. Cuantos métodos anticonceptivos conoce * Genero.....	89
Tabla N° 9. Frecuencias *Anticonceptivos más conocidos	90
Tabla N° 10. Conocimiento de métodos anticonceptivos *Nivel educativo	92
Tabla N° 11. Usar anticonceptivos.....	92
Tabla N° 12. Inicio de vida sexual.....	94
Tabla N° 13. Género *Usa algún método anticonceptivo.....	96
Tabla N° 14. Frecuencia * Fuentes de información.....	97
Tabla N° 15. En casa hablan de métodos anticonceptivos	99
Tabla N° 16. Quién habla en casa de métodos anticonceptivos.....	99
Tabla N° 17. Ha visitado www.sexualidadsinmisterios	100
Tabla N° 18. Le gustaría recibir información sobre sexualidad a través de Facebook.	101
Tabla N° 19. Tabla de actitudes.....	101
Tabla N° 20. Frecuencias* Anticonceptivos	106
Tabla N° 21. Frecuencias* Fuente de información.....	107
Tabla N° 22. Frecuencias * Primera relación sexual.....	111
Tabla N° 23. Frecuencias * Causas del embarazo adolescente	116
Tabla N° 24. Escala de Actitudes.....	119

Tabla N° 25. Tabla de contingencia: Conocimientos * Cuando tiene relaciones sexuales usa algún método anticonceptivo	123
Tabla N° 26. Pruebas de chi-cuadrado	123
Tabla N° 27. Tabla de contingencia Cuando utilizan anticonceptivos eres responsable * Cuando tiene relaciones sexuales utiliza algún método anticonceptivo	124
Tabla N° 28. Pruebas de chi-cuadrado	125
Tabla N° 29. Tabla de contingencia Hablan en casa de métodos anticonceptivos* Cuando tiene relaciones sexuales utiliza algún método anticonceptivo.	126
Tabla N° 30. Pruebas de chi-cuadrado	126
Tabla N°31. Análisis de problemas	140
Tabla N°32. Plan operativo	141
Tabla N°33. Estrategia 1	142
Tabla N°34. Estrategia 2	144
Tabla N°35. Estrategia 3	145
Tabla N°36. Indicadores de impacto final	150
Tabla N°37. Indicadores de impacto intermedio	150
Tabla N°38. Indicadores de proceso	151
Tabla N°39. Indicadores de estructura	152

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

“DISEÑO DE ESTRATEGIAS PARA PREVENIR EMBARAZOS EN ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS DE LA PARROQUIA SAN BUENAVENTURA, PARTIENDO DEL ANÁLISIS DE SUS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES, PRÁCTICAS Y PERCEPCIONES CULTURALES SOBRE SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCIÓN”.

Autor: Panchi Paredes, Mireya Yesenia

Tutor: Dr. Neto Mullo, Becker Santiago

Fecha: Noviembre del 2013

RESUMEN

Objetivo: Diseñar estrategias para prevenir el embarazo en los adolescentes de 14 a 19 años de la parroquia San buenaventura a partir de evaluar los conocimientos, actitudes, prácticas y percepciones culturales sobre sexualidad y metodología anticonceptiva.

Diseño: estudio descriptivo, transversal

Método y material: se seleccionaron al azar y sin distinción de género o etnia 175 adolescentes

entre la edad de 14 a 19 años, entre ellos 14 adolescentes embarazadas y 11 madres adolescentes que acudieron entre junio a noviembre del 2013 para control del embarazo y control de niño sano al Sub centro de San Buenaventura, a las que se les realizó una encuesta a través de un cuestionario.

Resultados: 55.2% de adolescentes relacionan la sexualidad con relaciones sexuales entre hombre y mujer, 26.7 % piensa que los métodos anticonceptivos sirven para evitar el embarazo, en promedio los adolescentes conocen 3 métodos anticonceptivos, 30.9% conoce el preservativo, el promedio de inicio de vida sexual es 16 años igual para hombres y mujeres, 54% de adolescentes no usan métodos anticonceptivos cuando tiene relaciones sexuales, 31.3% obtiene información sobre métodos anticonceptivos en los centros educativos, 80% no ha visitado la página web sexualidad sin misterios, 53% de las adolescentes no utilizan anticonceptivos para prevenir u segundo embarazo. 80% piensa que fue irresponsable por tener relaciones sexuales sin protección.

Conclusiones:

Los conocimientos de los adolescentes sobre sexualidad son conceptos fríos, que giran en torno al plano biológico y reproductivo, que no les permite tomar decisiones adecuadas.

A pesar de tener conocimientos sobre metodología anticonceptiva, los adolescentes no se protegen durante las relaciones sexuales, mostrando actitud de irresponsabilidad frente a su vida sexual.

PALABRAS CLAVES: SEXUALIDAD, ADOLESCENTES, ANTICONCEPCIÓN, BIOLÓGICO, EMBARAZOS.

TECHINICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
MEDICAL CAREER

"DESIGN STRATEGIES TO PREVENT TEEN PREGNANCY IN 14 TO 19 YEARS OF DE SAN BUENAVENTURA PARISH, ANALYSIS STARTING YOUR KNOWLEDGE, ATTITUDES, PRACTICES AND CULTURAL PERCEPTIONS OF SEXUALITY AND CONTRACEPTION"

Author: Panchi Paredes, Mireya Yesenia

Tutor: Dr. Neto Mullo, Becker Santiago

Date: November 2013

SUMMARY

Objective: design strategies to prevent teen pregnancy of 14-19 years of the San Buenaventura parish, analysis strating your knowledge, attitudes, practices and cultural perceptions of sexuality and contraceptive methods.

Design: cross-sectional study

Method and material: randomly selected without regard to gender or race 175 teenagers between the age of 14-19 years, including 14 teen pregnancy and 11 teenage mothers, attending from June to November 2013 for prenatal control and healthy child control of Health sub-center of San Buenaventura, which were surveyed by questionnaire.

Results: 55.2 % of adolescents relate sexuality with "sex between men and women", 26.7 % think that contraception are used to prevent pregnancy, the adolescents known 3 contraception average, 30.9 % know the condom , the first intercourse is 16 years for men and women, 54 % of teenagers do not use contraception when you have sex , 31.3 % get information about contraception in schools , 80% have not visited the website www.sexualidadsinmisterios, 53 % of teenagers do not use contraceptives to prevent or second pregnancy, 80% think it was irresponsible to have unprotected sex.

Conclusions: Knowledge of adolescents about sexuality are cool concepts that revolve around the biological level and reproductive, which enables them to make appropriate decisions. Despite having knowledge of contraceptive methods, adolescents they engage in unprotected sex, showing attitude of irresponsibility against sexual life.

KEYWORDS: SEXUALITY, TEENS, CONTRACEPTION, BIOLOGIC, PREGNANCY.

INTRODUCCIÓN

El embarazo en adolescentes es actualmente un problema muy preocupante y generador de grandes consecuencias en la salud individual, familiar y colectiva. La fecundidad es más alta en países en desarrollo como el nuestro y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque, de mejorarse las condiciones, ella podría descender. El embarazo en la adolescencia es uno de los problemas que más preocupa a la población, al sector profesional, religioso, político y económico, pues en este fenómeno interviene una serie de variables desde lo sociocultural, la familia entre otras, pero lo más complejo es que una adolescentes en estado de gestación se ve limitada a alcanzar sus proyectos de vida.

En la actualidad el embarazo en adolescentes ha sido calificado como un problema de salud pública, ya que en los últimos años se ha presentado un incremento del número de jóvenes que son madres antes de cumplir 18 años según la OMS. Este problema constituye un obstáculo para lograr el desarrollo social, trayendo como consecuencia que un alto porcentaje de estas jóvenes tengan que abandonar o retrasar sus estudios y adentrarse en roles que no corresponden a su edad y para los cuales no están preparadas.

Los conocimientos, actitudes, prácticas y percepciones culturales sobre sexualidad y anticoncepción están influyendo en la salud sexual y reproductiva de la/os adolescentes, además que no les están permitiendo tomar decisiones adecuadas y oportunas. Los centros educativos, la familia son fuentes importantes de información, sin embargo los jóvenes buscan información en otras fuentes como internet, amigos o en lecturas poco serias y nada orientadoras. Adolescentes en edad cada vez más temprana viven el drama de la maternidad no deseada, con visos de tragedia frente al escándalo de la institución educativa, el rechazo de los

padres y el desprecio o la indiferencia de los demás. Sin preparación alguna para la maternidad, llegan a ella las adolescentes y esa imprevista situación desencadena una serie de frustraciones, sociales y personales.

La maternidad prematura incuba varios problemas, porque las causas son multifactoriales y complejas. El origen se halla en la inmadurez y la mala preparación de los padres; en los deficientes niveles de comunicación entre padres e hijos, y viceversa; en los cambios culturales que vive nuestra sociedad, especialmente derivados de las tecnologías (televisión, cine, celular, Internet). Una deficiente educación sexual conlleva a una escasa, deformada o idealizada información sobre anticoncepción, maternidad/paternidad y sexualidad. Cambios en la escala de valores y mayor permisividad sexual, presión de los medios de comunicación y dobles mensajes sociales: invitación/prohibición. Las dificultades de acceso a los servicios sanitarios y falta de habilidades sociales para conseguir asesoría y anticonceptivos.

Todo esto 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 socioeconómico.

Se trata de diseñar estrategias que ayuden a prevenir el embarazo en los adolescentes, desde lo preventivo, capaz de proporcionar alternativas a sus necesidades sexuales y afectivas que fomente actitudes positivas que potencien hábitos y vivencias afectivas y sexuales responsables, saludables y no sexistas.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Tema

“Diseño de estrategias para prevenir Embarazos en Adolescentes de 14 a 19 años de la parroquia San Buenaventura, partiendo del análisis de sus conocimientos, actitudes, prácticas y percepciones culturales sobre sexualidad y anticoncepción”.

1.2. Planteamiento del problema

1.2.1. Contextualización

Macro Contextualización

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como adolescencia al período entre los 10 y 19 años de la vida en el cual “el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica” (1). La adolescencia es una etapa evolutiva particular del ser humano, en la que se conjugan aspectos: biológicos, psicológicos, sociales y culturales.

El embarazo en la adolescencia es aquel que ocurre en mujeres menores de 20 años. A nivel mundial, cada año nacen 15 millones de niños(as) de mujeres menores de 20 años (2). Según estadísticas mundiales de la OPS, durante el período 2000-2005 el mayor porcentaje de embarazos adolescentes se ubica en América Latina y el Caribe (16.3%) seguido por África (15.8%). Norteamérica (12.2%), y finalmente Europa (7.0%). En América Latina, el país con mayor incidencia de embarazo adolescente fue Venezuela (20.5%), seguido de Brasil (18.0%), Colombia (16.9%),

Uruguay (15.8%), Ecuador (14.5%), Bolivia (14.1%), Argentina (13.6), Paraguay (13.4%), Perú (11.6%) y Chile (10.2%) (3).

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, 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 adolescente (4).

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 fenómeno (1).

Meso Contextualización

En el Ecuador viven cerca de dos millones y medio de adolescentes entre 10 y 19 años, los/as adolescentes representan el 20% del total de la población ecuatoriana (5). El embarazo en adolescentes está relacionado con el contexto cultural educativo, el 47% de las adolescentes que son madres y que están embarazadas no tiene instrucción escolar, seguidas de aquellas que tienen educación primaria con el 34% y con educación secundaria el 11%. Lo que limita seriamente sus posibilidades de estudio y acceso al mercado de trabajo, aparte de sus problemas (6). El embarazo en adolescentes de 15 a 19 años según datos en el período: 2005-2006 corresponden al 2,4% del total de adolescentes en el Ecuador (Ver: Anexo 1). En la Provincia de Cotopaxi según datos del Censo del 2010 corresponde al 16.45% (Ver: Anexo 3).

La edad promedio de inicio de la vida sexual en la mujer es de 14 años y, en el hombre, 15 años, la experiencia sexual está relacionada con la edad

de la mujer, así mismo, la experiencia sexual se relaciona en forma inversa con el nivel educativo, pues, desciende del 72% en las que no tienen educación formal al 35% en las que tienen instrucción superior (7).

En cuanto al conocimiento de métodos anticonceptivos en la provincia Pichincha el 99% de las mujeres entre 15 a 49 años de edad, posee este conocimiento, sin embargo solamente el 76% de este grupo de mujeres hace uso de métodos anticonceptivos. (CEPAR-ENDEMAIN: 2004)(8). Por el nivel de instrucción, se observa que las mujeres con instrucción primaria o ninguna forma de instrucción, que corresponden al 71% conocen y usan métodos anticonceptivos, seguido de mujeres con instrucción secundaria con el 81,1% y mujeres con educación superior el 79,2% (Ver: Anexo 2). Porcentaje de uso de anticonceptivos según nivel de instrucción y edad.

La desinformación es la principal causa por la que los jóvenes adquieren la paternidad temprana. Por ejemplo, el 25% de los partos atendidos en la Maternidad Isidro Ayora en Quito son de parejas entre 14 y 19 años, quienes señalaron no haberse informado sobre métodos anticonceptivos (9).

En los últimos años, se produjo en el Ecuador una más amplia divulgación del uso de anticonceptivos. Las cifras muestran un incremento en los últimos 5 años (10.5% al 13.5%) pero sigue siendo muy bajo entre mujeres rurales, con bajos niveles de instrucción e indígenas.

El Gobierno ecuatoriano se ha planteado como meta reducir para 2013 en un 25% los embarazos entre adolescentes para lo cual invirtió 29 millones de dólares en el 2012 año y 28 millones para el 2013 en una campaña que tiene como eslogan "Habla Serio. Sexualidad sin misterios"(1)

Micro Contextualización

Según datos estadísticos del Área 1 de salud de Cotopaxi durante el 2009 se registraron 653 adolescentes embarazadas en el cantón Latacunga la edad de las adolescentes giran entre los 10 y 14 años, equivalente al 0.12% de la población de esa edad (12.890) y entre 15 a 19 años equivalente al 5% de la población (10).

Teniendo como referencia al servicio Obstétrico del Hospital Provincial General de Latacunga un estudio realizado durante el período septiembre 2009 a marzo 2010 mostró que la incidencia de embarazo en las adolescentes fue 17.29% (415 casos), las características de estas adolescentes fueron: edad entre 14 a 18 años (43%) menarquía a los 13 años (40%), nulípara (92%), instrucción secundaria completa (72%) nivel socioeconómico regular (48%), recibieron tratamiento clínico (parto eutócico) (83%) y con 1 a 5 días de hospitalización. Entre las complicaciones obstétricas están: Aborto incompleto 19%, DCP 19%, APP 12%, ITU 12%, presentación fetal distócica 12%, preeclampsia 8%, expulsivo prolongado 5%, aborto diferido 4%, mortalidad fetal 3%, embarazo ectópico 3%, HIE 2%, eclampsia 1%. Se observa además una falta de evaluación clínica adecuada de las pacientes con los consiguientes efectos negativos en el manejo de las mismas (11).

En el subcentro de salud de San Buenaventura durante el periodo Enero–Agosto 2013 se registraron 61 embarazos de los cuales 14 pertenecen a adolescentes entre la edad de 14 a 16 años.

Debido a todo ello nuestra comunidad no está lejos de la realidad descrita anteriormente, y esta situación está presente entre los adolescentes de San Buenaventura y será importante evaluar los conocimientos, actitudes, prácticas y percepciones culturales sobre sexualidad y métodos anticonceptivos que están causando el embarazo en adolescentes,

además de la poca intervención por parte de las instituciones locales administrativas, educacionales y de salud.

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 potencian.

La legislación ecuatoriana, prevé el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en términos de confidencia e intimidad. 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 proporcionarle lo requerido, y si esto entra en conflicto con alguna normativa o disposición, el conflicto debe resolverse a favor del interés superior del/la adolescente, es decir su voluntad de prevenir el embarazo.

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 salud.

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.

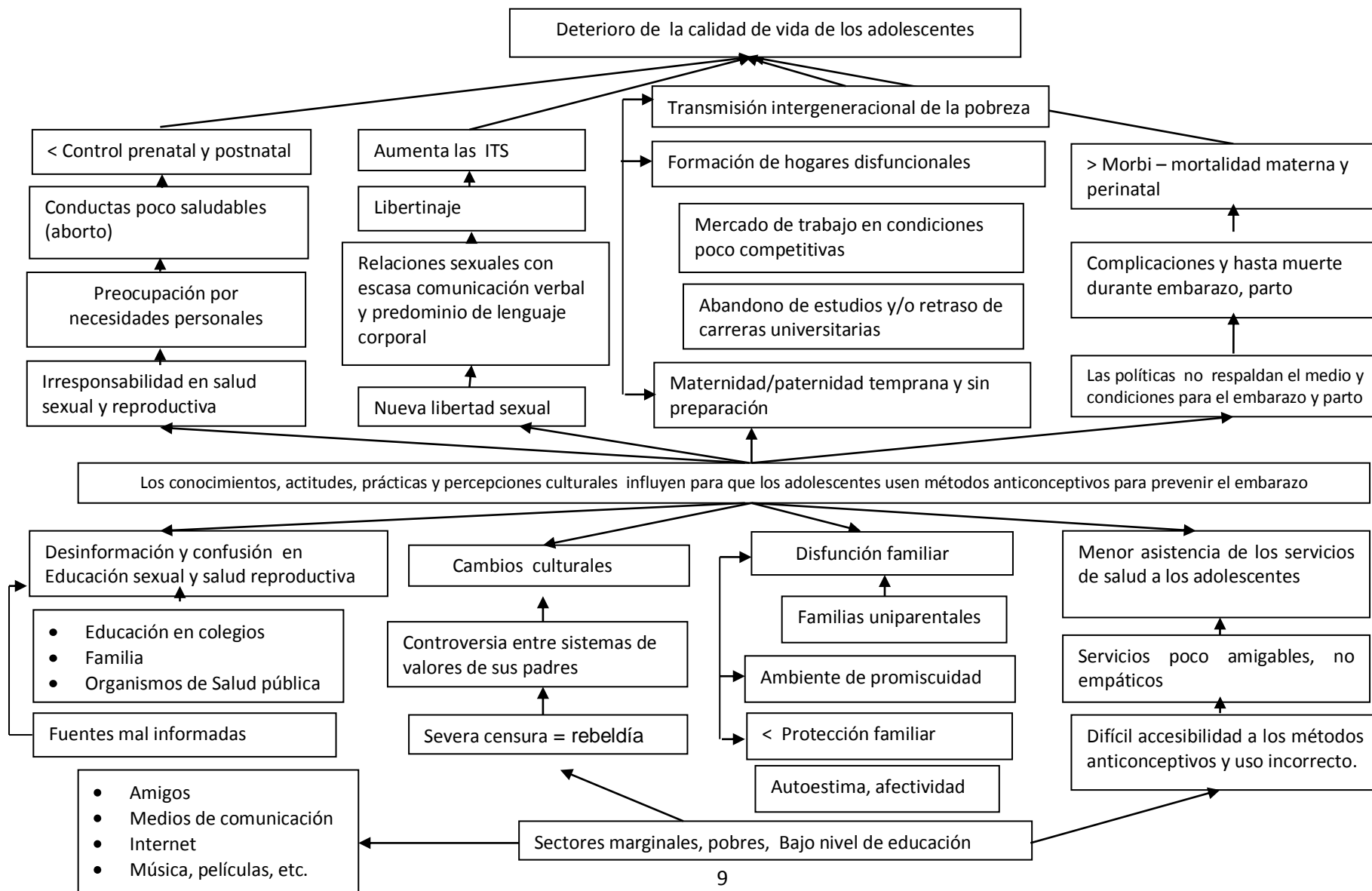
A pesar de que existen muchos esfuerzos por parte de organismos sectoriales de salud a base de planes, estrategias y acceso a planificación, se ha visto que no son suficientes aún falta elementos que aborden el problema en los cuales intervienen padres, adolescentes, sociedad y ambiente.

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. Árbol de problemas

Es interesante comprender la construcción de conocimientos, actitudes, percepciones culturales sobre sexualidad y métodos anticonceptivos que han ido adquiriendo significados o comprensiones diferentes en cada época histórica y régimen social. Estos son algunos de los factores que contribuyen al desarrollo del embarazo en adolescentes y sus efectos.

Flujo grama 1. Árbol de problemas



1.2.4. Prognosis

Si no se realiza este proyecto será muy difícil ubicarnos en el escenario actual donde se desarrollan los adolescentes de San Buenaventura, reconocer sus verdaderas necesidades, inquietudes y conocimientos sobre sexualidad y anticoncepción lo que ciertamente ha llevado a realizar programas de educación sexual poco favorables o amigables con los adolescentes pues no se sienten identificados con los contenidos y entonces tampoco aprenden, de ahí su actitud irresponsable y las decisiones inadecuadas con respecto a su salud sexual.

El embarazo adolescente es un problema de interés para toda la comunidad y si continua indiferente, los esfuerzos que se realizan serán simplemente inútiles y se mantendrá la actitud de rechazo que llevara al 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 procesos riesgos (abortos) en embarazos de edad gestacional avanzada, ejecutado por personal clandestino e inexperto con medidas sanitarias deplorables. La edad de iniciación sexual seguirá disminuyendo, tanto en hombres como mujeres, se seguirá teniendo creencias como que “en la primera relación no hay embarazo” lo que agudiza más la problemática.

La mayoría de madres adolescentes seguirán consiguiendo trabajos de baja productividad, con bajos salarios y sin cobertura de seguridad social y limitando su crecimiento personal y empeorando la calidad de vida de toda la comunidad.

1.2.5. Formulación del problema

¿En qué forma los conocimientos, actitudes, prácticas y percepciones culturales están influyendo en el uso de métodos anticonceptivos para prevenir el embarazo en los adolescentes de la parroquia San Buenaventura?

Variable independiente: Los conocimientos, actitudes, prácticas y percepciones culturales.

Variable dependiente: usar métodos anticonceptivos para prevenir el embarazo en los adolescentes.

1.2.6. Preguntas directrices

- ✓ ¿Cuáles son las causas y el escenario actual que está provocando el embarazo adolescente en la parroquia San Buenaventura?
- ✓ ¿Cuáles son las actitudes, prácticas y percepciones culturales que ponen en riesgo la salud sexual y reproductiva de los adolescentes?
- ✓ ¿Cuáles son los métodos anticonceptivos más conocidos y utilizados por los adolescentes?
- ✓ ¿Existe un trabajo interinstitucional en la parroquia en materia de salud sexual?

1.2.7. Delimitación de la investigación

- ✓ **Delimitación del contenido**

Campo: Hebiatría

Área: Educación sexual

Aspecto: Embarazos en adolescentes

- ✓ **Delimitación espacial:** esta investigación se realizara en:

País: Ecuador

Provincia: Cotopaxi

Cantón: Latacunga, parroquia San Buenaventura

- ✓ **Delimitación temporal:** este problema será estudiado, en el período comprendido entre Junio a octubre 2013.

1.3. Justificación

El presente trabajo investigativo justifica plenamente ya que no existe estudio alguno acerca de la salud sexual y reproductiva en las y los adolescentes de la parroquia San Buenaventura y mucho menos

estrategias que ayuden a prevenir el embarazo adolescente y sus repercusiones en el entorno social, económico, familiar y de salud, en el que se desarrollan.

Este trabajo de investigación es relevante, ya que él o la médica debe cumplir funciones investigativas a fin de contribuir a mejorar las condiciones bio-psico-sociales de los individuos y sus estilos de vida. Por eso, este estudio tiene como finalidad investigar los conocimientos, actitudes, prácticas y percepciones culturales sobre sexualidad y anticoncepción.

Además justifica, puesto que se inscribe en las líneas de acción de la carrera de Medicina de la UTA y la Universidad al promover este tipo de trabajos, logra vincularse con la comunidad y da respuesta desde la realidad.

Para cumplir con este proceso se obtendrán datos de fuentes directas e indirectas, para la fundamentación teórica y legal, el instrumento de recolección de información será la entrevista a los actores sociales de la comunidad, encuesta a adolescentes de los Colegios existentes en la parroquia, encuestas a jóvenes que fueron madres adolescentes, mismas que me permitirán evaluar y analizar las situaciones que se presentan en relación a la problemática en estudio, y de tal forma plantear alternativas de solución.

Se estratificará a los y las adolescentes que están en las edades de los 14 a 19 años, que es la etapa de la vida caracterizada por cambios biológicos, físicos y psicológicos, siendo considerada el rango crítico y dificultoso del ser humano en donde se desarrollan nuevas capacidades, se expresan habilidades y potencialidades particulares en el proceso de adaptación, caracterizándose este grupo por la búsqueda de su identidad sexual e independencia.

Desde la perspectiva moderna de la intervención en salud, si no se comprende la dinámica humana y dentro de ella la participación juvenil con responsabilidad se pone en riesgo la construcción de una sociedad saludable.

1.4. Objetivos

1.4.1. General

- ✓ Diseñar estrategias para prevenir el embarazo en los adolescentes de 14 a 19 años de la parroquia San Buenaventura a partir de evaluar los conocimientos, actitudes, prácticas y percepciones culturales sobre: sexualidad y metodología anticonceptiva.

1.4.2. Específicos

- ✓ Integrar información referente a las causas que están provocando el embarazo adolescente en la parroquia San Buenaventura para la construcción del escenario actual.
- ✓ Detectar ciertas actitudes, prácticas y percepciones culturales que ponen en riesgo la salud sexual y reproductiva de lo/as adolescentes.
- ✓ Identificar los métodos anticonceptivos más conocidos y utilizados por lo/as adolescentes.
- ✓ Conocer el trabajo interinstitucional que se realiza en la parroquia en materia de salud sexual.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes investigativos

En el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Santiago Oriente, Venezuela, en el período enero 2002 y marzo 2004 se realizó un análisis retrospectivo y descriptivo de las fichas clínicas de 350 adolescentes embarazadas de ellas se extrajeron datos respecto a la edad de embarazo, escolaridad, existencia de educación sexual previa a la concepción, donde la recibió, conocimiento de métodos anticonceptivos, solicitud, utilización y tiempo de uso de ellos. El objetivo de este trabajo fue dar a conocer la relación previa entre la educación sexual y el uso de métodos anticonceptivos (MAC) en las adolescentes que se embarazan. Los datos fueron analizados utilizando el software Microsoft Excel. Del total, un 79,5% (276) refirió haber recibido educación sexual, el 98,5% (342) dijo conocer algún MAC y el 36,5% (127) los utilizó; de éstas últimas, un 85,8% de las pacientes (109) los usó por un plazo menor a 6 meses. De las pacientes que afirmaron haber recibido educación sexual, sólo un 34% (94) usaba algún tipo de contraceptivo. Dentro de los MAC, los más usados fueron los anticonceptivos orales (55,1%). Es clara la relación del embarazo en la adolescencia con una mayor morbi-mortalidad materna, mortalidad perinatal, aborto, problemas psicológicos en la madre, deserción escolar, desempleo y pobreza, entre muchos otros, lo cual hace imprescindible tomar medidas de prevención y promoción de conductas sexuales responsables entre los adolescentes. Para esto, la educación sexual constituye un pilar fundamental. Sin embargo, en muchos casos la sola educación resulta ser insuficiente o bien ineficiente (12).

En el estudio de casos y controles, no pareado, realizado en el hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca en el área de Ginecología y Obstetricia entre junio 2010 y diciembre 2011 tuvo como objetivo: determinar las repercusiones familiares, sociales y las complicaciones materno-perinatales del embarazo en adolescentes. El grupo de casos lo conformaron 550 puérperas adolescentes ≤ 18 años que tuvieron un embarazo mayor de 27 semanas; el grupo control lo conformaron 550 puérperas de 20 a 30 años. Los datos se obtuvieron por encuesta directa y se analizaron con las pruebas estadísticas. Resultados: en las adolescentes hubo menos casadas, falta de apoyo de su pareja, menor utilización de anticonceptivos, más adicciones, mayor frecuencia de rotura prematura de membranas, amenazas de parto pretérmino y síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido. El embarazo en la adolescente, además de tener repercusiones materno perinatales es un problema sociocultural y económico, porque afecta a mujeres aún estudiantes, dependientes de sus padres, sin apoyo de su pareja, que no utilizan anticonceptivos, lo cual propicia nuevos embarazos e incremento de sus complicaciones. Por todo esto, queda de manifiesto la importancia de la educación que les permita conocer su sexualidad y los compromisos y riesgos que implica ejercerla; además de comprender y dimensionar la problemática (13).

Se realizó una intervención comunitaria en 30 adolescentes de 15 a 19 años, pertenecientes al consultorio médico N° 15 del área de salud del Policlínico "Carlos Alberto Ortega Ortega" de Palma Soriano, provincia de Santiago de Cuba, desde octubre de 2009 hasta mayo de 2010, a fin de modificar o ampliar sus conocimientos sobre el embarazo precoz y caracterizar a la población objeto de estudio según variables de interés. El estudio se dividió en 3 etapas: diagnóstica, de intervención propiamente dicha y de evaluación, Diagnóstica: Se aplicaron una planilla de consentimiento informado y 2 encuestas: una para caracterizar a la población objeto de estudio, que incluía las variables: edad de inicio de

las relaciones sexuales, historia obstétrica, estabilidad con la pareja, nivel de bidireccional con los padres sobre temas de sexualidad, funcionamiento familiar y antecedentes familiares de embarazo en la adolescencia; otra para determinar las necesidades de aprendizaje, que contenía 8 preguntas. Intervención: Contempló la organización de la muestra en 2 grupos (15 integrantes en cada uno) y la ejecución de las 9 sesiones de trabajo para impartir el programa de intervención educativa (4 horas al mes, distribuidas en una frecuencia por semana: miércoles en las tardes, una hora para cada subgrupo). Se desarrolló un plan temático donde se trataron aspectos de interés para todos los integrantes del estudio, para lo cual se utilizaron técnicas participativas, así como medios y métodos de enseñanza, todo a cargo de los propios autores.

Evaluación: una vez finalizada la intervención educativa se evaluó nuevamente el cuestionario con las mismas características iniciales y se valoraron las modificaciones ocurridas en los conocimientos antes y después de la intervención.

Los resultados de la acción educativa, fueron satisfactorios luego de impartidas las clases. Más de la mitad de las integrantes de la casuística (18, para 60,0 %) iniciaron las relaciones sexuales entre los 15 y 19 años, pero un número no menos importante (12, para 40,0 %), entre los 10 y 14 (principalmente en la etapa de la secundaria básica). El conocimiento sobre la edad adecuada para la concepción del embarazo era inadecuado en 28 adolescentes antes de la intervención (93,3 %); pero después de efectuada, 96,7% lo modificaron favorablemente, para una diferencia significativa. Antes de la intervención educativa pudo observarse que 20 adolescentes (66,7%) tenían escasos conocimientos sobre las consecuencias negativas del embarazo precoz para la madre y el niño; pero después de recibir las orientaciones precisas, 27 (90,0%) comprendieron lo importante que era evitar un embarazo a destiempo.

Con referencia a los distintos métodos anticonceptivos, previo a la intervención educativa, 22 de las participantes (73,3 %) poseían conocimientos inadecuados; sin embargo, la información ofrecida en los encuentros permitió que 93,3 % se apropiara de las nociones adecuadas al finalizar la actividad. Todos los problemas comentados sobre las consecuencias del embarazo en la adolescencia, pueden ser superados o evitados, puesto que se conocen las soluciones y se dispone de la tecnología adecuada para su prevención (14).

2.2. Fundamentación filosófica

Esta investigación se ubica en el paradigma Crítico-propositivo, pues nos conlleva no solo a determinar los conocimientos que tiene los adolescentes frente a los métodos anticonceptivos y cómo puede causar un embarazo, sino que además pretende proponer de manera adecuada medidas para prevenir esta situación. Se encamina a la investigación de conocimientos, actitudes, prácticas, percepciones culturales y otros factores que nos permitan intervenir a tiempo y evitar la aparición de este problema y su consiguiente progresión.

Este **paradigma** se fundamenta ontológicamente en la concepción de una realidad, en este caso el embarazo en adolescentes por la inadecuada información sobre métodos anticonceptivos, siempre cambiante, y abierta a nuevas posibilidades de prevención, no es simplemente abstracto, si no que trata de interpretar la realidad, y ser parte del relativismo científico que conlleva a la intervención de este problema.

Epistemológicamente esta investigación está dirigida a crear conocimiento científico que permita transformaciones en la sexualidad de la/os adolescentes y busca utilizar ese conocimiento para evitar el embarazo a temprana edad.

Axiológicamente, esta investigación se fundamenta en el deber que tenemos con la humanidad de dejar un legado, en donde se refleja el

ímpetu de defender la vida y no solo de ello sino también de mejorar la calidad de vida de la/os adolescentes.

2.3. Fundamentación legal

Dentro del marco legal que sustenta la problemática. El Ecuador es signatario de varios instrumentos internacionales aprobados por consensos, Conferencias y Convenciones Internacionales, entre las que podemos destacar:

2.3.1. La salud un derecho

El derecho al grado máximo de salud que se pueda lograr (denominado «derecho a la salud») como “El disfrute del más alto nivel posible de salud es uno de los derechos fundamentales de cualquier ser humano sin distinción de raza, religión, creencia política, ideológica y condición social o económica” se consagró por primera vez en la Constitución de la OMS (1946) y más adelante se reiteró en la Declaración de Alma-Ata de 1978 y en la Declaración Mundial de la Salud adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en 1998. Ese derecho ha sido reafirmado en toda una serie de instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos (15).

2.3.2. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes en el marco de los derechos humanos

Se puede afirmar que los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes se encuentran plenamente reconocidos y protegidos por acuerdos internacionales de derechos humanos, entre los que se destacan la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1981); la Convención sobre los Derechos del Niño (1990); la Declaración y Programa de Acción de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993); la Plataforma de Acción de la Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), y su seguimiento (Beijing+5); el Programa de Acción de la Conferencia

Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994), y su seguimiento (Cairo+5 y Cairo+10), y la Cumbre Mundial de 2005 (ODM). Por lo tanto, para los países constituye un deber inexcusable garantizar su efectivo cumplimiento.

2.3.3. Los Objetivos de desarrollo del Milenio y la salud sexual y reproductiva

La Cumbre del Milenio en el año 2000, los 189 países miembros de las Naciones Unidas, se establece ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), con el propósito de garantizar un desarrollo económico sostenible, de ellos tres se refieren a: igualdad entre géneros y la autonomía de la mujer, reducción de la mortalidad en la infancia y al mejoramiento de la salud materna (16).

Gráfico N° 1. Objetivos de Desarrollo del Milenio

OBJETIVO DE DESARROLLO DEL MILENIO 4: REDUCIR LA MORTALIDAD EN LA INFANCIA	
Metas	Indicadores
4. A: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años.	4.1 Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años. 4.2 Tasa de mortalidad infantil 4.3 Proporción de niños de 1 año vacunados contra el sarampión.
OBJETIVO DE DESARROLLO DEL MILENIO 5: MEJORAR LA SALUD MATERNA	
Metas	Indicadores
5.A.: Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes.	5.1 Tasa de mortalidad materna 5.2 Proporción de partos con asistencia de personal sanitario.
5.B: Lograr, para el año 2015, el acceso universal a salud reproductiva.	5.3 Tasa de uso de anticonceptivos. 5.4 Tasa de natalidad entre las adolescentes. 5.5 Cobertura de atención prenatal (al menos una consulta y al menos cuatro consultas). 5.6 Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar.

Fuente: CENISMI 2011

En mayo de 2004, en la 57ª Asamblea Mundial de la Salud de la OMS se aprobó la estrategia mundial de salud reproductiva, con el propósito de acelerar el progreso hacia el logro de los ODM y los objetivos de salud reproductiva.

2.3.4. Constitución Política del Ecuador

La Constitución de la República del Ecuador, en el capítulo segundo derechos del buen vivir, sección Séptima-Salud explica en el artículo:

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Art. 35.- Declara que los “Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria... niñas, niños y adolescentes... recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado.” Los **Arts. 43, 47, 48, 49, 50, 51 y 52** señalan la responsabilidad y obligación estatal de emprender las acciones necesarias para impulsar el desarrollo, la protección integral y la vigencia de los derechos, principios y garantías a favor de los niños, niñas y adolescentes, a través de la organización del Sistema Nacional Descentralizado de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia, así como la obligación de los Gobiernos Autónomos Descentralizados de formular políticas y destinar recursos preferentes para servicios y programas orientados a la niñez y la adolescencia.

2.3.5. Ley Orgánica de la Salud

Así también la Ley Orgánica de la salud, en sus artículos 27, 28 y 62 contempla:

Art. 27.- El Ministerio de Educación y Cultura, en coordinación con la autoridad sanitaria nacional, con el organismo estatal especializado en género y otros competentes, elaborará políticas y programas educativos de implementación obligatoria en los establecimientos de educación a nivel nacional, para la difusión y orientación en materia de salud sexual y reproductiva, a fin de prevenir el embarazo en adolescentes, VIH-SIDA y otras afecciones de transmisión sexual, el fomento de la paternidad y maternidad responsables y la erradicación de la explotación sexual; y, asignará los recursos suficientes para ello.

Art. 28.- Los gobiernos seccionales, en coordinación con la autoridad sanitaria nacional, desarrollarán actividades de promoción, prevención, educación y participación comunitaria en salud sexual y reproductiva, de conformidad con las normas que ella dicte, considerando su realidad local.

Art. 62.- La autoridad sanitaria nacional elaborará las normas, protocolos y procedimientos que deben ser obligatoriamente cumplidos y utilizados para la vigilancia epidemiológica y el control de las enfermedades transmisibles, emergentes y reemergentes de notificación obligatoria, incluyendo las de transmisión sexual. Garantizará en sus servicios de salud, atención, acceso y disponibilidad de medicamentos, con énfasis en genéricos, exámenes de detección y seguimiento, para las enfermedades señaladas en el inciso precedente, lo cual también debe garantizar el sistema nacional de seguridad social.

2.3.6. Ley Sobre la Educación Sexual y el Amor

La ley sobre la educación de la sexualidad y el amor, en los artículos del 1 al 8 estipula lo siguiente.

Art. 1.- La educación en sexualidad y el amor será un eje transversal de los planes y programas de estudios en todos los centros educativos oficiales o privados del nivel pre-primario, secundario y técnico.

Art. 2.- La educación sobre la sexualidad y el amor se fundaran en el respeto de la dignidad de los seres humanos, de la vida, los valores éticos y morales conforme a las culturas existentes, como un elemento que contribuya al mejoramiento de la educación y eleve la calidad del aprendizaje en el campo de la sexualidad.

Art. 3.- La educación de la sexualidad y amor, deberá responder al medio, a la edad de los educandos y al rol esencial de los padres de familia, como orientadores netos de sus hijos.

Art. 4.- El Ministerio de Educación será el encargado de elaborar planes y programas abiertos y flexibles de educación sobre la sexualidad y el amor, previa consulta con instituciones y privadas y públicas que conozcan el tema.

Art. 5.- Todos los maestros deberán ser capacitados en el tema de la sexualidad y el amor, para lo cual el Ministerio de Educación, coordinara esta actividad con las universidades, institutos pedagógicos y otras entidades concedoras del tema. Todas las instituciones encargadas de la formación de docentes, deberán incluir como eje transversal de sus planes y programas el tratamiento de la sexualidad y el amor.

Art. 6.- El Ministerio de Educación, establecerá y realizará el monitoreo de los proyectos educativos que desarrollen todos los establecimientos, siempre en coordinación con los padres de familia y considerando su impacto en la vida personal, familiar y comunitario.

Art. 7.- El Ministerio de Educación será el encargado de coordinar con los medios de comunicación la difusión de programas referentes al tema de educación en sexualidad a fin de evitar que se distorsione lo establecido en el Sistema Educativo. El Ministerio de Educación controlará la calidad

en el contenido de los programas que se emitan en forma pública en lo que se refiere a la sexualidad y el amor.

Art. 8.- Todas las instituciones públicas y privadas deberán seguir los planes y programas propuestos por el Ministerio de Educación en lo relacionado con el tema de la sexualidad y el amor.

2.3.7. Código de la niñez y adolescencia

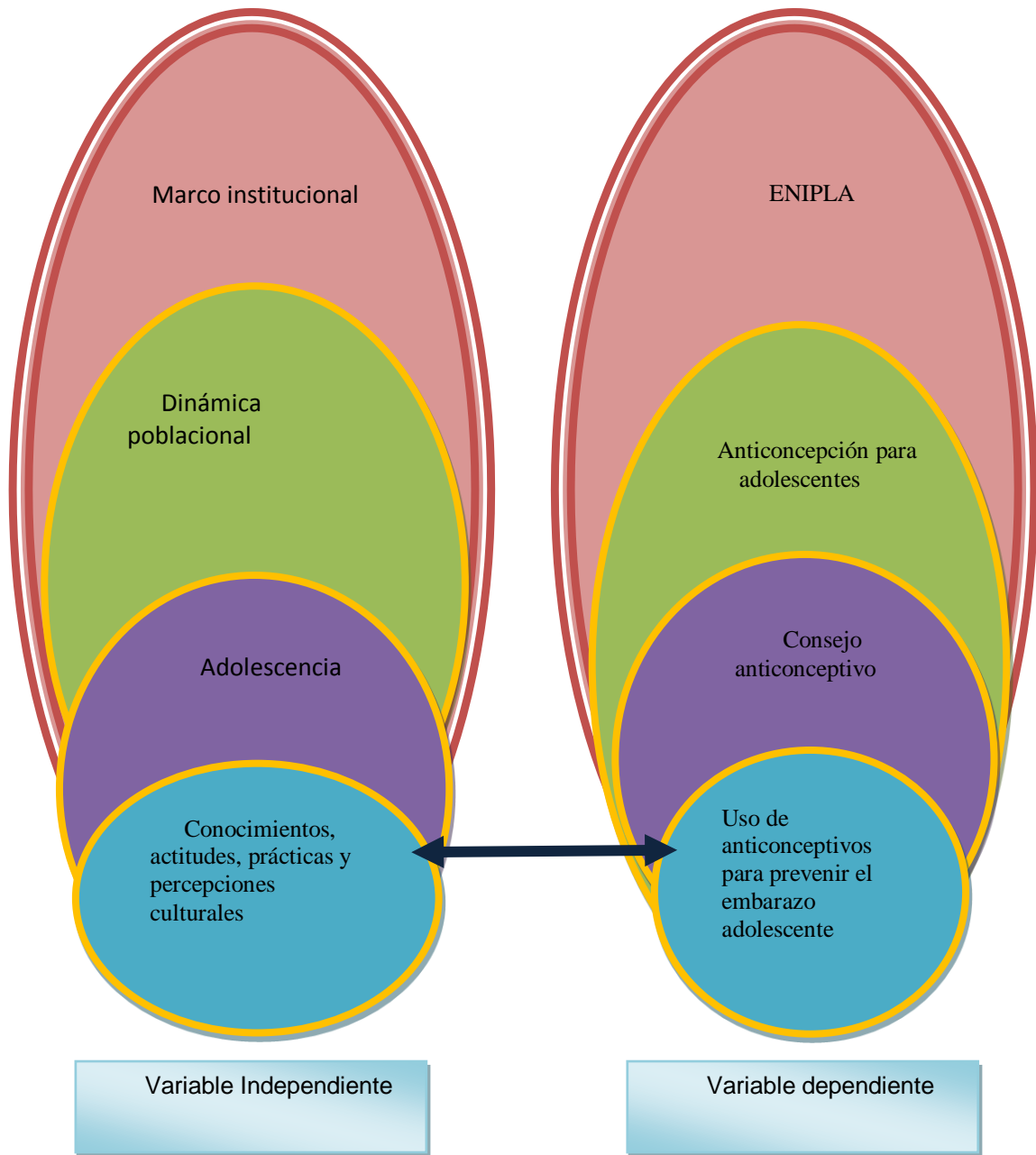
Art. 1.- Finalidad.- Este Código dispone sobre la protección integral que el Estado, la sociedad y la familia deben garantizar a todos los niños, niñas y adolescentes que viven en el Ecuador, con el fin de lograr su desarrollo integral y el disfrute pleno de sus derechos, en un marco de libertad, dignidad y equidad.

Art. 45.- Derecho a la información.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a buscar y escoger información; y a utilizar los diferentes medios y fuentes de comunicación, con las limitaciones establecidas en la ley y aquellas que se derivan del ejercicio de la patria potestad.

Es deber del Estado, la sociedad y la familia, asegurar que la niñez y adolescencia reciban una información adecuada, veraz y pluralista; y proporcionarles orientación y una educación crítica que les permita ejercitar apropiadamente los derechos señalados en el inciso anterior.

2.4. Categorías fundamentales

Gráfico N° 2. Red de inclusiones conceptuales



Elaborado: PANCHI, Yesenia

2.5. Conceptualización de las variables

2.5.1. Conceptualización de la variable independiente

2.5.1.1. Marco Institucional

San Buenaventura es una parroquia urbana del cantón Latacunga, provincia de Cotopaxi, Ecuador. Los límites son: al norte con la Parroquia Aláquez, al sur y al este la parroquia Juan Montalvo, al oeste con la parroquia Eloy Alfaro.



Foto 1. Santuario de San Buenaventura

Fuente: <http://facebook.com/sanbuenaventura.latacunga>

San Buenaventura está situado en la cabecera cantonal, se encuentra a una altitud de 2750 m.s.n.m., con una temperatura promedio de 12° C, se desarrollan cultivos de hortalizas, flores. Podemos encontrar grandes haciendas lecheras y florícolas, de igual forma podemos encontrar agricultores /as con menos de 500 m² de superficie cultivado con hortalizas y flores. En esta zona podemos encontrar extensiones considerables de pantanos y terrenos fangosos, con gran presencia de salitre. La vía principal de comunicación terrestre constituye la avenida Miguel Iturralde que divide longitudinalmente la parroquia en dos sectores oriental y occidental. San Buenaventura lo constituyen 12 barrios: María Jacinta, Santa Bárbara, Chile, El Centro, La libertad, Monjas, Bellavista, San Silvestre, Colaisa, San Francisco, Laigua Centro, Laigua Santo Domingo (17).

El gobierno local San Buenaventura es la Junta parroquial, integrado por los presidentes de los 12 barrios, dirigentes de organizaciones locales, representantes de establecimientos educativos, de la iglesia, salud y policía. Sus autoridades son elegidas en asamblea general por votación. Actualmente el presidente de la Parroquia es el Ing. Geovanny Cóndor.

Dentro de la parroquia se encuentran dos establecimientos educativos, la Unidad Educativa “Numa Pompilio Llona”, que educa a niños y niñas desde el inicial a décimo de básica, el centro educativo “Catorce de Julio” que oferta ciclo básico y carreras cortas como: belleza, metal mecánica y electricidad.

A nivel de servicios de salud, la parroquia cuenta con un centro de salud, perteneciente al Área 1, ofrece los siguientes servicios: medicina general, gineco-obstetricia y odontología.

2.5.1.2. Dinámica Poblacional

La población de la parroquia San Buenaventura es de 5633 habitantes, de los cuales 2660 son hombres y 2973 mujeres. La mayor concentración de la población se encuentra en el sector oriental. (INEC 2010). La población entre 14 a 19 años es: 645 de los cuales 329 son hombres y 316 mujeres. Algunos adolescentes se educan en los establecimientos de la parroquia mientras que otros lo hacen en centros educativos de la ciudad de Latacunga, a nivel de educación superior muchos migran a otras ciudades como Quito, Ambato, etc.

Las principales concentraciones de jóvenes están en grupos de catequesis, clubs deportivos, grupos de danza, grupo de amigos que por lo general se reúnen los días sábados y domingos.

La juventud de San Buenaventura se caracteriza por ser creativa y dinámica, participa de eventos sociales, deportivos, religiosos y hasta políticos, son los jóvenes quienes llenan de color y alegría los escenarios

de la parroquia. No se debe dejar de mencionar también la existencia de ciertas tribus urbanas como: Emos, Rockers, Punkeros, Góticos, etc.



Foto 2. Jóvenes de San Buenaventura

Fuente: <http://facebook.com/sanbuenaventura.latacunga>

2.5.1.3. Adolescencia

El desarrollo humano se entiende como una sucesión evolutiva de “momentos” y se realiza en la interdependencia de dos procesos, uno de maduración y otro de mutación o cambio. El primero lleva al segundo y el paso entre ambos corresponde a lo que comúnmente se denomina “crisis”. Éstas, también denominadas estadios o etapas, son a la vez liberadoras y generadoras de conflicto y angustia.

Una de estas etapas es la adolescencia. Se caracteriza fundamentalmente por ser un período de transición entre la pubertad y el estadio adulto del desarrollo.

Adolescencia viene de la palabra latina “adolescere”, que nos remite al verbo adolecer y que en lengua castellana tiene dos significados: tener cierta imperfección o defecto y crecer.

En nuestra cultura debemos considerarla simplemente como una fase de notables cambios en cuanto al cuerpo, a los sentimientos y sensaciones o como una etapa original y capital de la metamorfosis de niño a adulto (23).

La OMS la delimita cronológicamente entre los 10 y 19 años, aunque actualmente diferencia tres períodos, que la extienden hasta los 24 años:

- Pre-adolescencia o temprana de 10 a 14 años, correspondiente a la pubertad.
- Adolescencia media o propiamente dicha, de 14 a 18 años.
- Adolescencia tardía de 19 a 24 años.

Estas etapas tienen sus propias características fisiológicas y psicosociales, aunque no se deben interpretar como compartimentos estancos. La adolescencia sólo podrá ser suficientemente entendida, con carácter de continuidad e interconexión, en íntima relación con el medio familiar y social. La forma en que se irá desarrollando dependerá en gran manera de las estructuras psicológicas y sobre todo de las vivencias individuales de la infancia y en relación al entorno más cercano (24).

Tabla N° 1. Etapas de la adolescencia

Características peculiaridades	Adolescencia temprana (10-14)	Adolescencia media (14-18)	Adolescencia tardía (19-24)
Maduración somática	Aparición de caracteres sexuales secundarios. Estirón puberal Importancia de la nutrición	Remodelación morfológica Se adquiere la talla definitiva Alteraciones somáticas por trastornos de la alimentación	Talla definitiva Funciones plenas para la sexualidad y la reproducción
Imagen y cuerpo	Preocupación cambios corporales y del propio yo. Comparación con los del mismo sexo Conciencia de sensaciones eróticas Necesidad de intimidad	Mayor aceptación del cuerpo Preocupación para hacer el cuerpo más atractivo	Aceptación de la propia imagen. Preferencias establecidas.
Independencia	Ambivalencia. Necesidad de independencia Desacuerdo y enfrentamiento con los padres	Mayor conflictividad con los padres. Transgresión de los normatizado Mayor fuerza en sus opiniones	Vuelve a apreciar el valor y consejo de sus padres. Creciente integración en el medio social.
Amigos	Mayor contacto con amigos del mismo sexo Inseguridad y necesidad de reafirmación a través del grupo de iguales.	Vital importancia del grupo de amigos Conformidad con los valores de los amigos	Más relaciones íntimas. Formación de parejas Se comparten sobre todo las experiencias
Identidad	Evolución al pensamiento abstracto. Idealismo de las vocaciones Menor control de los impulsos Mayor mundo de fantasías.	Sentimiento de invulnerabilidad y omnipotencia. Mayor capacidad intelectual Apertura de sentimientos Comportamientos arriesgados Gran creatividad Conformación de la identidad sexual.	Maduración desarrollo cognitivo, conciencia racional. Concreción de valores y objetivos personales Mayor actividad sexual Capacidad para comprometerse y establecer límites. Capacidad para proveer.

Elaborado por: PANCHI, Yesenia

Fuente: Modificado de Neintein LS (27).

1) Adolescencia y el activismo sexual

Los/as adolescentes que se precipitan en la sexualidad, van lanzados a intentan ligar sin límites, de forma compulsiva. Esta premura tiende más a resolver dudas, que a la posibilidad de establecer una verdadera relación con el otro/a. Quieren comprobar su identidad sexual quemando etapas,

acortando el camino, buscando atajos que simplifiquen la complejidad del momento. Confunden el hacer con el ser.

Esta huida hacia adelante también puede tener que ver en la chica por ejemplo, con una búsqueda de reconocimiento, un deseo de sentirse amada; y se vuelca en el chico esperando que la ayude a salir de relaciones conflictivas con los padres; con la posibilidad de huir del hogar. Por su parte, el joven necesita probar su virilidad, su potencia y su capacidad de conquista.

Muchas veces la poca claridad ante la pregunta ¿qué es una mujer? suele ser confundida con “ser una madre”. La chica busca asegurarse de que su cuerpo es el de una mujer y eso puede llevarla a “caer” en embarazos en épocas muy tempranas: Puede continuar adelante y/o esconder y esconderse la gestación hasta límites peligrosos o abortar en edad gestacional avanzada con toda la problemática que esto conlleva.

2) La adolescencia ante el amor y el deseo

Hoy en día, la mujer y el hombre no encajan con los modelos tradicionales; estamos en un momento de transición, de cambios en las formas de actuar y de pensar, también de sentir. Pero hay interrogantes que persisten para ambos.

Las primeras relaciones sexuales suelen confrontarse con la dificultad de sostener un equilibrio entre el amor y el deseo. El acto sexual no tiene para la mujer y para el hombre ni la misma función, ni el mismo valor: ella suele tener con la genitalidad una relación menos exclusiva que él.

El interrogante sobre ¿qué es ser una mujer? No tiene una respuesta clara y muchas veces las chicas creen encontrarla en el deseo del otro, de un chico. Así hay quienes aceptan una relación sexual “por amor”, sin sentir nada, sin acceder a gozar. Aman sin desear.

Otras veces, el miedo a perder ese amor que es necesario para su autoestima, les lleva a renunciar a su deseo, se quedan “colgadas” de lo que el otro quiere, y esto le impide tomar sus propias decisiones. En su relación con el otro sexo, la chica necesita sentirse amada, ya que si sólo hay deseo, puede llegar a sentir la pasión con sentimientos de ser como un objeto descartable, de aquellos de “usar y tirar”, con los concomitantes fantasmas de prostitución, de no ser valoradas, de ser utilizadas.

Por eso el discurso predominante en las jóvenes parece ser “el sexo implica amor, pero el amor no tiene necesariamente que implicar sexo”. Será un desafío el combinar el deseo y el amor, cada una tendrá que inventar un punto en que el amor le sirva como sostén, para pasar por la experiencia del deseo y acceder al goce.

Por su parte, a los adolescentes varones se les somete a presiones psíquicas importantes: ser los más inteligentes, tener gran seguridad en sí mismos, no demostrar demasiado el afecto; no llorar, llevar la iniciativa sexual, ser sexualmente activo, por tanto el amor se les presenta más del lado de la debilidad. Para ellos el discurso podría plantearse como: “el amor implica sexo, pero el sexo no implica necesariamente el amor”.

Pero esto tampoco es fácilmente sostenible, pagan así diferentes precios: el fracaso escolar; un cierto abuso de drogas desinhibitorias; la formación de pandillas, que pueden derivar en violentas; otras veces tener que hacerse cargo de una paternidad para la que no está preparado en absoluto, y un largo etc. (28).

3) Sexualidad

La sexualidad es la manera que cada persona tiene de vivir “el hecho de ser sexuado”. Es una categoría subjetiva y no hace referencia exclusivamente a planteamientos anatómicos y fisiológicos.

La referencia más clara de la sexualidad son las vivencias, la manera propia de verse, sentirse y vivirse como ser sexuado y la orientación del deseo sexual (29).

a) Identidad Sexual

El ser humano desde que nace inicia un camino que le conducirá a su individualización que consiste en el desarrollo de la propia identidad, entendida ésta como la conciencia de ser un ser autónomo y diferenciado de los demás, la conciencia de sí mismo. Podemos afirmar que en torno a los tres años los niños y las niñas adquieren la identidad de núcleo genérico o identidad básica de género. Este concepto hace referencia al hecho de que, desde un punto de vista evolutivo, es la primera vez que los niños y las niñas perciben su identidad sexuada. Sin embargo, la identidad sexual y de género adquirirá su conformación madura a lo largo de la adolescencia. La identidad sexual hace referencia a la conciencia de pertenecer a uno sexo en función de los atributos corporales en especial los genitales.

b) Los riesgos del amor

Los chicos y las chicas que aceptan su sexualidad y tienen alta su autoestima están más predispuestos a adoptar medidas autoprotectoras frente a las infecciones, los embarazos y todas aquellas actividades que afectan la integridad personal. Pero la autoestima se desarrolla después de haber pasado por situaciones inciertas y ambivalentes y de haber comprobado los errores que se cometieron, de tal forma que los temas relacionados con la sexualidad y las relaciones personales nunca se abordarán a la ligera ni con críticas generalizadas, sino teniendo presente que diversificar vale más que generalizar. Los adolescentes y las adolescentes homosexuales, aunque tomen conciencia de su identidad amando a una persona del mismo sexo, sus descubrimientos son doblemente significativos ya que, además, conllevan a la configuración y

aceptación de una identidad nueva, cosa que no siempre es plenamente aceptada.

A veces, los chicos adolescentes evitarán el contacto con las chicas durante algún tiempo quizás tras haber intentado el coito o de haber tenido una breve relación probablemente porque piensan que ya han progresado bastante y que el coito no ha sido algo más que un ensayo; sin embargo, muchos chicos pedirán información sobre los aspectos técnicos del propio acto sexual y sobre lo que “excita a la otra persona”.

En cada etapa, los sentimientos relativos a las experiencias sexuales juegan un papel preponderante, como podemos comprobar en las descripciones de los chicos cuando ya han hecho su debut sexual: muchos dicen que estuvieron muy apasionados o que estaban muy enamorados; algunos habían usado el condón por primera vez; unos describen “la primera vez” como algo positivo y otros se preguntan “¿Esto es todo?” Los nervios y la acción en sí misma, frenaron los acontecimientos. Quieren ser buenos amantes y desean saber lo que tienen que hacer para que la experiencia sea positiva para las chicas pero ellas, en determinadas ocasiones, serán las que iniciarán a los chicos.

Los chicos pueden sentirse incómodos cuando usan el condón, más si ha sido la chica la que lo ha sugerido, porque creerán que ellos no dominan la situación. La preparación mental de los jóvenes y las jóvenes para el debut sexual conlleva, inicialmente, al interés por los aspectos más generales de la sexualidad y luego por el coito en sí mismo; algunos de los problemas técnicos relacionados con el primer coito y con el uso de anticonceptivos guardan relación con esto, de tal manera que una buena mentalización dará la sensación de más seguridad a la hora de planificar el primer coito.

c) Amor y coito

Para algunas personas, el primer coito es algo muy práctico, nada reseñable. Ciertas chicas no comprenderán por qué muchas se ponen

nerviosas con el tema de la virginidad, mientras que otras no desearían “perderla” con cualquiera. Pero para muchos, el debut sexual tiene un significado simbólico, es como algo sagrado que refleja la conciencia de unidad del hombre y de la mujer y el coito se experimenta como una fusión espiritual.

Para ayudar a explicar estos aspectos educativos, pueden ser de ayuda los relatos míticos clásicos y algunos cuentos (30).

d) Características de la conducta sexual adolescente

La anticoncepción en la adolescencia exige tener en cuenta una serie de factores que directa o indirectamente inciden sobre el elevado riesgo de embarazo en este grupo de edad:

- Inicio precoz de las relaciones sexuales coitales: Numerosos estudios señalan que la media de edad de inicio de las relaciones sexuales coitales se sitúa en torno a los 15-17 años; además hay un acceso más directo y en menor tiempo desde otras conductas al coito. Factores biológicos, familiares y socioculturales como la disminución de la edad de la menarquia, la existencia de familias desestructuradas, la presión del grupo de iguales, la permisividad y sobreexcitación sexuales, el consumo de alcohol y otras drogas... condicionan en gran medida esta conducta (31).
- Relaciones sexuales irregulares, con frecuencia espaciada y muchas veces no previstas.
- Se consideran monógamos, pero son frecuentes los cambios de pareja y en muchos casos la duración de la pareja es breve. Monogamia sucesiva o “en serie”.
- Escasa y deficiente utilización de métodos anticonceptivos, atribuible a desinformación sobre anticoncepción y sobre riesgo de embarazo, creencias erróneas, objeciones morales o de otra índole, falta de previsión y dificultades de acceso a los servicios. La anticoncepción no precede ni acompaña a las primeras relaciones coitales, se pospone entre 12 y 24 meses desde su inicio, y cuando son usuarios de

anticoncepción el uso es muy irregular y la mayoría de las veces de métodos no eficaces.

- Dificultades para establecer relaciones de causa-efecto entre la conducta sexual que proporciona placer inmediato y el riesgo probable futuro de gestación y ETS.
- El ocio está mediatizado por el consumo de alcohol y otras drogas. Numerosos estudios señalan que en muchos casos los adolescentes realizan las primeras relaciones sexuales bajo el influjo del alcohol, y que hasta un 17% de adolescentes reconoce utilizar menos el preservativo después de haber consumido alcohol.

Este conjunto de factores, unido a su escasa valoración del riesgo, la presión del grupo de iguales, sobreexcitación de los medios de deficiente educación sexual y las dificultades de acceso a los servicios sanitarios, sitúa a los adolescentes en una franca situación de riesgo no sólo frente al embarazo no planificado, sino también frente a las enfermedades de transmisión sexual y la infección por VIH. La mitad de las nuevas infecciones por VIH en el mundo, se producen en jóvenes de 15 a 24 años de edad; la OMS considera a los adolescentes como un grupo diana en cuanto al riesgo de infección por VIH. Por ello, el abordaje de la anticoncepción en la adolescencia debe realizarse desde un doble aspecto preventivo, que incluya prevención del embarazo no planificado y prevención de enfermedades de transmisión sexual. Es decir, desde la perspectiva de doble protección o “Double Ducht” (32).

2.5.1.4. Conocimiento, actitudes, prácticas y percepciones culturales

1. Conocimientos

El conocimiento es definido como diferentes puntos de vista; así en *pedagogía* el conocimiento es denominado como: tipo de experiencia que contiene una representación de un suceso o hecho ya vivido; también se

le define como la facultad consciente o proceso de comprensión, entendimiento, que pertenece al pensamiento, percepción, inteligencia, razón.

Desde el punto de vista *filosófico*: el conocimiento se define como un acto y un contenido; Según Salazar Bondy define el conocimiento como un acto es decir es la aprehensión de una cosa, objeto, etc., a través de un proceso mental y no físico; contenido es aquello que se adquiere a través de los actos de conocer, estos son acumulos, transmitidos de unas personas a otras, no son subjetivos, son independientes para cada sujeto debido al lenguaje (18).

Distingue además 2 niveles de conocimientos:

Conocimiento Vulgar: aquel que es adquirido y usado espontáneamente.

Conocimiento Científico: aquel que se adquiere adoptando un papel que requiere de esfuerzos y preparación especial, es caracterizado por ser selectivo, metódico, explicativo, analítico y objetivo (apoyado en la experiencia).

Según Manuel Kant (19) en su “Teoría de conocimientos” refiere: que el conocimiento está determinada por la intuición sensible y los conceptos distinguiéndose dos tipos de conocimientos:

Conocimiento puro o priori que se desarrolla antes de la experiencia

Conocimiento empírico elaborado después de la experiencia.

De lo cual se puede considerar que el conocimiento es la adquisición de conceptos, conjunto de ideas que pueden ser ordenados, siendo importante considerar que es adquirido por una educación formal e informal es decir todos tenemos conocimientos, el cual puede ser vago o inexacto pero que se vuelve racional o verificable a través de la experiencia, por medio formal o informal mediante el ejercicio intelectual.

2. Actitudes

Los psicólogos han abordado ampliamente el problema de las actitudes, ya que tienen que ver con la conducta de las personas en relación al medio social en la que se desenvuelven.

“Es un estado mental y neurológico de las disposiciones a responder organizadamente a través de la experiencia y que ejerce una influencia directriz y/o dinámica de la conducta” (20).

“Una predisposición para responder de manera predeterminada frente a un objeto específico”

Resumiendo: “La actitud es una predisposición organizada para sentir, percibir y comportarse hacia un referente (categoría que denota: fenómeno, objeto, acontecimiento, construcciones hipotéticas, etc.). En cierta forma es una estructura estable de creencias que predisponen al individuo a comportarse selectivamente ante el referente o el objeto cognoscitivo”.

De lo expuesto la actitud es la predisposición organizada para pensar, percibir, sentir y comportarse ante un referente en forma de rechazo, aceptación e indiferencia.

2.1. Formación de las actitudes

Las actitudes se van formando de distintas maneras; la conformidad, medio a través del comportamiento, es decir ante una práctica común por la presión social el individuo se conforman temporalmente y por la presión del grupo tendrá una conformidad permanente; la identificación, se establece cuando la persona define y responde de una manera predeterminada a partir de una persona o grupo por la experiencia lograda en una determinada situación; la internalización, es la aceptación absoluta de una actitud convirtiéndose en parte integral del individuo, se produce cuando una actitud es congruente con sus creencias y valores

básicos, adoptada la nueva actitud porque piensa que es correcta o porque quiere parecerse a alguien.

2.2. Dimensión de la medición de las actitudes

La tendencia de las actitudes esta dado porque puede ser descrita de manera completa por medio de dos propiedades. La dirección de la actitud (positiva o negativa) y el grado del sentimiento (por la intensidad) esperado considerándola como una sola dimensión.

Dirección: Señala el modo de sentir de las personas hacia el objeto es decir puede ser positiva si la tendencia al acercamiento hacia el objeto al cual tienen determinada actitud, mientras que el negativo se refiere a la predisposición a evitar el objeto.

Intensidad: Indica la fuerza de los sentimientos que entraña la actitud determinada el grado de intensidad con que reacciona frente al objeto de las actitudes es decir el grado de sentimiento representado (favorable, medianamente favorable o desfavorable).

Finalmente es preciso señalar que “la dirección y la intensidad entraña al componente afectivo”.

2.3. Evaluación de las actitudes

Evaluar consiste en asignar un valor a algo. “Las actitudes no son susceptibles de observación directa sino que han de ser la intensidad de las expresiones verbales o de la conducta observada”. Esta medición indirecta se realiza por medio de unas escalas en las que partiendo de una serie de funciones, proporcione a juicios sobre lo que los individuos manifiestan se deduce o infieren las actitudes. La escala de Lickert toma un número de proposiciones consideradas pertinentes a la actitud que se ha de medir, los sujetos deben indicar para cada una de ellas si prueban, está indecisos o desaprueban, el resultado es la suma final de las categorías que registran, el proceso siguiente es ver en qué medida los juicios por cada proposición están en correlación con el resultado final y eliminar aquellas que no manifiestan un acuerdo sustancial.

Las actitudes pueden medirse por medio directo o indirecto según sea o no advertidas por el sujeto. “Las técnicas más elaboradas para medir actitudes están diseñadas de tal forma que obtengan información sobre dos dimensiones: direccionalidad e intensidad, la forma general de las escalas del objeto de referencia, junto con una indicación de la intensidad de sus sentimientos al respecto. Refiriéndose a las actitudes de aceptación, rechazo o indiferencia.

3. Cultura y Jóvenes

La cultura puede ser vista como un conjunto de rasgos distintivos, espirituales y materiales, intelectuales y afectivos, que caracterizan a una sociedad o grupo social en un periodo determinado, y que engloba además modos de vida, ceremonias, arte, invenciones, tecnología, sistemas de valores, derechos fundamentales del ser humano, tradiciones y creencias y que a través de la cultura se expresa el hombre, toma conciencia de sí mismo, cuestiona sus realizaciones, busca nuevos significados y crea obras que le trascienden (21).

Roland Barthes, científico social francés, ofrece una definición de cultura, que plantea para el tiempo actual una pertinencia teórica. “Cultura es todo lo que significa”. Esto incluye las palabras, los gestos, los modos de vida, la forma en que se establecen las relaciones sociales de los grupos humanos, sus fiestas, sus tradiciones, sus formas de hablar, sus comidas, lo que producen, lo que piensan, cómo ven el mundo, y también su música, sus bailes, su pintura, su artesanía. “Cada cultura se la comprende como un todo que contiene saberes (contenidos y estructuras de pensamiento o visiones del mundo), símbolos, expresiones, prácticas sociales, vivencias, sueños, fantasías, relaciones, ritos, capacidad de organización” (22).

La cultura es un universo en permanente construcción. Un universo de símbolos, de significados, de códigos. Es un universo que se construye en

la interacción cotidiana entre los miembros de una comunidad y entre la comunidad y su ambiente.

2.5.2. Conceptualización de variable dependiente

2.5.2.1. Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENIPLA).

La Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENIPLA) es la política pública que coordina acciones y programas para garantizar el goce de los derechos sexuales y reproductivos de la población, a través de la acción conjunta de: Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Educación, Ministerio de Inclusión Económica y Social, articulados por el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social.

Para que los programas y acciones tengan los resultados esperados, es fundamental la participación activa de la población en el proceso de construir de una sociedad más saludable, autónoma y libre.

Se han planteado objetivos intersectoriales para:

- ✓ Prevenir el embarazo en adolescentes.
- ✓ Disminuir el número de embarazos no planificados.
- ✓ Prevenir la mortalidad materna.

Prevenir la violencia sexual y el embarazo como una de las consecuencias de la misma.

Para ello trabaja sobre 4 ejes:

- 1) Información, educación y consejería sobre sexualidad integral
- 2) Accesos a servicios integrales de salud sexual y reproductiva
- 3) Acción familiar y comunitaria, diálogo social y corresponsabilidad
- 4) Transformación de patrones socioculturales

La ENIPLA se propone:

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

Por ello se plantea una respuesta intersectorial a los problemas descritos, que involucra a los Ministerios de Educación, Salud (MSP), de Inclusión Económica y Social (MIES) y el Instituto del Niño y la Familia (INFA). Los alcances de esta iniciativa hacen que se le considere como un Programa Emblemático del Frente Social de la Revolución Ciudadana.

Las metas

Tomando como referente el Objetivo 3 del Plan Nacional para el Buen Vivir (PNBV), se pretende en el curso de dos años (2012-2013) cumplir dos metas: **reducir el embarazo adolescente en un 25%, y, adicionalmente, reducir en un 25% la brecha entre el embarazo deseado y el observado.**

Esto permitirá superar los efectos de los problemas señalados en la salud de las mujeres, en su educación, en sus oportunidades laborales, en los niveles de desnutrición infantil, y en la tasa de abortos, tanto los

registrados (25.000 registrados el último año), como los reales (que se dice que bordearían los 100.000).

2.5.2.2. Anticoncepción en la adolescencia

Es importante conocer los conceptos existentes sobre anticoncepción en la adolescencia y su relación con los derechos sexuales y reproductivos. Podemos definir la anticoncepción en la adolescencia como la prestación de un servicio de salud integral, ante la solicitud espontánea de anticoncepción por un o una adolescente de 19 años o menos, o pareja de adolescentes, con vida sexual activa, permanente o esporádica o en riesgo de iniciarla.

En general, la información disponible sobre el uso de anticonceptivos en adolescentes muestra que existen mayores tasas de fracaso, menores tasas de continuidad y un menor cumplimiento en comparación con los adultos por lo que es necesario preguntarse: ¿existen anticonceptivos especiales para el uso en adolescentes? o ¿existen condiciones o características especiales de los/las adolescentes para el uso de anticonceptivos?

La indicación de un método anticonceptivo a una adolescente o pareja de adolescentes no es igual que en los adultos, sino por el contrario, no todos serán adecuados en la adolescencia, principalmente debido a las mayores tasas de fracaso, menor aceptabilidad y mayores tasas de discontinuación, siendo prioritario frente a la indicación de anticoncepción evaluar los aspectos biopsicosociales involucrados (33).

Requisitos para anticoncepción en la adolescencia

- 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.

Establecidos estos requisitos, la clasificación existen 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 partícipe en la elección.

2.5.2.3. Consejo anticonceptivo

La Consejería en anticoncepción es un proceso de comunicación bidireccional cuyos objetivos son la identificación de las necesidades y la toma de decisiones en lo que respecta a la anticoncepción.

La elección/indicación de un método anticonceptivo debe contemplar factores dependientes del método: perfil del método, y factores dependientes del usuario: perfil del usuario (34).

Perfil del método anticonceptivo

- a) **Eficacia:** Se refiere a la capacidad del método para evitar el embarazo. No siempre es una cualidad inherente al método en sí, en muchas ocasiones la eficacia teórica dista de la eficacia real al estar condicionada por la utilización por parte de la usuaria.
- b) **Seguridad:** Se refiere a la capacidad de un método para alterar positiva o negativamente la salud. La elección segura debe valorar el estado de salud del/de la potencial usuario, así como las contraindicaciones e indicaciones de cada uno de los métodos anticonceptivos.
- c) **Reversibilidad:** Se refiere a la recuperación de la capacidad reproductora al interrumpir el empleo del método anticonceptivo.
- d) **Facilidad/complejidad de uso:** Está relacionada con factores no dependientes del método en sí, tales como: nivel educacional, maduración psíquica, conocimiento del propio cuerpo y habilidades manuales, que es necesario individualizar en cada usuario.
- e) **Relación con el coito:** en cuanto que su empleo pueda afectar o no a la calidad de la relación percibida por el/la usuario, motivando positiva o negativamente su uso eficaz.
- f) **Precio:** Puede ser un factor que influya en la elección de un anticonceptivo, sobre todo en colectivos con escasos recursos, como ocurre con la población que nos ocupa, máxime en un momento en que los métodos considerados como recomendables no son financiados por el sistema público de salud.

Perfil del usuario

- a) **Edad:** Condiciona la elección/indicación de un método en cuanto tiene que ver con el grado de maduración biológica y psicológica.
- b) **Actividad sexual:** Tipo y frecuencia de las relaciones coitales y número de parejas sexuales.
- c) **Perfil de salud y percepción individual de los riesgos asociados al uso de anticoncepción.** Tiene relación directa con la seguridad del método y con la percepción subjetiva de seguridad.
- d) **Aceptabilidad.** La elección de un método debe ser compatible con las normas confesionales, creencias, valores y normas de conducta de cada usuario.
- e) **Impacto sobre la economía.**
- f) **Nivel educacional.**
- g) **Entorno familiar y social** que pueden ser facilitadores o restrictivos del uso de anticoncepción y de su seguimiento.
- h) **Grado de maduración psicológica:** Condiciona la motivación, la aceptabilidad, el cumplimiento y el control o seguimiento del método

Bioética de la Anticoncepción en Adolescentes

La medicina actual ha modificado las tradicionales condiciones reproductivas al lograr el control científico de la procreación. La biología anticonceptiva, al abrir el camino de la disociación entre sexualidad y reproducción, libera así a la mujer de la carga de una maternidad no elegida (42).

Se dice que el médico debe respetar la libre elección del paciente a cuya consulta responde y que por el principio de autonomía, el paciente tiene derecho a saber y decidir en todo el proceso biomédico. Pero ¿Qué significa decidir responsablemente en anticoncepción en adolescentes?

La UNICEF deja muy claro el concepto de autonomía progresiva que debe aplicarse al joven en crecimiento y desarrollo, pero el grado de autonomía y la edad a la cual se otorga origina un problema de corte más bien político, aparte de todas las objeciones de la moral tradicional, de definir cuándo este joven está habilitado como ciudadano. Para evaluar la capacidad o competencia, primero es preciso asegurarse de que el evaluador sea competente, ya que muchas veces éste tiene conflictos en los mismos aspectos y no está realmente capacitado para evaluar los casos e indicar los anticonceptivos (40).

De acuerdo a todos los antecedentes expuestos, si un menor de edad consiente actividad sexual y, si se le considera competente, se debe respetar la confidencialidad y hacer la indicación, si es sexualmente activo. Obviamente, se debe intentar que comparta la situación con los padres, pero sin faltar a la confidencialidad; se le pregunta si sus padres saben lo que ocurre y si ha pensado en contarles lo que le pasa. Es importante informarle a la joven que si queda embarazada y tiene un hijo, los responsables legales de éste serán sus padres, mientras ella sea menor de edad, de modo que si tiene actividad sexual conviene que ellos lo sepan.

Es necesario tener una visión abierta y recordar lo importante que es el apoyo de los padres en lo formativo y en lo terapéutico, ya que ellos van a comprar los anticonceptivos o a retirarlos, en el sistema público; no hay que olvidarse de ellos ni irse al otro extremo. Siempre se debe respetar la confidencialidad y sólo se le puede sugerir a la joven que piense en la posibilidad de develar el secreto, o proponerle que lo haga en una sesión conjunta.

1) Consentimiento

Se analizará este problema, en primer lugar, desde la perspectiva legal. ¿Puede una adolescente tener relaciones sexuales? Esta es la pregunta

básica antes de analizar el caso desde el punto de vista de la ética. El Código Penal responde con un semáforo en rojo para el menor de 12 años, ya que establece que “no puede tener consentimiento para tener actividad sexual un joven que tenga de 0 a 12 años”, o sea, la actividad sexual se considera sin consentimiento hasta esa edad.

Entre los 13 y los 17 años aparece una luz amarilla, ya que ahí se define el término “estupro”, que significa que la actividad sexual es sólo sancionable si se obtuvo mediante engaño. Dicho de otro modo, si un joven de entre 13 y 17 años da su consentimiento, legalmente puede decidir tener actividad sexual (40).

Para los mayores de 18 años hay luz verde: ellos pueden decidir tener actividad sexual sin ningún problema. La edad de consentimiento para las relaciones sexuales varía de país en país.

2) Competencia

La bioética define la palabra competencia como la condición en la cual los seres humanos son moral y judicialmente responsables de sus actos. La competencia se puede ver desde el punto de vista del modelo paternalista tradicional, según el cual todo menor de edad es incompetente y las decisiones deben quedar a cargo de adultos responsables que consideren el mayor beneficio, coincida esto o no con el deseo o criterio del menor. El gran error del modelo paternalista tradicional es que considera inmaduro o incapaz a todo el que tenga un sistema de valores diferente; por ejemplo, los padres afirman que “las relaciones sexuales se deben tener sólo dentro del matrimonio”, o sea, ellos tienen un sistema de valores y el adolescente tiene otro, lo que no significa que ella sea incompetente, sino sólo que hay diferencias en los sistemas de valores. Otro punto de vista para analizar la competencia es el concepto de que la adolescencia es un período de transición, entre la dependencia total del niño a la total independencia de un adulto competente, transición que es gradual y que

demora un tiempo variable en cumplirse, de modo que es difícil establecer a qué edad se cumple el proceso (40).

Actualmente se considera como tal a los 18 años, aunque varía según la estructura social, cultural y familiar. La ética define la doctrina del menor maduro, según la cual el individuo puede ejercer los derechos desde que tiene la madurez necesaria para entenderlos. En el tema del consentimiento en los menores de edad, la bioética definió este concepto del menor maduro para evitar que los adolescentes tuvieran que pedir consentimiento para todo a sus padres. La madurez moral se define cuando se incorpora la normativa interpersonal y el sistema social, es decir, cuando se entiende cómo funciona la sociedad en la que estamos insertos. Esto ocurre cuando un adolescente plantea que entiende sus deberes y derechos, y comprende por qué esta sociedad funciona como lo hace. La mayoría de los adolescentes llegan a esta madurez moral entre los 13 y los 15 años. Para ser competente: Se debe comprender el problema. Es preciso tener capacidad de razonamiento

2.5.2.4. Métodos anticonceptivos

1. Métodos Naturales de Planificación Familiar (MNPF)

La existencia de fases fértiles y estériles en el ciclo menstrual hace posible el uso de los llamados métodos naturales. Estos métodos programan las relaciones sexuales en los días del ciclo en los que la probabilidad de gestación es muy baja, cuando se trata de evitar un embarazo.

Bases Fisiológicas

- La ovulación en los ciclos regulares, tiene lugar en un 98% de los casos en los días 14+/-2 después de iniciada la menstruación.
- La ovulación en la especie humana es monofolicular, normalmente.

- El óvulo ofrece una capacidad de ser fecundado (Ventana de Fertilización) durante un período de 24 horas, aunque hay autores que afirman que este período es de 12 horas aproximadamente.
- El espermatozoide conserva su capacidad fecundante aproximadamente 5 días.

Clasificación de los Métodos Naturales

a) Calendario (Ogino-Knaus). Se basa en un cálculo estadístico para determinar la ovulación más temprana y la más tardía (periodo fértil) que ha tenido una mujer en una serie de ciclos. Para ello es necesario un registro previo de la duración de los ciclos en un año, siempre que no haya más de diez días de diferencia entre el más largo y el más corto (en caso contrario no puede usarse este método) (35).

Diversas fórmulas facilitan la aplicación práctica de esta información, una de las más empleadas es:

- De los 12 ciclos precedentes (o de un mínimo de 8), se definen el más corto y el más largo.
- Restamos 19 al ciclo más corto y obtenemos el primer día del período potencialmente fértil.
- Restamos 10 al ciclo más largo y obtenemos el último día del período potencialmente fértil.

Así pues una mujer cuyos períodos más cortos y más largos de los últimos meses hayan variado entre 25 y 33 días

$$25-19 = 6$$

$$33-10 = 23$$

Tiene un período potencialmente fértil desde el día 6 del ciclo hasta el vigesimotercero del mismo, días entre los que habría de observar abstinencia de relaciones sexuales.

Este método tiene un cierto valor entre las mujeres con ciclos regulares, dato importante ya que no suele ser el caso de las adolescentes, que como hemos dicho se caracterizan por tener ciclos irregulares. En este último caso los períodos de abstinencia deben ser prolongados, lo que hace que el método sea poco fiable y escasamente aceptable.

b) Temperatura Basal. Basado en el efecto hipertérmico de la Progesterona sobre el centro termorregulador del hipotálamo.

La correcta técnica exige:

- Utilizar un termómetro clínico, siempre el mismo.
- Tomar la temperatura siempre en el mismo lugar: vagina o ano durante tres minutos.
- Realizar la medición en condiciones basales: En las fases finales de un sueño de 6-8 horas, a la misma hora cada día y antes de realizar cualquier actividad.
- Anotar la temperatura en una gráfica especialmente diseñada y emplear una gráfica para cada ciclo menstrual.
- Anotar todas las circunstancias que puedan modificar la temperatura basal (TB), como enfermedades, falta de sueño, comidas copiosas, alcohol, cambio de termómetro etc.

A pesar de todas estas consideraciones, la TB sólo asegura que se ha producido la ovulación en aproximadamente el 62% de los ciclos, y esto siempre que los ciclos sean regulares, que no es habitualmente el caso que nos ocupa. Además obliga a una gran autodisciplina y los períodos de abstinencia son largos restando por tanto espontaneidad a las relaciones sexuales.

c) Estadio del moco (Billings)

Está basado en la ovulación y consiste en la observación de la filancia del moco cervical que se produce al ovular. Tiene en cuenta los cambios cuantitativos y cualitativos del cérvix y los relaciona con los distintos cambios hormonales que tienen lugar en el ciclo. Los estrógenos incrementan la cantidad y la filancia del moco cervical, mientras que los gestágenos disminuyen su cantidad y lo hacen espeso y turbio. La mujer se toma muestras de la secreción vaginal con sus dedos. Si al unir y separar los dedos se producen hilos, significa que el tapón mucoso que cierra el cuello uterino se ha vuelto más líquido y filamentoso, esto indica que está cerca la ovulación (36).

Los Billings sistematizaron las características de la secreción cervical uterina en 4 fases:

- Tras la menstruación, hay 4/5 días sin secreción vaginal aparente (días secos), debido a que los índices de progesterona y de estrógenos están bajos. El moco es pegajoso y opaco.
- Durante 3/4 días, aparece una secreción lechosa y espesa.
- A continuación, durante 2/3 días, aparece un moco claro, transparente, fluido y lubricante, signo de máxima ovulación. Es debido a un aumento de estrógenos.
- Después el moco cervical disminuye en cantidad y se hace espeso y opaco.

El ciclo acaba con una nueva fase premenstrual y seca, debido a una caída brusca de los estrógenos. Éste es el periodo de infertilidad total.

Conclusiones:

- Los cinco primeros días de hemorragia son infértiles.
- Los días secos alternativos preovulatorios son infértiles.

- Desde el 1º hasta el 4º día de la humedad son los días de máxima fertilidad.
- En la fase postovulatoria no puede haber embarazo.

Eficacia: IP = 18-25

Inocuidad: Total

Aceptabilidad: Requiere aprendizaje; no mejora el método de la temperatura.

d) Método sintotérmico. Basado en sintomatología (moco, pequeño cólico ovulatorio) y temperatura; es más engorroso que el método de la temperatura y no lo mejora.

e) Petting

Este método consiste en excluir el coito de las relaciones sexuales y va desde el beso a la masturbación mutua. Estas prácticas forman parte de la iniciación sexual de los adolescentes en su relación con el sexo opuesto. Es misión del personal que está en contacto con los adolescentes, evitar la transmisión de una imagen de la sexualidad limitada al coito, para dar una cierta importancia a otro tipo de prácticas que pueden ser alternativas y en algunos casos de menor riesgo en encuentros no planificados.

f) Coitus interrptus o marcha atrás

Consiste en retirar el pene del interior de la vagina en el momento de la eyaculación y alejarlo de los genitales externos para evitar que, a través del moco cervical haya una migración de los espermatozoides y se produzca el embarazo (37).

Al considerar éste como método anticonceptivo que usan muchos jóvenes es obligación del educador hacer referencia a las consecuencias psicopatológicas que puede tener un mal aprendizaje para la vida sexual

futura de este adolescente y dejar claro que las gotas de semen del preeyaculado también tienen espermatozoides y por tanto son fecundantes.

2. Métodos de Barrera

Se basan en la obstaculización del paso y/o depósito de los espermatozoides en el interior del tracto reproductivo de la mujer (38).

a) Femeninos

Vaginales

Barrera química:

Utilización de productos con efecto nocivo sobre el espermatozoide,

Principio activo: nonoxynol 9; Cl. de benzalconium, etc.

Presentación: pomada, gel, óvulos, etc.

Eficacia: IP= 15-20, Inocuidad: raras alergias, Aceptabilidad: Poca eficacia utilizados solos.

Barrera mecánica: Impide al espermatozoide el pasar al tracto genital superior.

Diafragma: Siempre con espermicida.

Eficacia: IP= 3-4 Inocuidad: Compresión uretra: cistitis a la larga, Aceptabilidad: Personas de nivel intelectual alto en países de influencia americana.

Tapón: Esponja de poliuretano impregnada de espermicida. Vale para 48 horas.

Eficacia: IP= 5-8 Inocuidad: Retirar a las 48 horas. Más tiempo produce graves infecciones. Aceptabilidad: Escasa en nuestro País.

Preservativo femenino

Funda de poliuretano, delgado, pre-lubricado, que adopta inmediatamente la temperatura corporal. Uno de los extremos está cerrado y tiene un aro flexible que se coloca en la vagina. El lado opuesto

tiene un anillo de mayor tamaño y está abierto. Mide cerca de 17 centímetros e impide el contacto del esperma con el útero. Es el único método de uso femenino que protege contra el VIH/SIDA y otras ETS. Puede colocarse antes del coito. La mujer oprime el extremo cerrado del mismo y lo mete en la vagina. Es necesario introducir el dedo dentro del preservativo para colocarlo del todo y comprobar que queda derecho. El anillo externo queda por fuera para evitar que haya contacto entre pene y vagina. Al concluir la relación sexual, dar media vuelta al anillo externo para evitar que el semen se derrame. No es reutilizable y no se debe usar al mismo tiempo que el preservativo masculino. Eficacia IP: 2-4%

Intrauterinos

D.I.U.

Modo de actuar complejo: endometritis aséptica; acción espermicida del Cobre, etc. Eficacia: IP: 0.8 - 2,5.

Contraindicado en adolescentes nulíparas.

Masculinos

Preservativo: es uno de los métodos anticonceptivos más comunes. Es una funda de látex o poliuretano que retiene el semen evitando que alcance el óvulo. Es el único método anticonceptivo eficaz en la prevención de la transmisión de ETS (39).

Indicaciones

- Deseo expreso de la pareja de usarlo como método anticonceptivo.
- Contactos sexuales ocasionales o imprevistos.
- Contraindicación de otro método hormonal o mecánico.
- Refuerzo en casos de mal uso de píldoras.
- Protección frente a ETS y especial del HIV.

Debe colocarse cuando el pene está erecto, antes de la penetración y dejarse durante el coito. Se abre el envase con cuidado de que no roce

con objetos cortantes o uñas. Se coloca sobre la punta del pene con la parte enrollada hacia fuera, se aprieta el extremo del preservativo entre los dedos pulgar e índice para expulsar el aire, dejando un espacio entre el extremo del preservativo y el extremo del pene para recoger el semen, y se desenrolla cubriendo el pene. Después de la eyaculación se retira antes de que desaparezca la erección, sujetándolo por la base. Hay que desechar el preservativo y no reutilizarlo. Eficacia: IP= 5-7. Inocuidad: Excepcionalmente alergias. Protege de las E.T.S. y SIDA. Aceptabilidad: Aumento espectacular por ser la única protección contra el SIDA.

3. Anticoncepción hormonal

a) Anticonceptivos Hormonales Combinados

Son muy efectivos si se siguen las indicaciones en relación a su administración. No interfieren con la relación sexual. En general están constituidos por un estrógeno (etinil estradiol) y por un progestágeno (levonorgestrel, norgestimato, gestodeno, desogestrel, clormadinona, ciproterona, drospirenona, dienogest, los últimos 4 con mayor efecto antiandrogénico). En ocasiones pueden presentarse algunos efectos secundarios como cefalea, sensibilidad mamaria, náuseas y/o mareos, pero con los nuevos preparados la tolerancia así como los riesgos y los efectos secundarios se han ido minimizando. Por otra parte presentan beneficios adicionales como la disminución de la dismenorrea y cantidad de sangrado menstrual, mejoramiento del acné, protección contra las infecciones pelvianas y alivio del síndrome premenstrual entre otros. Las mujeres que no estén dando de mamar deben esperar 3 semanas después del parto antes de empezar el uso de ACO debido al riesgo aumentado de tromboembolismo, Si se olvida un comprimido durante un ciclo, se deben tomar dos comprimidos en la siguiente dosis, y terminar el envase normalmente. Si se olvidan dos o más comprimidos consecutivos, se debe terminar el envase de la forma prescrita, y usar un método alternativo durante lo que quede de ciclo.

Eficacia. Tasa de embarazos del 0,1% al 5,0% en el primer año (40).

Ventajas. Muy eficaz, protege contra el cáncer ovárico y endometrial, disminuye las irregularidades menstruales y la anemia asociada a las reglas y mejora el acné leve.

Inconvenientes. No se recomienda durante la lactancia, existen efectos secundarios infrecuentes, pero graves, como el tromboembolismo, no protege frente a las ETS debe tomarse diariamente y requiere prescripción médica.

b) Anticonceptivos orales con progesterona

Son preparaciones de progestágeno sintético que evitan la gestación al suprimir la ovulación, espesar el moco cervical, alterar la motilidad tubárica y alterar el endometrio. Tienen la ventaja, frente a los AHC de que pueden usarse durante la lactancia, no son trombogénicos y no se asocian con enfermedad hepática. Sin embargo, como los cambios en el moco cervical comienzan a desaparecer a las 22 horas de la toma de la píldora, la eficacia disminuye si no se toman todos los comprimidos a la misma hora del día.

Eficacia. Tasa de embarazos del 0.5% al 5,0% en el primer año de utilización.

Ventajas. Eficacia rápida (a las 24 horas de comenzar el tratamiento) con retorno inmediato de la fertilidad cuando se abandona el tratamiento.

Otras ventajas son la disminución de la menorragia y la anemia asociada, ofrece alguna protección frente al cáncer endometrial y frente a algunas causas de enfermedad inflamatoria pélvica, y no tiene algunos de los graves efectos secundarios asociados al componente estrogénico de los AHC.

Inconvenientes. Alta incidencia de sangrado intermenstrual, tienen que tomarse a la misma hora todos los días, menos eficaces que los AHC, necesitan prescripción.

c) Anticonceptivos inyectables con progesterona

Son preparados sintéticos de progestágeno que evitan el embarazo de la misma forma que los gestágenos orales, administrados por vía intramuscular. El inyectable más habitualmente usado es el acetato de medroxiprogesterona (Depo-Provera), 150mg cada 3 meses.

Eficacia. Tasa de gestaciones del 0,3% en el primer año de uso.

Ventajas. Eficacia rápida y elevada. Es un anticonceptivo de larga duración.

Inconvenientes. La recuperación de la fertilidad tiene lugar a los 5 a 7 meses, puede producir alteraciones del metabolismo lipídico, requiere la administración por personal sanitario, no protege frente a las ETS, se asocia con aumento de peso, pérdida de pelo, pérdida reversible de masa ósea e irregularidades menstruales como menometrorragias y amenorrea.

d) Implantes de progesterona

Son cápsulas delgadas y flexibles rellenas de levonorgestrel que se insertan bajo la piel del brazo de la mujer. Evitan el embarazo al suprimir la ovulación, espesar el moco cervical, alterar el endometrio y cambiar la motilidad tubárica. El sistema Norplant es el único disponible actualmente. Los implantes son eficaces a las 48 horas de su colocación, y pueden dejarse durante 3 a 5 años. La fertilidad se recupera al mes de retirar el implante.

Eficacia. Tasa de gestación del 0,05% en el primer año de vida.

Ventajas. Muy eficaz, anticoncepción a muy largo plazo.

Inconvenientes. Requiere un procedimiento quirúrgico menor para la colocación y la retirada de las cápsulas, no protege frente a ETS, se asocia con un aumento de la sensibilidad mamaria, ganancia de peso, anomalías lipídicas, hirsutismo, pérdida de peso e irregularidades menstruales (menometrorragias y amenorrea).

e) **Contracepción de emergencia**

Se puede prescribir Levonorgestrel (LNG) solo: se usa sólo una pastilla de 0,75mg por dosis c/12h o una sola dosis de 1.5mg se llama Optinor, Tace, Postday. Levonorgestrel en minidosis, se pueden tomar dos dosis de 25 pastillas de LNG en minidosis, separadas por 12 horas, sus nombres comerciales son Levonorgestrel y Microval. Método Yuzpe: Se usan algunas pastillas anticonceptivas combinadas de uso habitual, que contienen etinilestradiol 0.3mg y levonorgestrel 0.15mg. Se toman 4 pastillas primero y se repite la dosis (4 pastillas) a las 12 horas, también se puede utilizar 0.10mg de levonorgestrel y 0.02mg de etinilestradiol, por lo que se deben tomar 5 píldoras juntas y 12 horas después 5 píldoras más (41).

4. Quirúrgicos

En el **varón**, la vasectomía (ligadura de los conductos deferentes). Intervención ambulatoria, con anestesia local.

En la **mujer**, el bloqueo tubárico requiere anestesia general. El abordaje de las trompas se hace:

Eficacia: en todas estas técnicas: IP: 0.1-0,3.

Inocuidad: Riesgos quirúrgicos: accidente eléctrico, pneumoperitoneo, anestesia, etc. Aceptabilidad: Muy grande.

Contraindicaciones Generales de anticoncepción en la adolescencia

En relación a las principales contraindicaciones de uso de anticoncepción en adolescentes, prácticamente no hay contraindicaciones absolutas, considerando que esta población es habitualmente sana. En general las contraindicaciones según patologías son las descritas en los criterios de elegibilidad de la OMS (19). La principal recomendación es que cada caso debe ser evaluado en forma individual, debiendo en ocasiones derivar a nivel secundario para la elección e indicación del método más adecuado y acorde con las necesidades de cada usuaria en particular. Mención aparte tiene la indicación en las siguientes situaciones (29):

Inyectables tipo Depomedroxiprogesterona (DMPA) de 3 meses de duración: este tipo de anticoncepción se reserva sólo para casos excepcionales, principalmente relacionados con contraindicación absoluta al uso de estrógenos. Consideramos que no es un método de uso habitual en adolescentes debido a efectos secundarios como atrofia endometrial con amenorrea secundaria prolongada, aumento de peso significativo e impacto sobre la mineralización ósea, aún cuando han habido reportes de recuperación de la densidad ósea a los 2 años de suspendido su uso.

Inyectables mensuales con alta dosis de estrógenos: como se ha mencionado, preparados con 120 mg alfasona acetofénido/10 mg estradiol enantato no se deben indicar ni en adolescentes ni en mujeres adultas. Dentro de las reacciones adversas se reportan irregularidades menstruales severas.

“D.I.U. en nuligesta”: anteriormente era contraindicación absoluta el uso de DIU en nuligestas, pero la experiencia nos ha llevado a indicarlo en casos también de excepción, en que por un lado hay contraindicación al uso de estrógenos y por otra parte el uso de progestágenos orales puros más las características propias de la adolescente a la que estamos tratando, hacen que el riesgo de falla del método sea muy alto. Cuando hemos debido optar por este tipo de anticoncepción, hemos preferido la utilización del DIU medicado con levonorgestrel de 20 ug/día, pues tiene un mejor control de flujo menstrual y menor riesgo de procesos inflamatorios pelvianos. En la actualidad está en fase III un proyecto de investigación internacional y multicéntrico en que se está evaluando la efectividad de DIU medicado con levonorgestrel en menor dosis que el existente, cuya particularidad es que por su menor tamaño sería mejor tolerado en nuligestas.

Anticoncepción hormonal con antecedente de menarquía tardía sin estudio adecuado: podemos estar en presencia de un retraso puberal no diagnosticado y al inducir regla con anticoncepción hormonal sin haber realizado un estudio previo en estas pacientes, podríamos enmascarar el cuadro clínico de base.

Anticoncepción hormonal con signos de hiperandrogenismo sin diagnóstico previo: en pacientes con signos clínicos evidentes de hiperandrogenismo, las dos principales causas son el Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP) o Hiperandrogenismo Ovárico Funcional y la Hiperplasia Suprarrenal Congénita tardía. En estas pacientes dentro del estudio está indicado medir testosterona total y SHBG para obtener el índice de andrógenos libres, debiendo solicitar además 17 OHP (17 hidroxiprogesterona) y DHEA-S (dehidroepiandrosterona sulfato) en fase folicular precoz para descartar o confirmar origen suprarrenal. En pacientes con hiperandrogenismo muy severo, de rápida presentación y progresión, asociado a signos de virilización se debe descartar un posible origen tumoral.

En general, frente a una adolescente que ya ha iniciado actividad sexual no protegida o con alto riesgo de iniciar su vida sexual, que clínicamente no tiene signos de virilización y que nos impresiona como un SOP, preferimos iniciar anticoncepción aún cuando no contemos con el estudio hormonal. Tuvimos un caso de una adolescente que por esperar realizar el estudio regresó a control con los exámenes solicitados y con una gestación de 10 semanas. En estos casos ha sido indicar la toma de los exámenes hormonales desde el 3° al 5° día del ciclo, e iniciar anticoncepción con ACO de 30 ug de etinil estradiol/150 ug de levonorgestrel no más allá del 5° día, con cambio a anticoncepción hormonal combinada con progestágenos de mayor efecto antiandrogénico, en el 1° día del flujo rojo del ciclo siguiente. Si la paciente no puede realizar los exámenes por factor económico, por

demora en la obtención de horas en el nivel secundario del sistema público, o por otras razones a considerar, mi recomendación es iniciar la anticoncepción y diferir el estudio.

2.5.2.5. Embarazo en adolescentes

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 médico.

La fecundidad adolescente es más alta en países en vías de desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque, de mejorarse las condiciones, ella podría descender aunque para otros investigadores, la disminución de las tasas de fecundidad adolescente está cada vez más lejos, ya que el deterioro de las condiciones socioeconómicas globales hace que se dude sobre la posibilidad de que la mayoría de los países realicen mayores inversiones en sus sistemas educacionales y de salud, para alcanzar la cobertura que el problema demanda.

El embarazo en las adolescentes se ha convertido en seria preocupación para varios sectores sociales desde hace ya unos 30 años. Para la salud, por la mayor incidencia de resultados desfavorables o por las implicancias del aborto. En lo psicosocial, por las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y sus familiares.

Cuando la adolescente se embaraza inicia un complejo proceso de toma de decisiones y, hasta decidirse por uno, aparece siempre el aborto a veces como un supuesto más teórico que real. El considerarlo un "problema", exige aplicar terapéuticas que aporten soluciones sin permitir implementar acciones preventivas adecuadas. Por ello es conveniente

encuadrarlo dentro del marco de *la "salud integral del adolescente"*. Esto permite abarcar todos los embarazos que ocurran a esta edad; adecuar las acciones preventivas dentro de la promoción de la salud; brindar asistencia integral a cada madre adolescente, a sus hijos y parejas y aportar elementos para el desarrollo de las potencialidades de los adolescentes. Por todo ello, el embarazo en adolescentes necesita un abordaje integral biopsicosocial por un equipo interdisciplinario capacitado en la atención de adolescentes y en este aspecto específico de la maternidad – paternidad (43).

1. Causas de embarazo en adolescentes

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 (44):

a) El inicio precoz de las relaciones sexuales

Actualmente la edad media aproximativa de la primera relación coital es de 11 años para los chicos y 13 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.

✓ 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 sexuales (45).

✓ 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 adolescentes. Familias uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres – hijos. Su

ausencia genera carencias afectivas que la/el joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.

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 embarazo. La pérdida del vínculo familiar por migraciones recientes, ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores o de los padres en busca de oportunidades laborales.

✓ **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. Por ello se observa cómo la fecundidad adolescente no se distribuye de forma homogénea entre los diferentes estratos sociales, apreciándose zonas de elevada prevalencia dentro de una misma área geográfica. Otro de los factores ambientales asociados al inicio precoz de las relaciones sexuales ha sido la falta de escolarización de los jóvenes. 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 adolescente (46).

b) No utilización de anticonceptivos

La no utilización de método anticonceptivo supone el factor causal más importante para el embarazo adolescente. Otro factor es la ausencia de habilidades sociales o de autocontrol para exigir su utilización a la pareja. 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 anticonceptivos. Procuraremos analizar, a continuación, los factores que inciden en la escasa utilización de anticoncepción en esta época de la vida.

✓ **Falta de prevención**

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 edad. En algunas sociedades industrializadas las jóvenes que resultan embarazadas tienen una probabilidad mayor de haber consumido drogas, realizar actos delictivos, etc.

La falta de previsión ante las primeras relaciones sexuales está más ligada con la percepción, que los jóvenes tienen sobre su propia sexualidad, y así aquellas jóvenes que se consideran a sí mismas incapaces de ser sexualmente activas tienen mayor riesgo de embarazo que las que asumen esta posibilidad y, por ello, toman precauciones.

✓ **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, médicos, de la sociedad en fin, se diluye y los jóvenes obtienen la información sobre los métodos anticonceptivos de sus amigos, medios de comunicación, centros

educativos, familia, etc. El bajo nivel educativo con desinterés general sin que exista un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aún teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.

✓ **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. Dentro de los factores ambientales que pueden influir en la baja tasa de utilización de anticoncepción no es desdeñable ese 31% de jóvenes adolescentes que, en algunas sociedades, se embarazan premeditadamente como resultado de una fantasía, de un comportamiento cultural o, lo que es más grave, como una huida hacia delante de una situación familiar y económica calamitosa.¹⁸ En algunos casos está presente la ambivalencia ante un embarazo como fruto de ese amor idílico y maravilloso de la adolescencia.

✓ **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 adolescente. La principal dificultad que señalan los adolescentes para acercarse a una entidad de salud 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 una entidad de Salud, previamente a su gestación, por temor a que sus datos no fuesen

confidenciales. Otras de las razones aducidas por las jóvenes para no acudir 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 servicios de Salud no eran para jóvenes.

✓ **Controversia entre su sistema de valores y el de sus padres**

Cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.

2. Prevención del embarazo

a) Prevención primaria

Supone la base de la prevención y procura actuar sobre los factores de riesgo que favorecen u originan la aparición del problema. Una vez analizadas las causas del embarazo adolescente, y conscientes de que hay factores difíciles de modificar (estado socioeconómico), proponemos programas de educación sexual y mejorar la accesibilidad de los jóvenes a los métodos anticonceptivos.

Programas de Educación Sexual

Los padres, primeros responsables en materia educativa, delegan con demasiada frecuencia su responsabilidad en terceras personas haciendo dejación de su derecho y deber de educar, en materia de sexualidad, a sus hijos. La consecuencia de este hecho es que hasta el 57% de los padres no hablan de temas de sexualidad con sus hijos y que hasta el 50% de éstos obtienen información sobre esta materia de sus amigos o medios de comunicación.

La sociedad, en su conjunto, puede tener derecho a preservar unos valores éticos y culturales que le han sido transmitidos y considere que no

debe facilitar información a los jóvenes, creyendo que los adolescentes no deben tener relaciones sexuales y, por ello, no necesitan información o bien que la información pueda suponer un aliento a mantener relaciones sexuales.

Las actitudes de ciertas sociedades modernas han demostrado lo erróneo de esta presunción poniendo de manifiesto que el fenómeno habitual es el contrario: a mayor educación e información sexual menor tasa de embarazo adolescente.

Mejora de la accesibilidad a los métodos anticonceptivos

Esta debe ser una responsabilidad que asumamos los profesionales sanitarios considerando, además, que no es suficiente con prescribir un determinado método sino que, también, hay que dialogar e informar, faceta en la que los jóvenes no encuentran la respuesta esperada para sus necesidades.

Los servicios tradicionales de Planificación Familiar han jugado un importante papel en la prevención del embarazo adolescente, pero todavía queda mucho por hacer. Debemos innovar estos servicios, para reducir el impacto social desfavorable de la fertilidad adolescente, dotándolos de nuevas estrategias de captación, relación y responsabilidad.

b) Prevención secundaria

El embarazo adolescente necesita una mayor atención sanitaria para prevenir y tratar las incidencias que lo complican haciendo especial énfasis en los programas de Educación Sanitaria, puesto que se ha demostrado que las jóvenes embarazadas acogidas en los programas de Educación Prenatal presentan una menor incidencia de morbi-mortalidad, materna y perinatal, y utilizan más los métodos anticonceptivos después del parto.

c) Prevención terciaria

Es responsabilidad de la Administración proveer y garantizar los recursos necesarios a las madres adolescentes para que las repercusiones, a corto, medio y largo plazo, de su maternidad sean lo menos graves posibles. Son necesarias políticas comunitarias de acogida a estas madres que posibiliten la continuación de sus estudios y formación, de forma que alcancen el desarrollo socioeconómico que les corresponde. La mejora de las condiciones socioeconómicas es uno de los caminos más importantes para resolver este espinoso problema.

2.6. Hipótesis

Ho: “Los conocimientos, actitudes, y percepciones culturales no influyen en los adolescentes para que usen métodos anticonceptivos y prevenir el embarazo”.

Ha: “Los conocimientos, actitudes, y percepciones culturales influyen en los adolescentes para que usen métodos anticonceptivos y prevenir el embarazo”.

Unidades de observación

Adolescentes de la parroquia San Buenaventura

2.7. Señalamiento de variables de la hipótesis

Variable independiente:

- Conocimientos
- Actitudes
- Percepciones culturales

Variable dependiente:

- Usar anticonceptivos para evitar el embarazo

Término de relación: influyen

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Enfoque investigativo

El estudio se ha planteado realizar un análisis cualitativo, no destinado al individuo como tal, sino a la subjetividad de éste frente a determinada circunstancia; este análisis pretende establecer cómo los conocimientos, actitudes relacionadas con la sexualidad, generan una percepción y prácticas sobre la anticoncepción y cómo en este escenario se produce el embarazo en adolescentes.

“La investigación cualitativa ha comenzado a cobrar importancia en las últimas décadas en el campo de la salud, debido en gran parte, a que el interés mostrado por los investigadores sociales en las instituciones sanitarias motivó que se alertara sobre la necesidad de abordar determinados problemas de salud desde perspectivas bien distintas a la puramente biomédica, perspectivas que admiten la subjetividad, ya que cuando las investigaciones se dirigen a problemas de salud en sus dimensiones sociales o culturales, los modos de análisis basados en la estadística se quedan casi siempre estrechos” (47) .

El carácter cuantitativo, se manifiesta en el análisis estadístico de las encuestas aplicadas para medir el nivel de conocimiento, actitudes, prácticas y percepciones culturales sobre la sexualidad y la anticoncepción, y cómo influyen en el embarazo en adolescentes.

Por lo tanto el presente estudio tiene un carácter cuanti-cualitativo.

3.2. Modalidad básica de la investigación

En el presente trabajo de investigación, se aplicó la modalidad de investigación de campo, por cuanto se obtuvo la información en la comunidad, en el lugar en que se producen los hechos, en esta modalidad se utilizarán entrevistas, encuestas directas e indirectas y observaciones, para obtener información de acuerdo con los objetivos del proyecto y cuantificarlos.

3.3. Tipo de investigación

La presente investigación fue de tipo descriptivo, transversal, de período por cuanto se centró el estudio de los conocimientos, actitudes, prácticas y percepciones culturales sobre sexualidad y anticoncepción y como estos influyen en el embarazo adolescente recolectando los datos entre Junio-Octubre 20013.

3.4. Población y muestra

3.4.1. Tipo de muestreo: probabilístico al azar

Universo: Adolescentes de 14 a 19 años de la parroquia San Buenaventura 645. Hombres 329 y mujeres 316 (Datos INEC 2010).

Muestra: Para llevar a cabo la presente investigación se determinó el tamaño de la muestra en base al nivel confianza o seguridad del 95% (1.96), precisión=3%, proporción esperada=5% (0.05) que maximiza el tamaño de la muestra. Esto nos permitirá saber a cuánta/os adolescentes deberíamos estudiar.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 p * q}{d^2 * N - 1 + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Dónde:

N= total de adolescentes entre 14 y 19 años de la parroquia San Buenaventura.

$Z_{\alpha}^2 = 1.96^2$ (seguridad del 95%)

p=Proporción esperada (5%=0.5)

q= 1-p (1 - 0.05 = 0.95)

d= precisión (3%)

$$n = \frac{645 * 1.92^2 * 0.05 * 0.95}{0.03^2 * 645 - 1 + 1.96^2 * 0.05 * 0.95}$$

n= 156

La muestra calculada fue 156, al mismo que se sumó un 12% por posibles errores dando como resultado una muestra de 175 adolescentes.

Criterios de inclusión:

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

- Adolescentes de 14 a 19 años, varón o mujer que puedan completar la encuesta.
- Adolescentes que asumieron la maternidad en el periodo del 2010 al 2013.

Criterios de exclusión:

- Adolescentes menores de 14 años y mayores a 21 años, que no completen los datos de la encuesta.

Criterios éticos:

- Confidencialidad
- Anonimato
- Acceso restringido a la información de los adolescentes a personas extrañas a la investigación.

3.5. Operacionalización de variables

3.5.1. Variable independiente: Los conocimientos, actitudes y percepciones culturales

Tabla N° 2. Operacionalización variable independiente

Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Ítems básicos	Técnicas	Instrumentos
<p>El conocimiento se conceptúa como:</p> <p>Entender en un asunto con facultad legítima para ello</p>	<ol style="list-style-type: none"> Sexualidad Métodos anticonceptivos 	<p>% para cada pregunta</p> <p>Análisis del discurso, en %.</p>	<ol style="list-style-type: none"> ¿Cuándo hablamos de sexualidad nos referimos a qué? ¿Qué entiende por método anticonceptivo? ¿Qué métodos anticonceptivo conoce? 	<p>Encuesta anónima a adolescentes de 14 - 19 años</p> <p>Encuesta anónima a adolescentes de 14 - 19 años</p>	<ol style="list-style-type: none"> Cuestionario estructurado Cuestionario estructurado
<p>Actitudes : forma de reaccionar frente a diversas situaciones</p>	<ol style="list-style-type: none"> Dirección Intensidad 	<ol style="list-style-type: none"> Aceptación % Rechazo % Indiferencia % 	<ol style="list-style-type: none"> Todos los métodos anticonceptivos son seguros. El uso de métodos anticonceptivos ayuda a no tener hijos Usaría algún método anticonceptivo. 	<p>Escala de Lickert</p>	<p>Proposiciones pertinentes a la actitud que tiene los adolescentes frente a los anticonceptivos</p>

			4. Cuando usa anticonceptivos es responsable		
Percepción cultural conjunto de rasgos distintivos que caracterizan a una sociedad o grupo social, modos de vida, sistema de valores	<p>1. Sexualidad</p> <p>2. Métodos anticonceptivos</p> <p>3. Embarazo</p>	<p>1. Para cada opción %</p> <p>2. Análisis del discurso y en %</p> <p>1. Para cada opción %</p> <p>1. Para cada opción %</p>	<p>2. ¿A qué nos referimos cuando hablamos de sexualidad?</p> <p>3. ¿Por qué un hombre o mujer utilizan anticonceptivos?</p> <p>1. ¿Habla con sus padres de métodos anticonceptivos?</p> <p>1. ¿No abortó por miedo a que Dios le castigue?</p>	Encuesta anónima a adolescentes de 14 - 19 años	Cuestionario estructurado

Elaborado: PANCHI, Yesenia

3.5. Operalización de variables

3.5.2. Variable Dependiente: Usar métodos anticonceptivos para prevenir el embarazo adolescente

Tabla N° 3. Operacionalización de la variable dependiente

Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Items básicos	Técnicas	Instrumentos
Uso de métodos anticonceptivos	1. Sexualidad 2. Anticonceptivos 3. Preferencia biológica 4. Condición que determina los vínculos personales	1. Edad años 2. Para cada opción %	1. Edad de inicio de vida sexual 2. Utiliza o no algún método anticonceptivo 3. Número de parejas sexuales 4. Estado civil	Encuesta anónima a adolescentes de 14 - 19 años	Cuestionario estructurado
Embarazo adolescente , estado de gravidez en mujeres menores de 20 años	1. Percepciones personales 2. Comunidad	1. Para cada opción %	1. Causas que provocan un embarazo precoz. 2. ¿Cuáles son las principales fuentes de información? 1. Que trabajo se ha realizado en las instituciones para abordar el tema de sexualidad	Encuesta anónima a adolescentes de 14 - 19 años Entrevista semi - estructurada	1. Cuestionario estructurado 1. Preguntas dirigidas a 5 actores sociales de la parroquia.

	3. Nivel académico y/o abandono.		<p>2. Se trabaja multisectorialmente con el subcentro de salud</p> <p>3.Cuál es la problemática.</p> <p>1. Pertenencia a algún establecimiento educativo</p> <p>2. Abandonó los estudios o los retomó</p>	Encuesta anónima a adolescentes de 14 - 19 años	1. Cuestionario
--	----------------------------------	--	---	---	-----------------

Elaborado: PANCHI, Yesenia

3.6. Técnica e Instrumentos

Para el presente trabajo las técnicas que se utilizaron son:

a) Encuesta para adolescentes de 14 a 19 años: (Ver: Anexo 6. Encuesta 1)

La encuesta consta de 10 preguntas, elaboradas a partir del análisis del marco teórico, que permite definir los ámbitos relacionados a la sexualidad y anticoncepción. Se añaden 6 preguntas adicionales agrupadas en escala de Likert. Se creó una base de datos en SPSS 18 cuya tabulación y resultados sirven para reflexionar sobre la pertinencia de las temáticas abordadas.

La encuesta consta de las siguientes partes, instrucciones, datos generales y el cuestionario estructurado.

Esta técnica se aplicó a 150 adolescentes en edad de 14 a 19 años.

b) Encuesta para madres adolescentes o embarazadas adolescentes. (Ver: Anexo 7. Encuesta 2)

Consta de 10 preguntas elaboradas a partir del marco teórico, que permite definir los ámbitos relacionados a la sexualidad y anticoncepción. Se añaden 6 preguntas adicionales agrupadas en escala de Likert. Se creó una base de datos en SPSS 18 cuya tabulación y resultados sirven para reflexionar sobre la pertinencia de las temáticas abordadas.

La encuesta consta de las siguientes partes presentación, instrucciones, datos generales y el cuestionario.

Esta técnica se aplicará a embarazadas adolescentes registradas en el periodo de enero a agosto del 2013 y madres adolescentes que acuden a los controles en el sub centro de San Buenaventura, en total 25.

c) Escala de actitudes (Tipo Lickert).

La técnica utilizada fue la escala tipo Lickert pues permite obtener información acerca de las actitudes sobre métodos anticonceptivos. La

Escala tipo Lickert consta de 6 preguntas incluidas al final de cada encuesta.

Los sujetos deben indicar para cada una de ellas si Aceptan (X), Rechazan (X) o son indiferentes (X) a cada una de las proposiciones, el resultado es la suma final de las categorías que registran, el proceso siguiente es ver en qué medida los juicios por cada proposición están en correlación con el resultado final y eliminar aquellas que no manifiestan un acuerdo sustancial.

d) Entrevista semi-estructurada (Anexo 4)

Para la recopilación de información se realizará una entrevista semi-estructurada dirigida a 5 actores sociales: 1) presidente de la Parroquia San Buenaventura. 2) Rector de la Unidad Educativa “Numa Pompilio Llona”, 3) Rector del Colegio Catorce de Julio, 4) Médico de subcentro de salud de la parroquia, 5) párroco de la iglesia.

La entrevista tiene como objetivo analizar la situación de la problemática del embarazo adolescente, y conocer la mirada educativo-institucional sobre este campo.

Las entrevistas giran en torno a las siguientes preguntas:

- ¿Qué trabajos se han realizado en las instituciones para abordar el tema de sexualidad y métodos anticonceptivos y si se han incluido a los padres de familia?
- ¿Se trabaja multisectorialmente con el Subcentro de Salud y otras instituciones de la parroquia?
- ¿Qué dificultades se han presentado al abordar temas de sexualidad?
- ¿Cuál es la problemática particular de embarazo adolescente en la parroquia y cómo responde la institución frente a casos suscitados de embarazo adolescente?
- ¿Qué propuesta es adecuada para prevenir el embarazo adolescente?

3.7. Plan de recolección de información

- a) **Encuesta 1:** se buscó grupos de adolescentes de la parroquia de San Buenaventura, previa consentimiento se aplicó la encuesta, cada adolescente recibió las instrucciones y completo el cuestionario.
- b) **Encuesta 2:** previa autorización del personal del Centro de salud de San Buenaventura se realizó encuestas a embarazadas adolescentes registradas en el periodo de enero a agosto del 2013 y madres adolescentes que acuden a los controles de niño sano (ver: Anexo 5).
- c) **Entrevista semiestructurada:** previa autorización se fijó fecha y hora para la entrevista con cada uno de los actores sociales de la parroquia, los datos recolectados son almacenados en material audiovisual y luego transcritos en este documento.

3.8. Plan de procesamiento y análisis de la información

a) Procesamiento y análisis de las encuestas

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

- ✓ Se creó una base de datos en SPSS 18 for Windows con la información obtenida.
- ✓ Se corrigió errores de la base de datos.
- ✓ Se realizaron pruebas de significación apropiadas al tipo de variable.
- ✓ Se crearon gráficos y tablas en SPSS 18 for Windows y EXCEL para 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.

b) Procesamiento y análisis de la entrevista

Para el análisis cualitativo se elabora una tabla resumen con las respuestas textuales de cada actor social encuadradas en relación a las preguntas de la entrevista.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4. Análisis de resultados

4.1. Análisis de la entrevista

Se aplicó una entrevista semiestructurada dirigida a cinco actores sociales de la parroquia (Ver: Anexo 4):

- a) Dr. Juan Carlos Jára, Director del subcentro de San Buenaventura
- b) Sacerdote Oscar Tápia, Parrocó del Santuario de San Buenaventura
- c) Lic. Jaime Beltrán, Rector del “Colegio Catorce de Julio”
- d) Lic. Salomón Viteri, Director de la unidad educativa “Numa Pompilio Llona”
- e) Ing. Geovanny Condor, Presidente de la Junta Parroquial

La entrevista gira en torno a las siguientes preguntas:

- Qué trabajos se han realizado en las instituciones para abordar el tema de sexualidad y métodos anticonceptivos y si se han incluido a los padres de familia?
- ¿Se trabaja multisectorialmente con el Subcentro de Salud y otras instituciones de la parroquia?
- ¿Qué dificultades se han presentado al abordar temas de sexualidad?
- ¿Cuál son las causas identificadas que están provocando el embarazo en los adolescentes?
- ¿Qué propuesta es adecuada para prevenir el embarazo adolescente?

Los resultados se resumen en la siguiente tabla:

Tabla N° 4. Resultados Entrevista a Actores sociales

Pregunta	Director del Subcentro de salud	Párroco de San Buenaventura	Rector del Colegio "Catorce de Julio"	Director de la Unidad Educativa " Numa Pompilio Llona"	Presidente de la Junta Parroquial
Que trabajo se ha realizado para abordar los temas de sexualidad y anticoncepción	ENIPLA desde el gobierno. Charlas centros educativos y aglomeraciones. Dispensario de preservativos.	No hay un trabajo direccionado Se trabaja con los grupos de catequesis y durante la homilía. Hay reuniones permanentes con los padres de familia	Plan integral de protección a los adolescentes (1 semana exclusiva dedicada a tratar estos temas) Grupos de docentes que acompañan permanentemente a los adolescentes Se trabaja con los padres de familia (2 días)	No existe un programa específico Programas impuestos desde la reforma curricular Charlas anual con los estudiantes y padres de familia pero no con estos temas exclusivamente.	Se ha conformado el comité parroquial en Salud que es el ente encargado de estos temas
Metodología y recursos	Enfoque teórico. Personal de salud Servicio de ginecología	Enfoque más integral no solo en el plano biológico y reproductivo	Consejería estudiantil Colaboración del personal de salud DINAPEN APROFE y Jefatura de Salud.	Los temas se abordan en los textos de ciencias naturales y entorno natural Comisión de salud y medio Ambiente del plantel	Se han realizado charlas en diferentes directorios pero no referente a este tema
Existe trabajo coordinado multisectorial	Propuesta del nuevo modelo de atención en salud Se ha creado el Comité parroquial de salud	No existe un trabajo coordinado y direccionado Comunicación con el personal del Sub centro de salud No hay contacto con las instituciones educativas	Habido contacto con el personal de salud y directivos de la junta parroquial	Se ha trabajado con el subcentro de salud. Los actores sociales realizan esfuerzos individuales.	Realmente no existe un trabajo conjunto, al menos en esta problemática, se trabaja con el sub centro de salud, sin embargo no se le ha puesto el interés necesario.
Casos de embarazos adolescentes	Desde enero a agosto 2013 se han registrado 14 embarazos en adolescentes		De 450 estudiantes se registraron 4 casos de adolescentes embarazadas	1 caso en el anterior año lectivo (2012-2013)	

Dificultades	Jóvenes tienen miedo de hablar de estos temas Temor a represarías por su padres	No existen espacios para la formación en esta realidad. No existen personas especializadas en estos temas.	Irresponsabilidad de los adolescentes	Ausencia de los padres (masculino) de familia a las reuniones, el 99% son madres.	Falta de coordinación y comunicación con las diferentes instituciones de la parroquia. Desinterés por esta problemática
Causas del embarazo adolescente	No utilizar métodos anticonceptivos Falta de información. Irresponsabilidad de los adolescentes	Hogares desorganizados y conflictivos Alcoholismo Mal uso de la tecnología La vivencia de la fe No hay educación cristiana Falta de educación integral	Influencia de amigos Problemas familiares Problemas económicos Falta de control de la información Irresponsabilidad	Desintegración familiar La mayoría de estudiantes son hijos de madres solteras. Existe demasiada información pero sin un control adecuado El alcoholismo	Problemas familiares La excesiva información que reciben los adolescentes La falta conciencia de la comunidad con respecto al tema
Acuden adolescente a solicitar métodos anticonceptivos	Son muy pocos Toman preservativos del dispensario. Tal vez los obtengan en otro lugar				
Estrategias para prevenir el embarazo adolescente	Educación no solo a los jóvenes sino también a los padres de familia	Trabajar con las familias y concientizarlas Trabajo interinstitucional con un mismo lenguaje y meta	La base de todo proceso es la educación Integrar un equipo de trabajo multidisciplinario.	Profundizar más la reuniones Trabajar en espacios diferentes con los jóvenes y los padres de familia Enfatizar en la responsabilidad conjunta de los padres de familia en la educación de los adolescentes.	La educación no solo para los jóvenes sino a los padres de familia ya que la familia es el núcleo de la sociedad Unir esfuerzos entre todos los dirigentes de instituciones y/o organizaciones de la parroquia.

Fuente: Entrevistas Actores sociales (Ver: Anexo 4)

Elaborado: PANCHI, Yesenia

4.2. Análisis de Encuestas

Para el análisis de la encuesta se ha procedido a enmarcar cada una de las preguntas en la misma forma que fueron aplicadas, para proceder inmediatamente a contabilizar el total de respuestas y los conteos parciales a cada una de las aceptaciones más frecuentes.

Dentro de la interpretación de las preguntas abiertas se incluyen el discurso utilizado por los adolescentes en la forma textual en que se registró.

4.2.1. Análisis de la encuesta N°1 dirigida a los adolescentes de 14 a 19 años

4.2.1.1. Edad y género

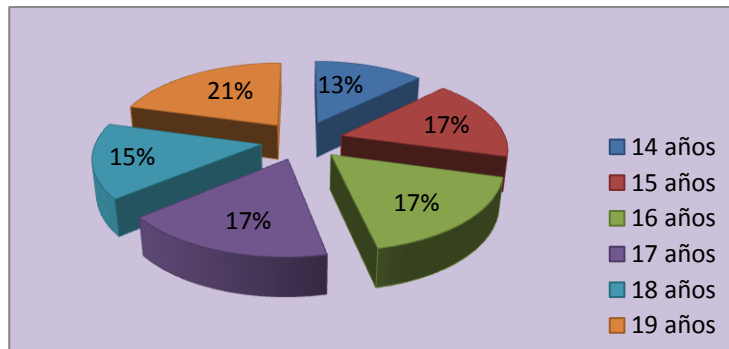
Tabla N° 5. Edad*Genero

		Genero		Total
		Masculino	Femenino	
Edad	14 años	8	11	19
	15 años	9	16	25
	16 años	14	12	26
	17 años	12	14	26
	18 años	12	11	23
	19 años	18	13	31
Total		73	77	150
		48,7%	51,3%	100,0%

Fuente: Encuesta N°1

Realizado por: PANCHI, Yesenia

Gráfico N° 3. Edad de los adolescentes de San Buenaventura



Fuente: Encuesta N°1

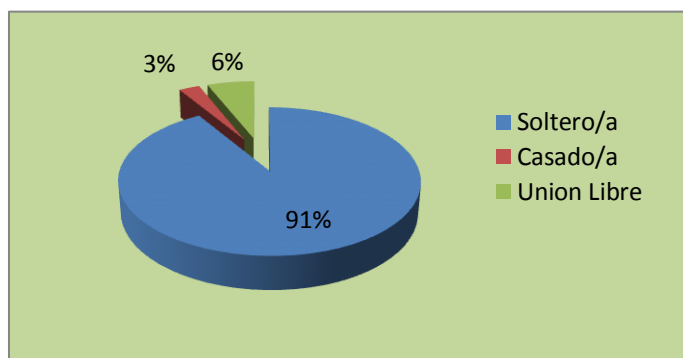
Realizado por: PANCHI, Yesenia

Análisis:

Se aplicó la encuesta a 150 adolescentes de 14 a 19 años de la parroquia San Buenaventura sin distinción de raza, sexo. Distribuyéndose en **51.3%** (n= 77) mujeres, **48.7%**(n=73) varones, **21%** de 19 años, **17%** de 15 años, **17%** de 16 años, **17%** de 17 años, **15 %** de 18 años y un **13%** de 14 años.

4.2.1.2. Estado civil

Gráfico N° 4. Estado civil de los adolescentes



Fuente: Encuesta N°1

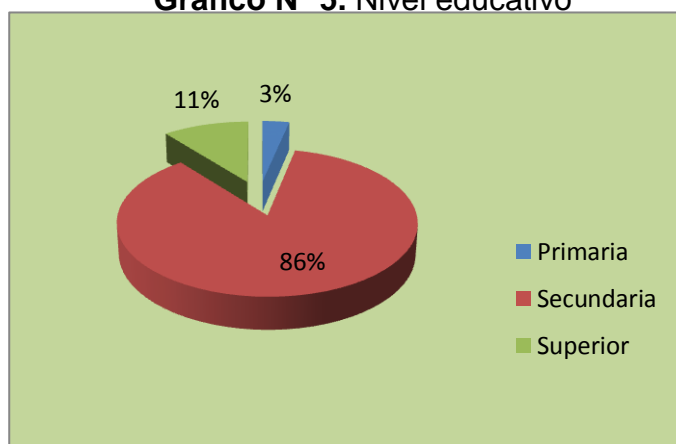
Realizado por: PANCHI, Yesenia

Análisis:

De la/os 150 adolescentes encuestada/os **91%** son soltera/os, **6%** viven en unión libre y **3%** son casado/as

4.2.1.3. Nivel educativo

Gráfico N° 5. Nivel educativo



Fuente: Encuesta N°1

Realizado por: PANCHI, Yesenia

Análisis:

86% de adolescentes tienen una instrucción secundaria, **11%** término la primara y un **3%** educación superior.

4.2.1.4. Pregunta1: ¿Qué entiende por sexualidad?

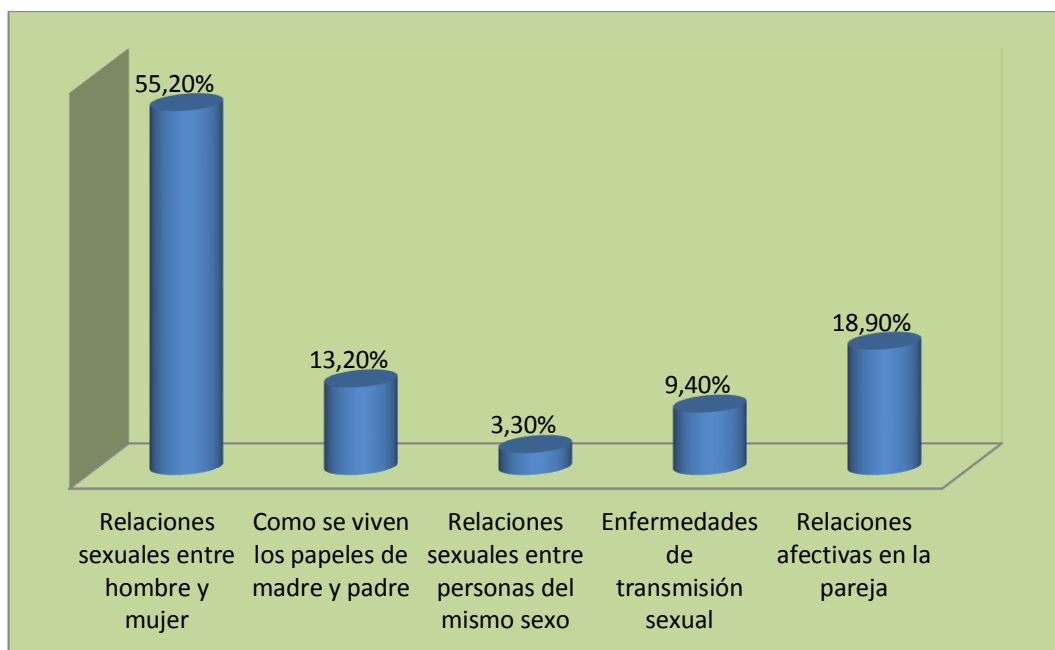
Tabla N° 6. Sexualidad

		Respuestas	
		Nº	Porcentaje
Qué entiende por sexualidad	Relaciones sexuales entre hombre y mujer	117	55,2%
	Como se viven los papeles de madre y padre	28	13,2%
	Relaciones sexuales entre personas del mismo sexo	7	3,3%
	Enfermedades de transmisión sexual	20	9,4%
	Relaciones afectivas en la pareja	40	18,9%
Total	Preguntas	212	100,0%

Fuente: Encuesta N°1

Realizado por: PANCHI, Yesenia

Gráfico N° 6. Frecuencia*sexualidad



Fuente: Encuesta N°1

Realizado por: PANCHI, Yesenia

Análisis

La pregunta con mayor aceptación por lo/as adolescentes relaciona la sexualidad con relaciones sexuales entre hombre y mujer (55.2%). Que enmarca la sexualidad dentro de la percepción y el imaginario dada por principios biológicos e implica dos cosas: una relación directa al sentido de la reproducción o una aceptación del placer sexual compartido entre hombre y mujer.

Una segunda opción de respuesta **18.9%** mencionó que hablar de sexualidad son relaciones afectivas en la pareja, que incluye sentimientos, emociones y va más allá del acto sexual y el plano biológico, lo que supone una sinergia entre afectividad y relación sexual.

En tercer lugar encontramos con **13.3%** la respuesta cómo se viven los papeles de madre y padre, indicando que la sexualidad está relacionada al tema de género, marcado por los roles sociales asignados a los hombres y las mujeres en el ámbito de la familia (padre, madre e hijos). Es igual a decir que tener relaciones sexuales está ligado directamente a la reproducción y como consecuencia asumir el rol de madre o padre.

Sexualidad también significa: enfermedades de transmisión sexual para el **9.4%**, en este caso la sexualidad está dada en el plano biológico y decanta en el riesgo de enfermedades de transmisión sexual. Esta respuesta podría mantener cierta relación con una regulación sobre el comportamiento de la sexualidad, ligada a la tradición pedagógica de la educación sexual que basa su narración en el ámbito de la prevención de las ETS.

Una quinta opción con **3.3%** menciona que la sexualidad comprende las relaciones sexuales de las personas del mismo sexo, de una manera intrigante que cobra importancia y demuestra que en la sociedad existen cambios dinámicos al concebir las relaciones homosexuales como un fenómeno natural o al menos culturalmente aceptado.

4.2.1.5. Pregunta 2: ¿Qué entiende por métodos anticonceptivos?

Primera unidad de análisis

Gráfico N° 7. Qué entiende por métodos anticonceptivos



Fuente: Encuesta N°1

Realizado por: PANCHI, Yesenia

Análisis

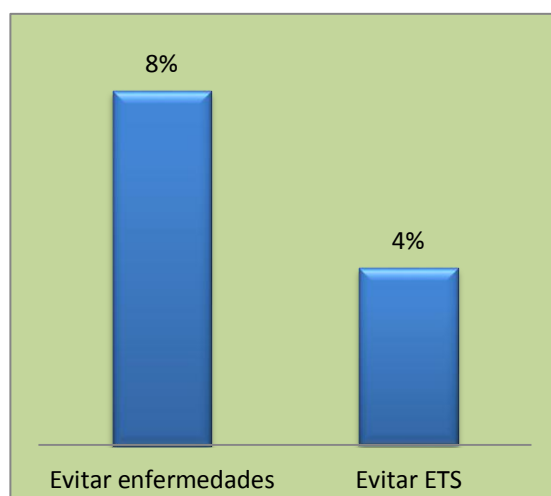
Una primera unidad de respuestas, está en concordancia al uso de los métodos anticonceptivos y a su función, que implica evitar el embarazo, los porcentajes que hacen relación a este campo. Métodos para evitar el embarazo (26.7%), Evitar embarazos no deseados (9.3%), y relaciona al acto de interrupción del embarazo: sirven para abortar (0.7%). Supone en las repuestas que la anticoncepción obedece a la situación no voluntaria de tener hijos, por eso se asume en lo no deseado y el aborto como la acción de la anticoncepción.

Por otro lado el **(12%)** que refiere a protección y cuidarse durante una relación sexual **(4%)** refiere a estar seguro de lo que se hace, denotando cierto grado de responsabilidad.

La concepción primitiva del hombre de que el embarazo es responsabilidad solo de la mujer se presenta en **(3.3%)** al decir que los anticonceptivos sirve para que no se quede embarazada la mujer. El **(0.7%)** piensa que es malo utilizar anticonceptivos refiere al cuidado del cuerpo, ya que se relaciona con el hecho cultural de que tener relaciones sexuales “es malo, es prohibido, pecado o daña el cuerpo de las mujeres”.

Segunda unidad de respuestas

Gráfico N° 8. Prevención de enfermedades y evitar ETS



Fuente: Encuesta N°1

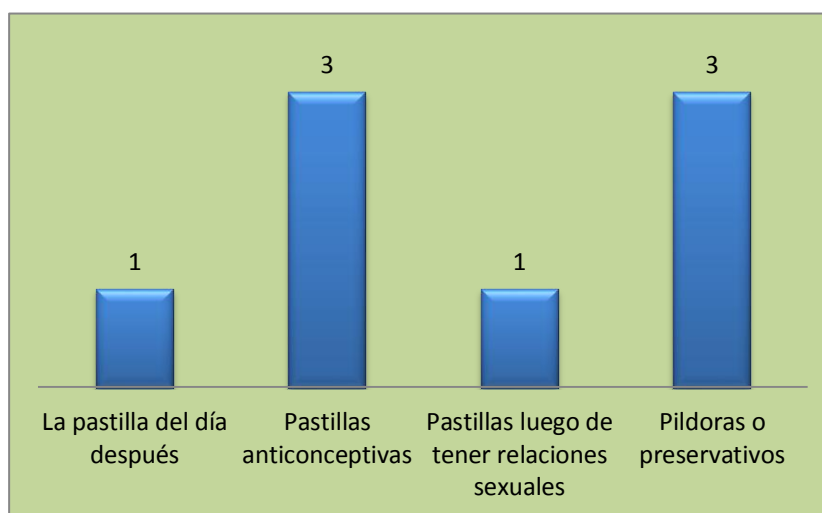
Realizado por: PANCHI, Yesenia

Análisis

Prevención de enfermedades (8%) y evitar enfermedades de transmisión sexual (4%). Es importante enunciar que el empleo de los métodos, están relacionados con el uso social y la función práctica que cumplen, significa que no todos los métodos están relacionados con evitar el embarazo, si no con prevenir el contagio de ETS y VIH, lo que indica que el uso práctico de los métodos tienen relación con las situaciones de riesgo que devienen de la actividad sexual.

Tercera unidad de respuestas

Gráfico N° 9. Anticoncepción es igual a anticonceptivos



Fuente: Encuesta N°1

Realizado por: PANCHI, Yesenia

Análisis

Esta unidad de respuestas está en concordancia a que la anticoncepción es igual a usar algún método anticonceptivo: 1 encuestado hace referencia a la pastilla del día después, otro a pastillas luego de tener relaciones sexuales, 3 hacen referencia a pastillas anticonceptivas y 3 jóvenes lo relacionan con píldoras y preservativos.

Estas unidades nos permiten situar concepciones con respecto de la anticoncepción, desde otras miradas que también han entrado en contacto con las narraciones científicas.

4.2.1.6. Pregunta 3: Marque los métodos anticonceptivos que más conoce

Tabla N° 7. Cuántos métodos anticonceptivos conoce

N	Válidos	150
Media		3,04

Fuente: Encuesta N°1

Realizado por: PANCHI, Yesenia

Análisis

En promedio los adolescentes de San Buenaventura conocen **3** métodos mencionados.

Tabla N° 8. Cuantos métodos anticonceptivos conoce * Genero

	Genero		Total
	Masculino	Femenino	
Solo 1 anticonceptivo	6,7%	3,3%	10,0%
2 anticonceptivos	15,3%	12,7%	28,0%
3 anticonceptivos	16,7%	16,7%	33,3%
4 anticonceptivos	7,3%	8,7%	16,0%
5 anticonceptivos	1,3%	4,0%	5,3%
6 anticonceptivos	0,7%	3,3%	4,0%
7 anticonceptivos	0,7%	2,7%	3,3%
Total	48,7%	51,3%	100,0%

Fuente: Encuesta N° 1

Realizado por: PANCHI, Yesenia

Análisis

Todos los adolescentes aseguran conocer al menos un método anticonceptivo, en orden de frecuencia el **33.3%** de adolescentes conocen 3 métodos anticonceptivos, que es igual para hombres y mujer, el **28.0%** asegura conocer 2 métodos anticonceptivos mencionados y un **16.0%** conoce 4 anticonceptivos. Un **10%** conoce a penas 1 método anticonceptivo y **3.3%** cree conocer todos. Esta información es clave pues la problemática del embarazo en adolescentes se la atribuye al

desconocimiento de métodos anticonceptivos, entonces hay otras causas más, que están desencadenando este problema, tal vez el uso incorrecto, la poca disponibilidad u otros aspectos culturales que se intentara descubrir a lo largo de la investigación.

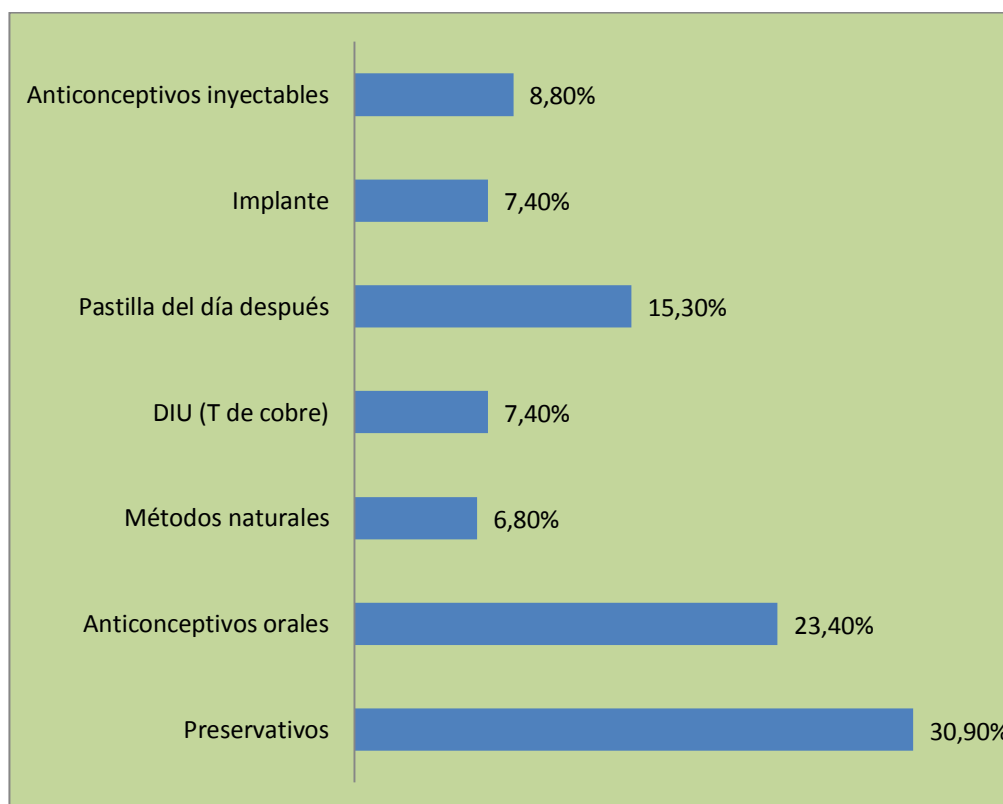
Tabla N° 9. Frecuencias *Anticonceptivos más conocidos

		Respuestas	
		Nº	Porcentaje
Qué anticonceptivos conoce	Preservativos	141	30,9%
	Anticonceptivos orales	107	23,4%
	Métodos naturales	31	6,8%
	DIU (T de cobre)	34	7,4%
	Pastilla del día después	70	15,3%
	Implante	34	7,4%
	Anticonceptivos inyectables	40	8,8%
Total		457	100,0%

Fuente: Encuesta N° 1

Realizado por: PANCHI, Yesenia

Gráfico N° 10. Anticoncepción más conocidos



Fuente: Encuesta N° 1

Realizado por: PANCHI, Yesenia

Análisis

El anticonceptivo más conocido es el preservativo o condón **30.90%**, esto se debe a la gran publicidad que ha tenido a través de los diferentes medios de comunicación quienes los ofertan en colores, sabores, texturas y precios, o desde el mismo ministerio de salud pública, es conocido que en cada campaña o conferencia sobre el tema no falta la repartición de condones como *“pan caliente”* (Luis Nieto padre de familia). También podría obedecer a que su uso gira alrededor del riesgo de contagio de las ETS y al HIV que pone en el imaginario juvenil el uso de los condones como única opción en caso de ser sexualmente activos.

Anticonceptivos orales ocupan un segundo lugar en frecuencia **23.4%** que tiene en cambio una relación directa con la prevención del embarazo, ello plantea una concordancia en el aspecto biológico de la reproducción y también al imaginario de género, pues es la *“mujer es quien debe tomar pastillas para no quedarse embarazada”* (Xavier Guamangallo estudiante).

La pastilla del día después es también muy popular **15.30%**, los anticonceptivos inyectables **8.80%**, la T de cobre **7.40%** y el implante **7.40%**.

En último lugar pero no menos importante está el conocimiento de métodos anticonceptivos naturales en un **6.80%** como son el método del calendario o ritmo, coitus interruptus o como mas lo conocen *“terminar afuera”*, que demuestra el importante giro que ha tomado la construcción del pensamiento pasando de las percepciones tradicionalistas antiguas a las más sofisticadas y actualizadas ideas.

Tabla N° 10. Conocimiento de métodos anticonceptivos *Nivel educativo

	Nivel educativo		
	Primaria	Secundaria	Superior
Preservativos	3,3%	80,7%	10,0%
Anticonceptivos orales	2,0%	62,0%	7,3%
Métodos naturales	0,7%	16,7%	3,3%
Conoce DIU (T de cobre)	2,7%	16,0%	4,0%
Pastilla del día después	1,3%	40,0%	5,3%
Implante	1,3%	18,7%	2,7%
Anticonceptivos inyectables	1,3%	23,3%	2,0%

Fuente: Encuesta N° 1

Realizado por: PANCHI, Yesenia

Análisis

Es importante reconocer que los jóvenes tienen información, sobre los métodos anticonceptivos, lo que implica que existe un trabajo institucional para democratizar el conocimiento. A nivel de secundaria encontramos los más altos porcentajes de conocimiento de métodos anticonceptivo siendo los preservativos con **80.7%** y los anticonceptivos orales **62.0%** los más difundidos.

4.2.1.7. Pregunta 4: Cuando un hombre o una mujer utilizan anticonceptivos es porque:

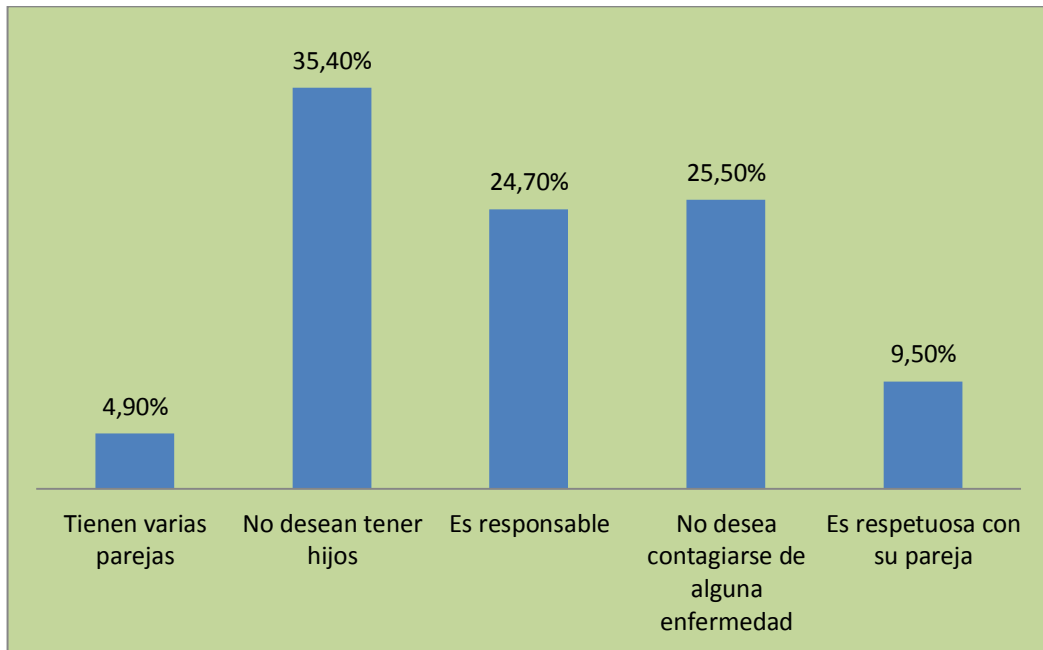
Tabla N° 11. Usar anticonceptivos

		Respuestas	
		N°	Porcentaje
Usar anticonceptivos	Tienen varias parejas	13	4,9%
	No desean tener hijos	93	35,4%
	Es responsable	65	24,7%
	No desea contagiarse de alguna enfermedad	67	25,5%
	Es respetuosa con su pareja	25	9,5%
Total		263	100,0%

Fuente: Encuesta N° 1

Realizado por: PANCHI, Yesenia

Gráfico N° 11. Usar anticonceptivos



Fuente: Encuesta N° 1

Realizado por: PANCHI, Yesenia

Análisis

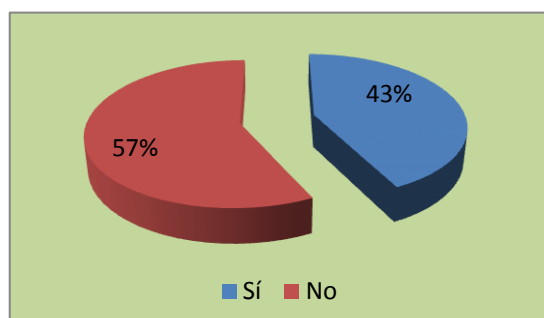
La respuesta con mayor frecuencia asegura que cuando un hombre o una mujer utilizan anticonceptivos es porque no desean tener hijos **35.40%** en segundo lugar esta no desea contagiarse de alguna enfermedad **25.50%** en este caso la mirada del uso de anticonceptivos se relaciona con la reproducción y la prevenir alguna enfermedad.

En tercer lugar ha permitido a los adolescentes expresar su sexualidad desde una perspectiva de responsabilidad **24.70%**, el uso de métodos anticonceptivos parece presentarse como una forma de prevención de consecuencias con respecto al acto sexual.

El **9.50 %** de encuestados relaciona al uso de anticonceptivos con el respeto a la pareja, es decir que un acto sexual no es egoísta, es compartido y satisface a la pareja, y que de una u otra manera compromete a ambos individuos. Apenas un **4.90%** relaciona el uso de anticonceptivos con la posibilidad de tener varias parejas sexuales.

4.2.1.8. Pregunta 5: A qué edad tuvo su primera relación sexual

Gráfico N° 12. Ha tenido relaciones sexuales



Fuente: Encuesta N°1

Realizado por: PANCHI, Yesenia

Análisis

De los **150** adolescentes encuestados, **65 (43%)** ya han tenido relaciones sexuales.

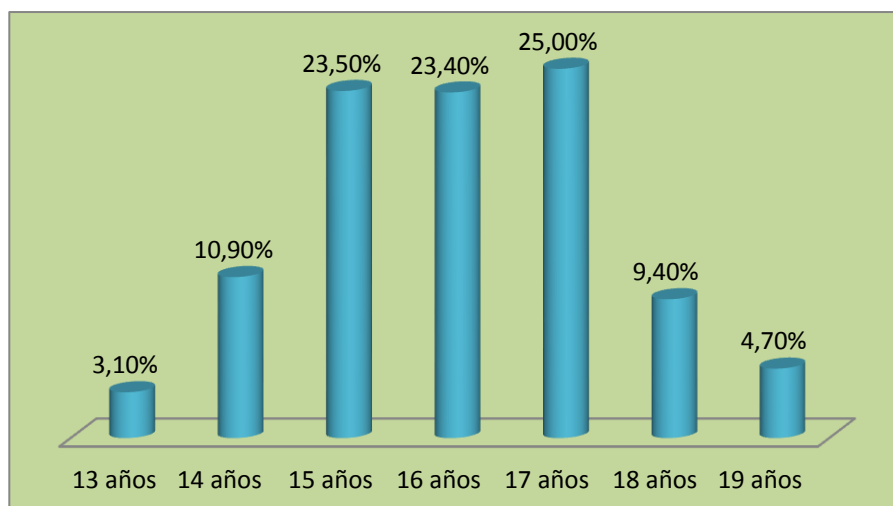
Tabla N° 12. Inicio de vida sexual

	Primera relación sexual	
	Masculino	Femenino
Media (años)	16	16

Fuente: Encuesta N°1

Realizado por: PANCHI, Yesenia

Gráfico N° 13. Edad * Inicio de vida sexual



Fuente: Encuesta N°1

Realizado por: PANCHI, Yesenia

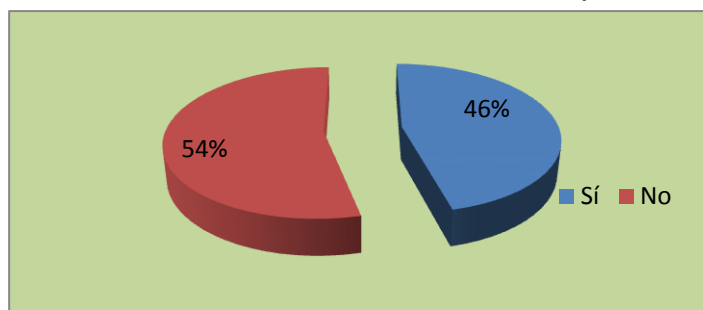
Análisis

Según CEPAR-ENDEMAIN: 2004 en el Ecuador la edad promedio de inicio de vida sexual en la mujer es de 14 años y en el hombre es de 15 años (8). En las encuestas aplicadas la edad promedio de inicio de vida sexual es: **16** años tanto en hombres y mujeres (Tabla 12).

Esta divergencia se debe tal vez a la gran diferencia que existe entre los estilos de vida, cultura y educación de los adolescentes de San Buenaventura sin embargo no deja de ser un riesgo, ya que a medida que inician su vida sexual en edades tempranas, aumenta la probabilidad de embarazos precoces, no deseados, embarazos de alto riesgo, abortos en condiciones riesgosas, hijos de madres solteras, ETS y aún de mortalidad materna.

4.2.1.9. Pregunta 6: Cuando tiene relaciones sexuales usa usted o su pareja algún método anticonceptivo

Gráfico N° 14. Uso de anticonceptivos



Fuente: Encuesta N°1

Realizado por: PANCHI, Yesenia

Análisis

De los 65 adolescentes que han tenido relaciones sexuales observamos que el mayor porcentaje corresponde al **54% NO** usan anticonceptivos cuando tienen relaciones sexuales y el **46% Sí** lo hace. Resulta paradójico ya que en preguntas anteriores los adolescentes aseguran conocer los métodos anticonceptivos sin embargo no los usan, entonces no basta el conocimiento, es necesario saber usarlos correctamente y

asegurar su disponibilidad y otros aspectos culturales involucrados, así como la actitud.

Tabla N° 13. Género *Usa algún método anticonceptivo

Usa algún método anticonceptivo					
		Cuando tiene relaciones sexuales utiliza algún método anticonceptivo			Total
		Sí	No		
Genero	Masculino	%	24,6%	30,8%	55,4%
	Femenino	%	21,5%	23,1%	44,6%
Total		% del total	46,2%	53,8%	100,0%

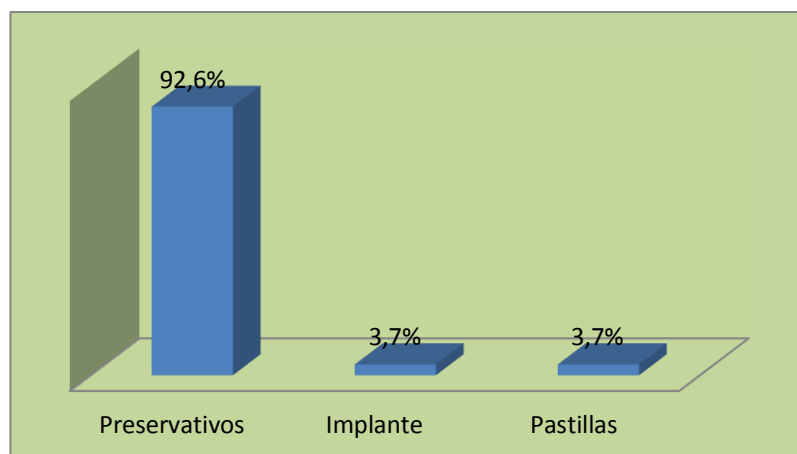
Fuente: Encuesta N° 1

Realizado por: PANCHI, Yesenia

Análisis

Como podemos ver en la tabla 13 los hombres se protegen menos cuando tienen relaciones sexuales **30.8%**.

Gráfico N° 15. Qué anticonceptivo usa:



Fuente: Encuesta N° 1

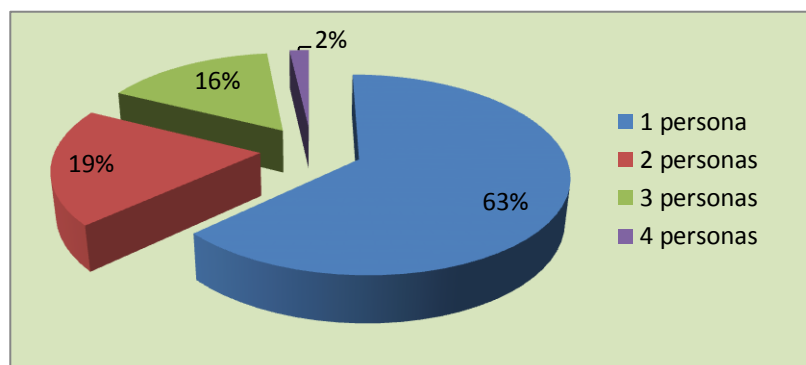
Realizado por: PANCHI, Yesenia

Análisis

De los adolescentes que han tenido relaciones sexuales con protección el **92.6%** aseguran que han utilizado el preservativo, **3.7%** han utilizado pastillas anticonceptivas y **3.7%** han utilizado el implante.

4.2.1.10. Pregunta 7: Con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales

Gráfico N° 16. Parejas sexuales



Fuente: Encuesta N°1

Realizado por: PANCHI, Yesenia

Análisis

Existe un mayor porcentaje de adolescentes que han mantenido relaciones sexuales con una sola pareja **63%**, dos parejas **19%** llegando incluso hasta cuatro parejas con un **2% (n=1)**. Lo cual indica prácticas de alto riesgo para los adolescentes que podrían incrementar el contagio de ETS en la población.

4.2.1.11. Pregunta 8: De dónde obtiene mayor información de métodos anticonceptivos

Tabla N° 14. Frecuencia * Fuentes de información

		Respuestas	
		N°	Porcentaje
Donde recibe Información	Familia	98	29,5%
	Revistas	3	,9%
	Centro educativo	104	31,3%
	Internet	59	17,8%
	Amigos	33	9,9%
	TV o radio	29	8,7%
	Centro de Salud	6	1,8%
Total		332	100,0%

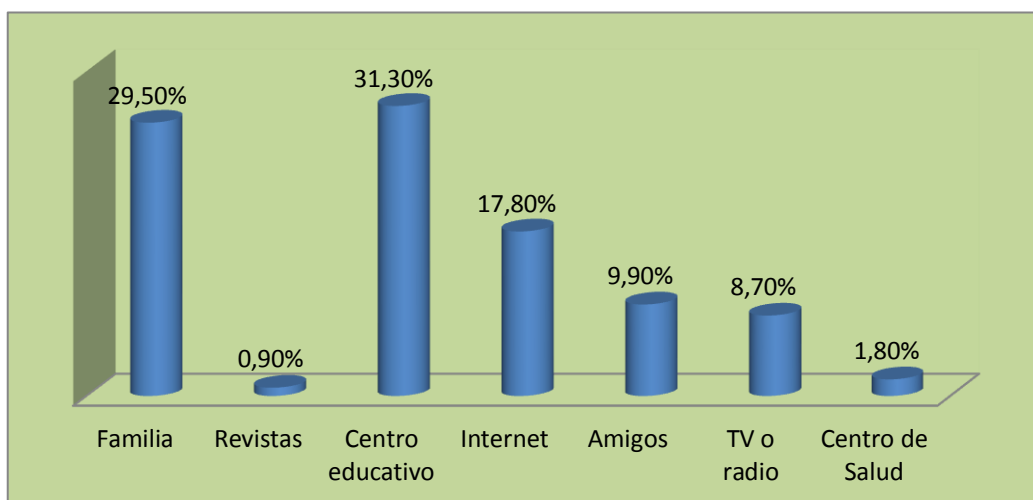
Fuente: Encuesta N°1

Realizado por: PANCHI, Yesenia

Análisis

La pregunta sobre dónde reciben los adolescentes MAYOR información sobre métodos anticonceptivos observamos 3 frecuencias altas: la primera los Centros educativos **31.30%**, lo que implica que es política de la educación abordar estos temas, sin embargo queda cuestionar la calidad de dicha información impartida y su verdadera repercusión, una segunda situada en la familia con **29.50%** y en tercer lugar el internet con **17.80%**. Las tendencias altas nos conducen a mirar cual es el uso social de la información, es decir: ¿qué uso tiene la información proveniente del internet? ¿Qué intención, función u objetivo cumple la información obtenida de la familia y centro educativos?

Gráfico N° 17. Fuentes de información



Fuente: Encuesta N°1

Realizado por: PANCHI, Yesenia

Análisis

Sin embargo es importante resaltar que la información proveniente de la familia **29.50%**, significa que hay una mirada innovadora de la sexualidad, lo que representa posiblemente mayor confianza y comprensión que reciben los jóvenes en sus hogares, dejando atrás actitudes anacrónicas que planteaban barreras impenetrables entre padres e hijos. Es importante entonces trabajar con las familias, conocer y concientizar en el tipo de información que reciben los adolescentes y el objetivo que cumple.

Por otro lado la información que llega a los adolescentes a través del internet si bien es enorme y variada hay la posibilidad que no exista un buen uso y control de dicha información.

El subcentro de salud aparecen con menos frecuencia **1.80%** y ello deviene posiblemente que éste genere muy pocos espacios de acercamiento a los jóvenes, por otro lado el subcentro de salud, como parte del sistema nacional obedece a ciertas políticas en las que se encuentra el tema de sexualidad y embarazo en adolescentes; sin embargo se podría decir que no está teniendo el impacto esperado y por tanto será más difícil el cumplimiento de metas.

4.2.1.12. Pregunta 9: En casa hablan sobre anticonceptivos

Tabla N° 15. En casa hablan de métodos anticonceptivos

Porcentaje		
Válidos	Sí	68,0%
	No	32,0%
	Total	100,0%

Fuente: Encuesta N°1

Realizado por: PANCHI, Yesenia

Análisis

De las 150 encuestas realizadas se estima que el **68%** de adolescentes si tiene apertura para hablar de anticonceptivos con sus padres y el **32%** restante no.

Tabla N° 16. Quién habla en casa de métodos anticonceptivos

	Recuento	%
Padre	51	30,0%
Madre	84	56,0%
Hermanos/as	21	10,0%
Otra persona,	10	4%

Fuente: Encuesta N°1

Realizado por: PANCHI, Yesenia

Análisis

La madre con **56%**, es la figura que mayor participación tiene dentro de la familia para abordar temas de sexualidad, tal vez porque brinda más confianza, por el tiempo que dedica a sus hijos o por el mismo instinto de protección que posee; sin embargo en algunos hogares este papel es exclusivo, dejando a un lado la responsabilidad de la pareja (padre y madre) en la educación de sus hijos. Los padres conversan con sus hijos de temas de sexualidad **30%** pero aún es muy bajo este porcentaje con relación a la importancia de su participación.

Un pequeño porcentaje **10%** dice conversar de temas de sexualidad con hermanos y otros miembros de la familia **4%** como primos.

4.2.1.13. Pregunta 10: Ha visitado la página web www.sexualidadsinmisterios.com

Tabla N° 17. Ha visitado www.sexualidadsinmisterios.com

	Género		Total
	Masculino	Femenino	
Si	10,0%	10,0%	20,0%
No	38,7%	41,3%	80,0%
Total	73	77	150
	48,7%	51,3%	100,0%

Fuente: Encuesta N°1

Realizado por: PANCHI, Yesenia

Análisis

Un importante porcentaje de adolescentes obtienen información sobre temas de sexualidad de internet, sin embargo es muy alto el porcentaje **80%** de jóvenes que desconocen o NO han visitado la página web www.sexualidadsinmisterios.com, la cual forma parte de la campaña de educación puesta desde el gobierno a través de la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo Adolescente (ENIPLA). Este indicador muestra la falta de difusión y el impacto que debería tener esta propuesta del gobierno para promover el mensaje de sexualidad y prevención del embarazo adolescente.

Tabla N° 18. Le gustaría recibir información sobre sexualidad a través de Facebook.

		N	%
Válidos	Sí	105	70,0%
	No	44	29,3%

Fuente: Encuesta N°1

Realizado por: PANCHI, Yesenia

Análisis

Al **70.0%** de adolescentes le gustaría o está interesado en recibir información a través de su cuenta de facebook sobre temas de sexualidad, es por eso importante promocionar y vincular a estos jóvenes con la cuenta de facebook de “HABLA SERIO sexualidad sin misterio”.

4.2.1.14. Actitudes

Tabla N° 19. Tabla de actitudes

	Aceptación	Rechazo	Indiferencia
Usar métodos anticonceptivos da seguridad en las relaciones sexuales	73,0%	10,1%	16,9%
Cuando utilizas un condón estas TOTALMENTE seguro de no tener hijos	17,6%	56,1%	26,4%
Utilizaría algún método anticonceptivo	63,0%	26,7%	10,3%
Es fácil conseguir condones	68,0%	18,4%	13,6%
Sabes utilizar CORRECTAMENTE un condón	45,1%	43,8%	11,1%
TODOS los métodos anticonceptivos te protegen de ETS	32,0%	46,3%	21,8%

Fuente: Encuesta N°1

Realizado por: PANCHI, Yesenia

Análisis

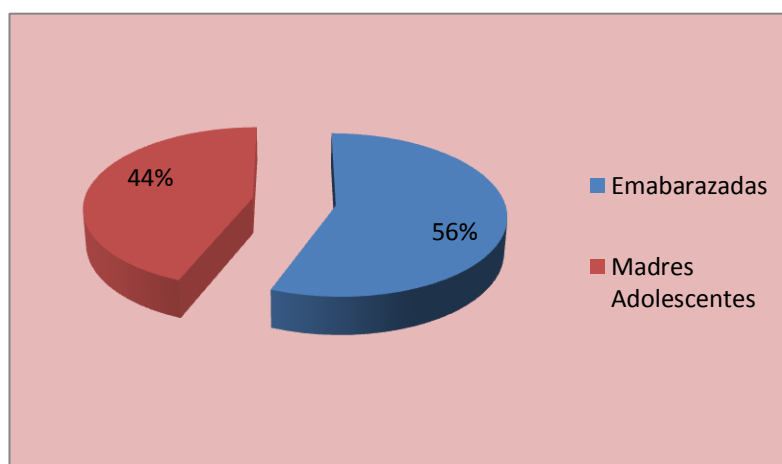
Los adolescentes aceptan que el uso de anticonceptivos da seguridad en las relaciones sexuales en un **73%**, sin embargo al utilizar condones no están totalmente seguros de no tener hijos. Un importante porcentaje de adolescentes **63%** también asegura que utilizaría algún método anticonceptivo. En cuanto a la disponibilidad un **68%** asegura que es fácil conseguir condones sin embargo queda un **26.7%** al que le es difícil conseguir algún método anticonceptivo. En cuanto al uso correcto de

preservativos el **45%** asegura saber utilizarlos bien mientras que un **43.8%** no sabe utilizarlos correctamente, será otra causa del embarazo en adolescentes pues no basta conocer, que haya disponibilidad sino también enseñar a usar correctamente un método anticonceptivo. **32%** piensa que todos los métodos anticonceptivos los protegen de las ETS, esta actitud es negativa y pone en riesgo a los adolescentes.

4.2.2. Análisis encuesta N° 2 dirigida a embarazadas y/o madres adolescentes

Desde enero a agosto del 2013 el subcentro de salud de San Buenaventura ha registrado 61 embarazos, 14 son de adolescentes entre 14 a 19 años (Ver: Anexo 5). Las encuestas se aplicaron a estas adolescentes embarazadas registradas y a madres adolescentes que acudieron al control de niño sano, en total 25.

Gráfico N° 18. Encuesta 2



Fuente: Encuesta N°1

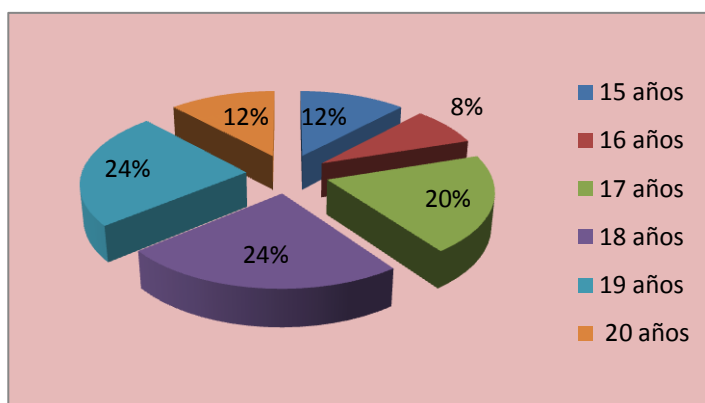
Realizado por: PANCHI, Yesenia

Análisis

De las 25 encuestadas **56% (14)** se encuentran en estado de gravidez, **44% (11)** son madres adolescentes.

4.2.2.1. Edad

Gráfico N° 19. Edad de las adolescentes



Fuente: Encuesta N°1

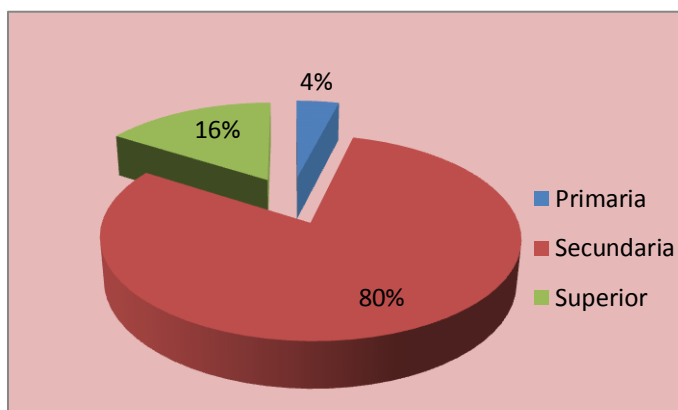
Realizado por: PANCHI, Yesenia

Análisis

De las 25 encuestas, **24%** tienen 18 años. El **24%** 19 años, **20%** tienen 17 años, **12%** 15 y 20 años. **8%** 16 años.

4.2.2.2. Nivel educativo

Gráfico N° 20. Nivel educativo de las adolescentes



Fuente: Encuesta N° 1

Realizado por: PANCHI, Yesenia

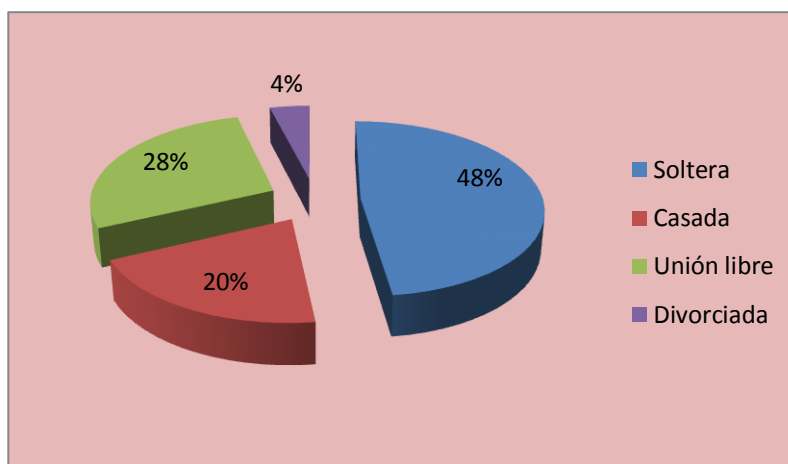
Análisis

80% de las encuestadas están en la secundaria. **16%** está en la universidad y **4%** solo alcanzó la primaria. Esto indica que la mayoría de adolescentes además de estudiar tienen que atender otras obligaciones

como es el de trabajar y atender al bebé, situación por demás difícil para la adolescente.

4.2.2.3. Estado civil

Gráfico N° 21. Estado civil de las adolescentes



Fuente: Encuesta N°1

Realizado por: PANCHI, Yesenia

Análisis

El **48%** de adolescentes encuestadas son solteras, el **28%** viven en unión libre y el **20%** están casadas y un **4%** divorciadas. La encuesta muestra el porcentaje de adolescentes que viven en, unión libre es más frecuente que la unión formal.

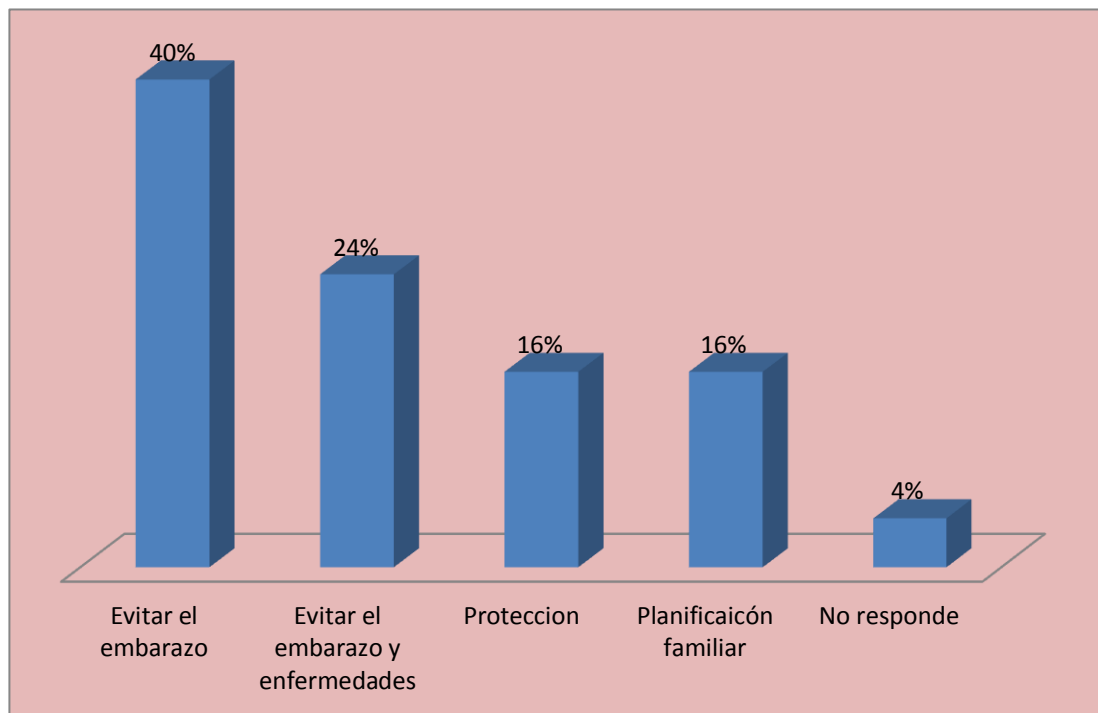
Del **48%** de adolescentes embarazadas que permanecen solteras pueden ser objeto, en determinados estratos sociales, de actitudes discriminatorias, de rechazo, además de la doble responsabilidad a la que se enfrenta.

Por otro lado 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 está listo 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. El matrimonio conlleva, además, el riesgo de un nuevo embarazo, ahora ya socialmente admitido, que representa el agravamiento de los

problemas económicos, educativos y de relación afectiva que trajo el primero.

4.2.2.4 Pregunta 1: ¿Qué entiende por métodos anticonceptivos?

Gráfico N° 22. Métodos anticonceptivos



Fuente: Encuesta N°1

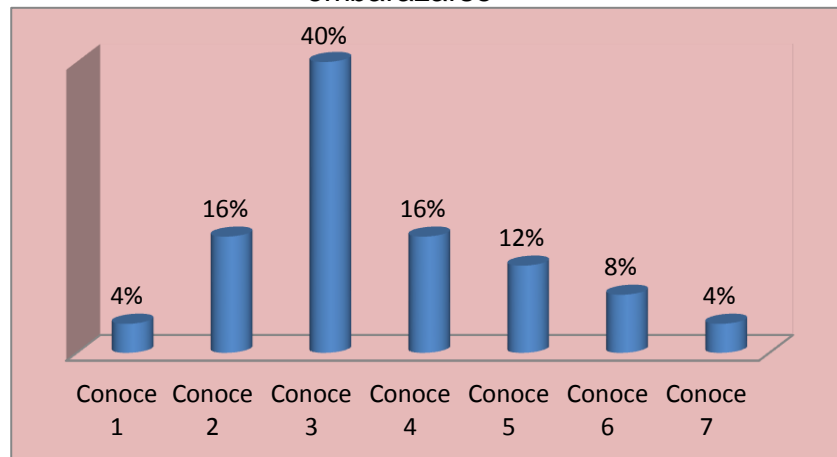
Realizado por: PANCHI, Yesenia

Análisis

El **40%** de adolescentes asocian los anticonceptivos con la embarazo, el **24%** asocia anticoncepción con prevenir embarazo y enfermedades. Un **16%** utiliza la expresión planificación familiar, evidenciando el sentimiento de las adolescentes de formar un hogar y controlar su fecundidad. Otro **16%** solo como una forma de protección, y **4%** no responde

4.2.2.5. Pregunta 2: Métodos anticonceptivos que más conoce

Gráfico N° 23. Cuántos anticonceptivos conoce, antes de embarazarse



Fuente: Encuesta N°1

Realizado por: PANCHI, Yesenia

Análisis

El **80%** de adolescentes afirman conocer más de 3 métodos anticonceptivos mencionados antes de embarazarse. El mayor porcentaje 40% conocían 3 anticonceptivos, apenas el **4%** conocía únicamente 1 método anticonceptivo.

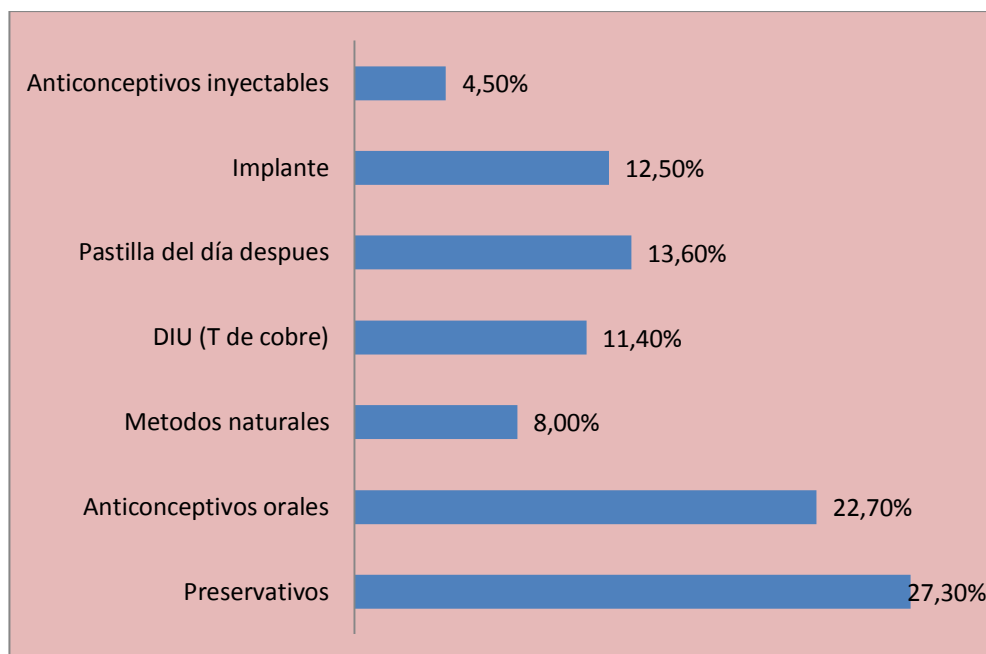
Tabla N° 20. Frecuencias* Anticonceptivos

		Respuestas	
		N°	Porcentaje
Que anticonceptivo conoce	Preservativos	24	27,3%
	Anticonceptivos orales	20	22,7%
	Métodos naturales	7	8,0%
	DIU (T de cobre)	10	11,4%
	Pastilla del día después	12	13,6%
	Implante	11	12,5%
	Anticonceptivos inyectables	4	4,5%
Total		88	100,0%

Fuente: Encuesta N°1

Realizado por: PANCHI, Yesenia

Gráfico N° 24. Anticonceptivos más conocidos



Fuente: Encuesta N°1

Realizado por: PANCHI, Yesenia

Análisis

Los métodos anticonceptivos más conocidos, antes del embarazo, de las adolescentes es: el preservativo **27.3%**, los anticonceptivos orales **22.70%**, la pastilla del día después en un **13.60%**, **12.50%** Implante, **11.40%** DIU, **8%** conocen métodos naturales, **4.50%** anticonceptivos inyectables.

4.2.2.6. Pregunta 3: Dónde obtiene mayor información sobre métodos anticonceptivos.

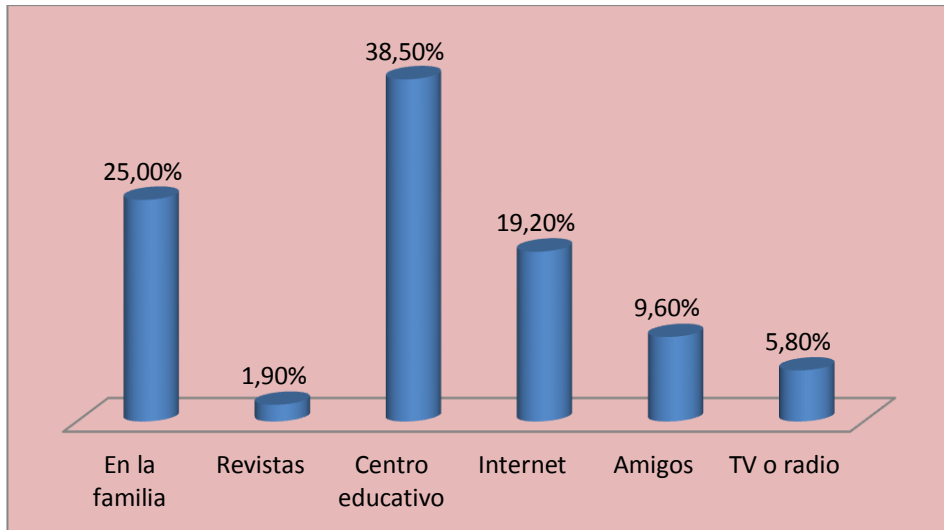
Tabla N° 21. Frecuencias* Fuente de información

		Respuestas	
		Nº	Porcentaje
Fuentes de información	En la familia	13	25,0%
	Revistas	1	1,9%
	Centro educativo	20	38,5%
	Internet	10	19,2%
	Amigos	5	9,6%
	TV o radio	3	5,8%
	Total	52	100,0%

Fuente: Encuesta N°1

Realizado por: PANCHI, Yesenia

Gráfico N° 25. Principales fuentes de información



Fuente: Encuesta N° 1

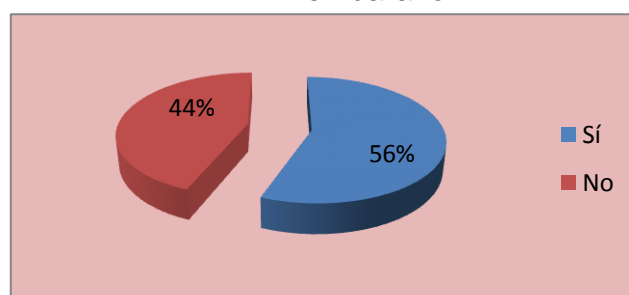
Realizado por: PANCHI, Yesenia

Análisis

Nuevamente las adolescentes ratifican que la mayor información que reciben sobre métodos anticonceptivos proviene de los centros educativos en un **38.50%**, seguido por la familia en un **25.00%** y un **19.20%** del internet, **9.60%** Amigos, **5.80%** TV o radio, **1.90%** revistas.

4.2.2.7. Pregunta 4: En casa hablaban de métodos anticonceptivos antes de su embarazo

Gráfico N° 26. Hablan de métodos anticonceptivos en casa antes del embarazo



Fuente: Encuesta N° 1

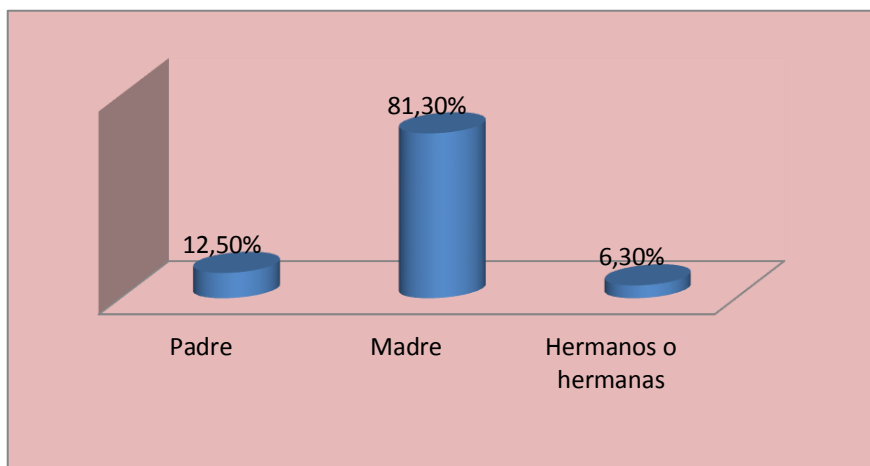
Realizado por: PANCHI, Yesenia

Análisis

El **56%** de las adolescentes embarazadas aseguran que recibieron información sobre anticonceptivos antes de su embarazo en la familia,

pero igual de significativo es el otro **44%** que dice no haber recibido información en la familia, constituyendo un factor de riesgo para desarrollarse el embarazo adolescente.

Gráfico N° 27. Quién habla en casa



Fuente: Encuesta N° 1

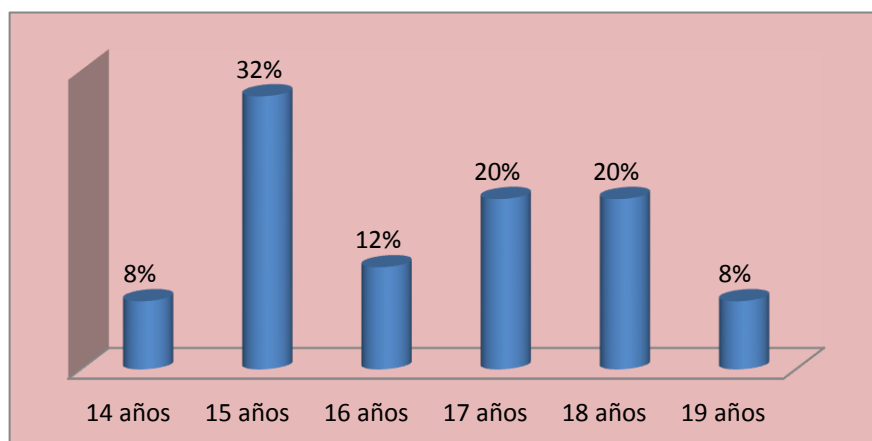
Realizado por: PANCHI, Yesenia

Análisis

La madre es el miembro de la familia que conversa sobre métodos anticonceptivos con sus hijas **81.30%**. El padre habla con sus hijas **12.50%**, **6.30%** hermano/as.

4.2.2.8. Pregunta 5: Inicio de vida sexual activa

Gráfico N° 28. Inicio de vida sexual



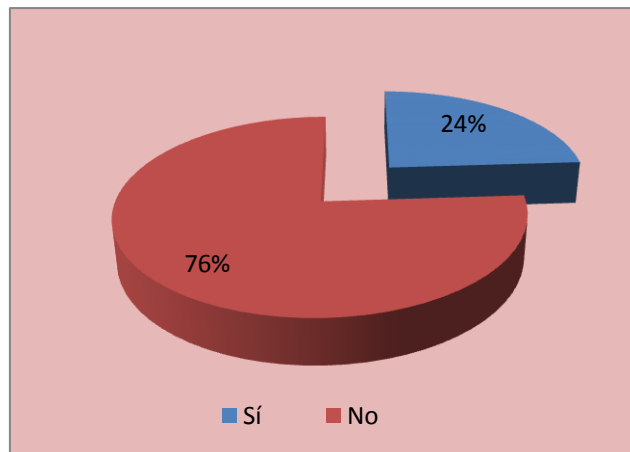
Fuente: Encuesta N° 2

Realizado por: PANCHI, Yesenia

Análisis

La mayoría de adolescentes embarazadas aseguran que iniciaron su vida sexual a los 15 años **32%** y **20%** a los 17 y 18 años, **12%** a los 16 años y **8%** a los 14 y 19 años aumentando la posibilidad de un embarazo y sus riesgos entre estas edades

Gráfico N° 29. Uso de protección durante la primera relación sexual



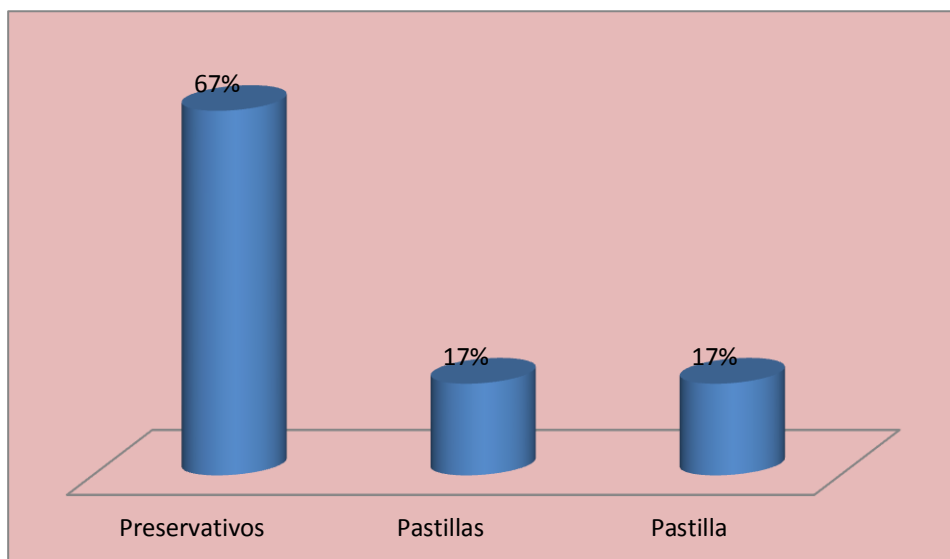
Fuente: Encuesta N° 1

Realizado por: PANCHI, Yesenia

Análisis

Pese a que las adolescentes conocen varios anticonceptivos, decidieron no protegerse durante su primera relación sexual **76%** tal vez porque todavía piensan en el mito de que en la primera relación sexual no puede existir embarazo y esto aumenta la probabilidad de que se produzcan embarazos precoces “no creía que me podía quedar embarazada en la primera vez” (Elisabeth Panchi), apenas un **24%** dice haber utilizado algún método anticonceptivo.

Gráfico N° 30. Anticonceptivos utilizados por las adolescentes



Fuente: Encuesta N° 2

Realizado por: PANCHI, Yesenia

Análisis

De las adolescentes embarazadas que utilizó algún tipo de protección durante la primera relación, pidió a su pareja que utilice preservativos en un **67%**, **17%** utilizó pastillas anticonceptivas y otro **17%** la pastilla del día después.

4.2.2.9. Pregunta 6: Por qué decidió tener relaciones sexuales por primera vez.

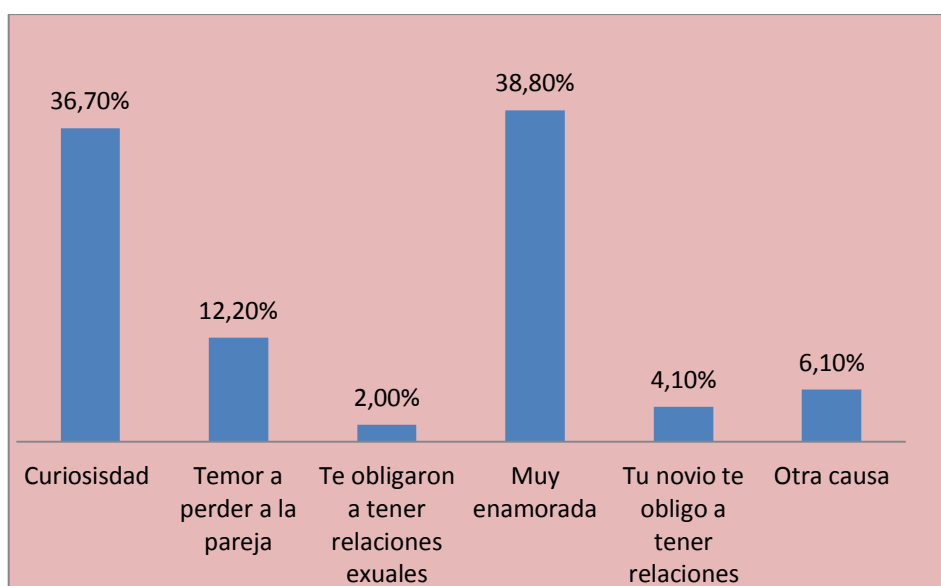
Tabla N° 22. Frecuencias * Primera relación sexual

		Respuestas	
		N°	Porcentaje
Porque tener relaciones sexuales	Curiosidad	18	36,7%
	Temor a perder a la pareja	6	12,2%
	Te obligaron a tener relaciones sexuales	1	2,0%
	Muy enamorada	19	38,8%
	Tu novio te obligo a tener relaciones	2	4,1%
	Otra causa	3	6,1%
Total		49	100,0%

Fuente: Encuesta N°1

Realizado por: PANCHI, Yesenia

Gráfico N° 31. Causas primera relación sexual

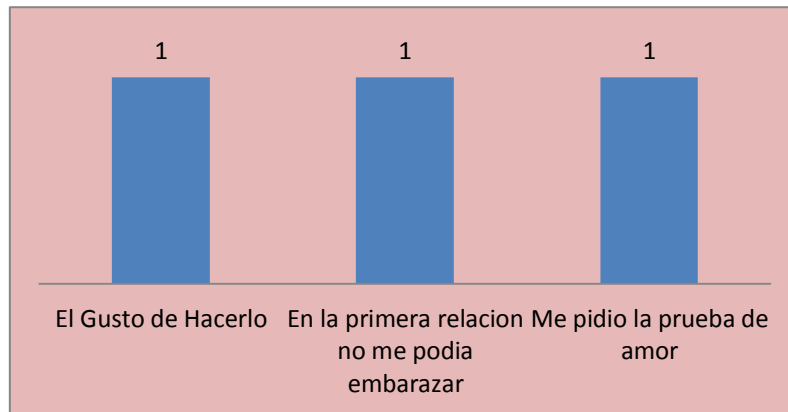


Fuente: Encuesta N°1
Realizado por: PANCHI, Yesenia

Análisis

Las principales causas por las que lo/as adolescentes decidieron iniciar su vida sexual fueron **38.80%** porque estaban muy enamoradas. Lo cual indica que las adolescentes sufren una confusión sexual, se llenan de ideas contrarias y son incapaces de discernir lo conveniente de lo inconveniente lo mismo sucede con la curiosidad 36.70%, esencia de la adolescencia a la que no están preparadas para tomar decisiones adecuadas, apoyado por la irresponsabilidad hacen de esta una decisión fortuita, inesperada y poco planificada. Un **12.20%** dice que fue por temor a perder a la pareja. Es importante aclarar que el tema de violencia se manifiesta ya que un **2.00%** afirma que fue obligada a tener relaciones sexuales por una persona ajena a su novio, **4.10%** fue obligada a tener relaciones sexuales por su novio. Estas percepciones demuestran la importancia de trabajar en temas de autoestima, amor- sexualidad y respeto.

Gráfico N° 32. Otra causa



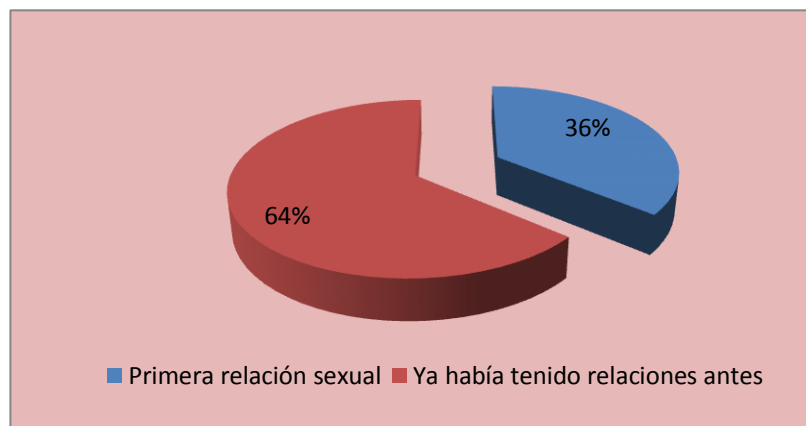
Fuente: Encuesta N°1

Realizado por: PANCHI, Yesenia

Otras causas con porcentajes **6.10%** son: Los dos queríamos (**n=1**), pedido de la prueba de amor (**n=1**), la creencia mítica que en la primera relación no se produce el embarazo(n=1).

4.2.2.10. Pregunta 7: Cuándo se quedó embarazada fue:

Gráfico N° 33. Embarazo*relaciones sexuales



Fuente: Encuesta N° 2

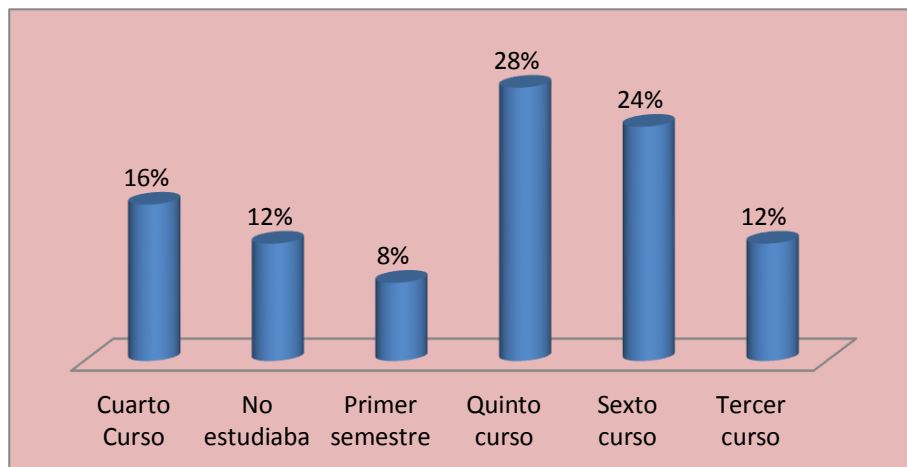
Realizado por: PANCHI, Yesenia

Análisis

El **36%** de las adolescentes aseguran que quedaron embarazadas en la primera relación sexual y el **64%** ya había tenido otros contactos sexuales antes, demuestra la irresponsabilidad de los jóvenes que no miden las consecuencias de sus actos.

4.2.2.11. Pregunta 8: Continuo con sus estudios, recibió apoyo de sus padres

Gráfico N° 34. Nivel educativo primer embarazo



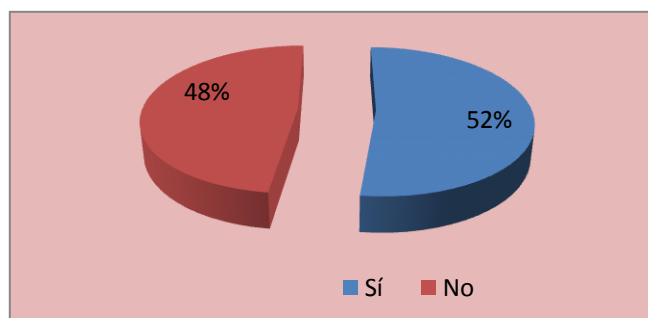
Fuente: Encuesta N°1

Realizado por: PANCHI, Yesenia

Análisis

De la 25 encuestadas el **28%** estaba en quinto curso cuando se embarazaron, **24%** estaba en sexto curso, **16%** en cuarto curso, **12%** en tercer curso y otro **12%** no estudiaba, **8%** se encontraba en primer semestre de educación superior.

Gráfico N° 35. Continúo estudiando



Fuente: Encuesta N° 1

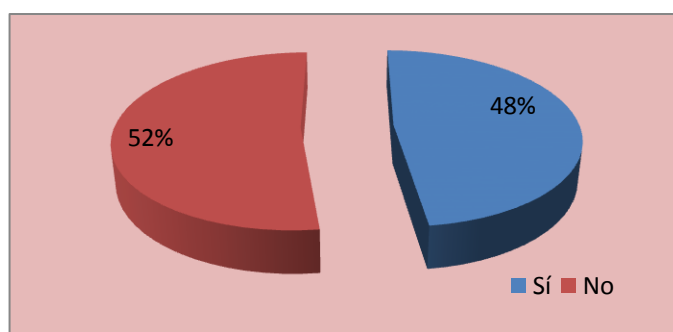
Realizado por: PANCHI, Yesenia

Análisis

El **52%** de adolescentes continuaron estudiando, y un importante **48%** abandono sus estudios, que agudiza más el problema de estas

adolescentes limitando su desarrollo y privándolas de mejores oportunidades laborales.

Gráfico N°36. Recibió apoyo de sus padres para continuar estudiando



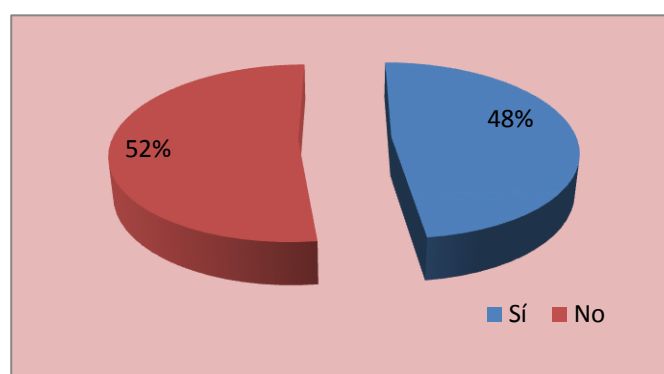
Fuente: Encuesta N° 1

Realizado por: PANCHI, Yesenia

Análisis

53%, de adolescentes recibieron apoyo de sus padres para continuar estudiando, los padres tratan de alguna manera contribuir con el desarrollo de sus hijas y ofrecer un buen futuro pese a la situación. El **48%** no recibes apoyo para continuar sus estudios, empeorando aún más el futuro de estas adolescentes.

Gráfico N° 37. Uso de métodos anticonceptivos después del primer embarazo



Fuente: Encuesta N° 1

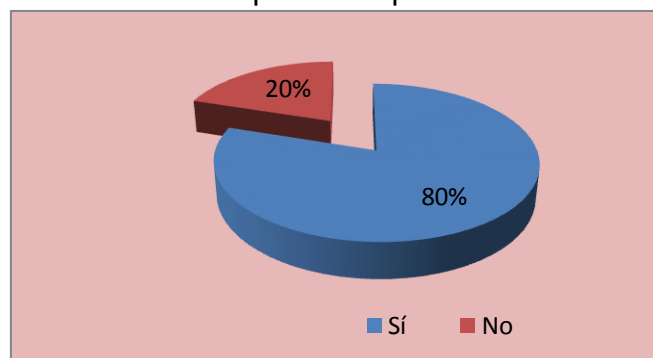
Realizado por: PANCHI, Yesenia

Análisis

53% de las adolescentes no utilizan métodos anticonceptivos para prevenir otro embarazo y solo el **48%** si utiliza métodos anticonceptivos,

que deja la posibilidad de un segundo embarazo en la etapa de la adolescencia con las mismas o peores consecuencias.

Gráfico N° 38. Fue irresponsable por no usar métodos anticonceptivos



Fuente: Encuesta N° 1

Realizado por: PANCHI, Yesenia

Análisis

El **80%** de adolescentes creen ser irresponsables por haber tenido relaciones sexuales sin protección y solo un **20%** piensa que no fue irresponsable.

4.2.2.12. Pregunta 9: Cuáles piensa usted que fueron las causas de su embarazo.

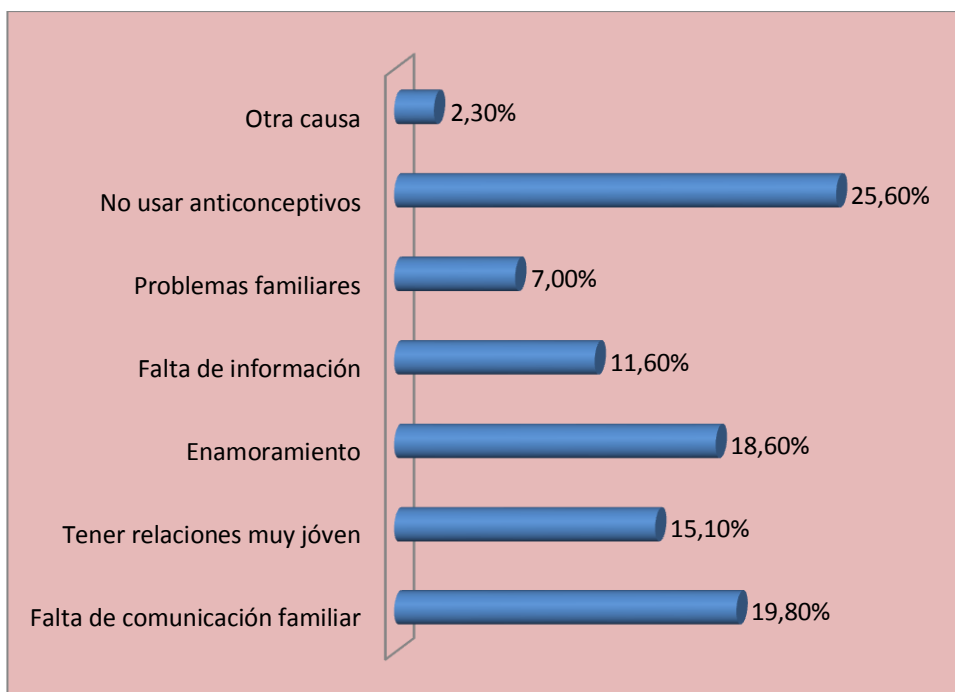
Tabla N° 23. Frecuencias * Causas del embarazo adolescente

		Respuestas	
		N°	Porcentaje
Causas del embarazo adolescente	Falta de comunicación familiar	17	19,8%
	Tener relaciones muy joven	13	15,1%
	Enamoramiento	16	18,6%
	Falta de información	10	11,6%
	Problemas familiares	6	7,0%
	No usar anticonceptivos	22	25,6%
	Otra causa	2	2,3%
Total		86	100,0%

Fuente: Encuesta N° 2

Realizado por: PANCHI, Yesenia

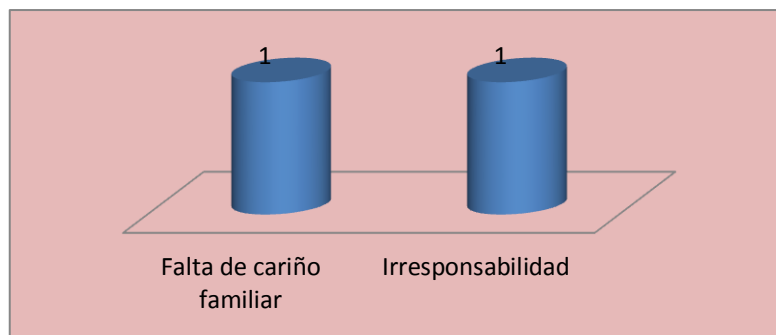
Gráfico N° 39. Causas del embarazo adolescente



Fuente: Encuesta N° 2

Realizado por: PANCHI, Yesenia

Gráfico N° 40. Otras causas del embarazo adolescente



Fuente: Encuesta N° 2

Realizado por: PANCHI, Yesenia

Análisis

Uso de anticonceptivos

No utilizar anticonceptivos es la causa más importante del embarazo en adolescentes en **25.60%** según las encuestadas. Y tener relaciones muy joven **15.10%**

Situación familiar

El segundo porcentaje más alto, vincula el embarazo como consecuencias de la falta de comunicación familiar 19.80%, en particular puede estar incorporado a la condición de autoridad de los padres, pero además a que uno de los temas familiarmente no aceptados es la sexualidad.

Es importante aclarar que el tema de conflictos y hasta violencia se manifiesta al interior de las familias ya que las adolescentes consideran los problemas familiares 7.00% y la falta de cariño familiar (n.1) otras causas importantes que están provocando el embarazo adolescente, *“Existen familias demasiado violentas y los jóvenes se refugian en el sexo, el alcohol y drogas para huir de ese ambiente familiar”*. (Oscar Tapia Párroco de San Buenaventura)

Falta de información

Otra causa para el embarazo adolescente es la falta de información con un 11.60%. Lo que demuestra que existen débiles programas educativos en la parroquia vinculados a la sexualidad o que no se adaptan a las necesidades propias de su cultura y situación actual.

Comportamiento social

La irresponsabilidad (n=1) Consecuencia de una “pérdida de valores”(Oscar Tapia Párroco de San Buenaventura), vinculado también al uso del alcohol y en otros casos al consumo de drogas, como las nuevas tendencia culturales y de las prácticas de consumo de los jóvenes.

El comportamiento social incluye conceptos como inmadurez, que se incluye en la irresponsabilidad, en la manera de no medir las consecuencias de sus actos.

Relaciones de pareja y pares

Es importante mencionar que el tema del embarazo está asociado al enamoramiento 18.60% situación relacionada con la confusión sexual y la inseguridad. El acto sexual es la muestra o la comprobación de la legitimidad amorosa, sin embargo los jóvenes también menciona que el

resultado es un embarazo no deseado, lo que implica que no existe acuerdos en la pareja, para la prevención del embarazo.

Las relaciones de pareja en los jóvenes no están exentas de la relaciones con sus pares. Es en el grupo donde se establecen las relaciones, hecho que induce situaciones de presión grupal al acto sexual. La respuesta: (*“por experimentar o por el gusto de hacerlo”*) permite saber que en algunos casos el embarazo fue consecuencia de curiosidad o de tener su propia experiencia.

4.2.2.13. Pregunta 10: Escala de actitudes

Tabla N° 24. Escala de Actitudes

	Aceptación	Rechazo	Indiferencia
Su embarazo no le deajo cumplir sus sueños	72%	28%	,0%
Hubiese preferido que no nazca su hijo/a	20%	80%	0%
Hubiese preferido cuidarse con algún anticonceptivo para no embarazarse	88%	12%	,0%
Si abortabas Dios te castiga	72%	16%	12%

Fuente: Encuesta N° 2

Realizado por: PANCHI, Yesenia

Análisis

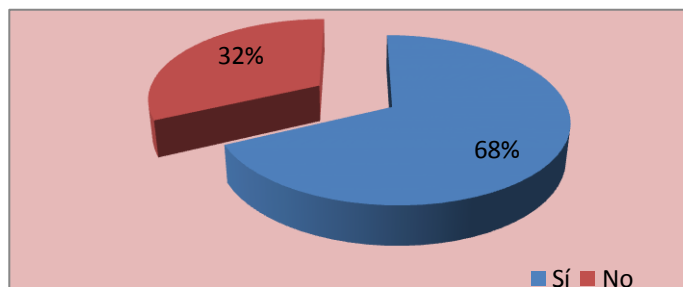
Las adolescentes aceptan su embarazo no les permitió cumplir sus sueños 72% mostrando un sentimiento de frustración, que limitó su desarrollo y la idea de formar un futuro diferente al que ahora llevan; sin embargo no altera el sentimiento de madre que ante todo protege la vida que engendró al rechazar con un 80% la idea de preferir que no nazca su hijo o hija; pero un **20%** acepta esta idea lo que podría explicar abortos, abandonos o desamor al nuevo ser.

Los adolescentes aceptan que preferirían haber usado algún anticonceptivo para no embarazarse en **88%**.

Otro aspecto importante para analizar es el hecho cultural de religión que está muy arraigada en los adolescentes de la parroquia pues ellos

aceptan con un **72%** que si abortaban Dios podría castigarlas esto lleva a asumir un embarazo como un compromiso u obligación.

Gráfico N° 41. Responsabilidad compartida



Fuente: Encuesta N° 2

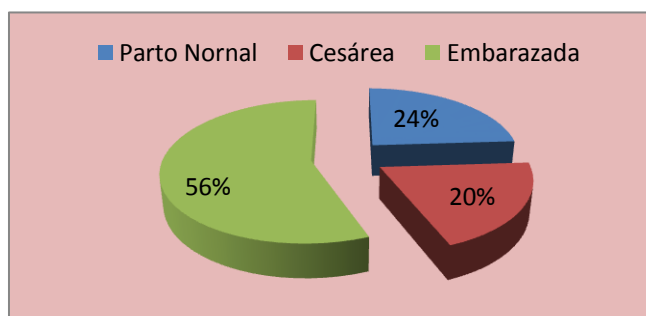
Realizado por: Yesenia Panchi

Análisis

A pesar de que la mayoría de adolescentes permanece soltera aseguran que el padre de su hijo/a se hace responsable **68%** esto podría ser por dos causas: la primera por voluntad propia, por el compromiso compartido de pareja y la otra por políticas nuevas que se han impuesto en Ecuador obligando de alguna manera a los padres a ser responsables con sus hijos o hijas. El otro **32%** de padres permanecen indiferentes e irresponsables con el embarazo de su pareja.

4.2.2.14. Pregunta 11. Su primer hijo o hija nació por:

Gráfico N° 42. Embarazo*Maternidad



Fuente: Encuesta N° 2

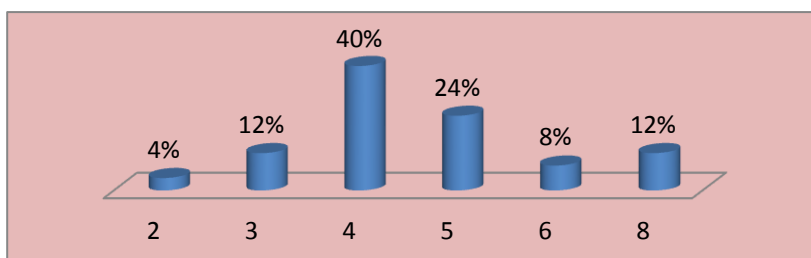
Realizado por: PANCHI, Yesenia

Análisis

De las madres adolescentes **20%** terminaron su embarazo por cesárea y **24%** por parto normal, **56%** todavía están en etapa de gestación.

4.2.2.15. Pregunta 12. A cuántos controles prenatales asistió en su primer embarazo

Gráfico N° 43. Número de controles prenatales



Fuente: Encuesta N° 1

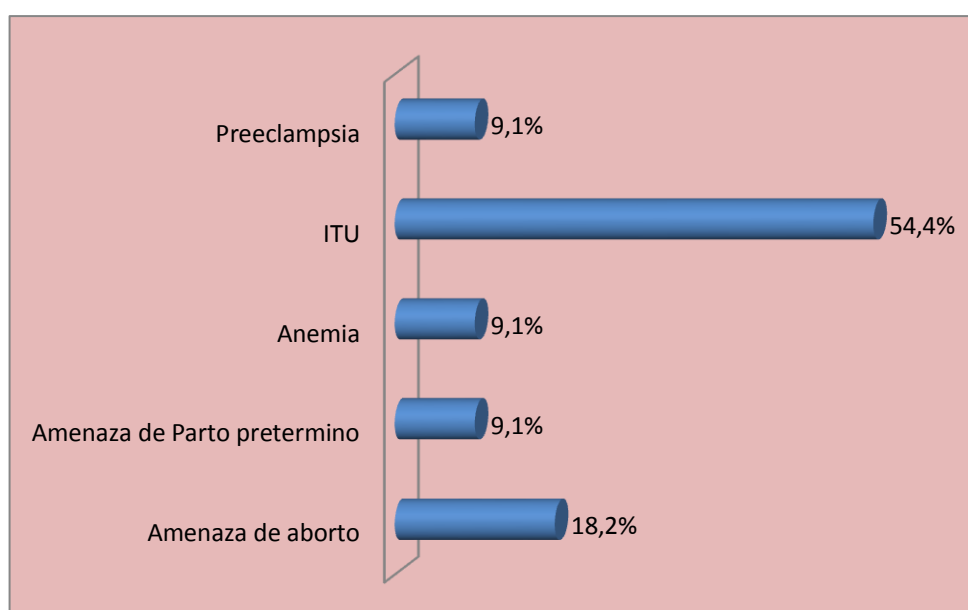
Realizado por: PANCHI, Yesenia

Análisis

De las 25 encuestadas **88%** han asistido a 4 o más controles prenatales lo cual indica un adecuado control de su embarazo, pero todavía existe un bajo pero preocupante porcentaje de adolescentes que solo han realizado **2 y 3** controles que sumado a la edad de las adolescentes resulta en embarazos de alto riesgo.

4.2.2.16. Pregunta 13. Durante su primer embarazo presentó alguna de las siguientes complicaciones:

Gráfico N°44. Complicaciones obstétricas



Fuente: Encuesta N° 2 y registro obstétrico Sub Centro de Salud.

Realizado por: PANCHI, Yesenia

Análisis

Todas las adolescentes menores de 15 años se registran como embarazos de alto riesgo por la edad **n=6, 24%**, de las 11 adolescentes que presentaron alguna complicación obstétrica adicional **54.4%** presentaron ITU, **18.2%** amenaza de aborto, **9.1%** amenaza de parto pretérmino, **9.1%** anemia, **9.1%** preeclámpsia.

4.3. Verificación de la Hipótesis

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

Ho: “Los conocimientos, actitudes, y percepciones culturales no influyen en los adolescentes para que usen métodos anticonceptivos y prevenir el embarazo”.

Variable conocimientos

Tabla N° 25. Tabla de contingencia: Conocimientos * Cuando tiene relaciones sexuales usa algún método anticonceptivo

			Cuando tiene relaciones sexuales usa algún método anticonceptivo		Total
			Sí	No	
Conocimiento	Sí	Recuento	30	29	59
		Frecuencia esperada	23,6	35,4	59,0
		% del total	33,3%	32,2%	65,6%
	No	Recuento	6	25	31
		Frecuencia esperada	12,4	18,6	31,0
		% del total	6,7%	27,8%	34,4%
Total		Recuento	36	54	90
		Frecuencia esperada	36,0	54,0	90,0
		% del total	40,0%	60,0%	100,0%

Fuente: Encuesta N° 2 y registro obstétrico Sub Centro de Salud.

Realizado por: PANCHI, Yesenia

Tabla N° 26. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,398 ^a	1	,004		
Corrección por continuidad ^b	7,137	1	,008		
Razón de verosimilitudes	8,905	1	,003		
Estadístico exacto de Fisher				,006	,003
N de casos válidos	90				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 12,40.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Fuente: Encuesta N° 2 y registro obstétrico Sub Centro de Salud.

Realizado por: PANCHI, Yesenia

Análisis

Valor del Chi-cuadrado=0.004 es menor al nivel de significancia 0.05. Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. Que dice los conocimientos influyen en los adolescentes para que usen métodos anticonceptivos y prevenir el embarazo, es por eso que la mayoría de adolescentes que conocían sobre métodos anticonceptivos se cuidaron durante una relación sexual **33.3%**. Por esta razón se requiere trabajar en programas que estimulen la práctica del conocimiento manifestándose en el uso de medidas preventivas.

Variable actitudes

Tabla N° 27. Tabla de contingencia Cuando utilizan anticonceptivos eres responsable * Cuando tiene relaciones sexuales utiliza algún método anticonceptivo

			Cuando tiene relaciones sexuales utiliza algún método anticonceptivo		Total
			Sí	No	
Cuando utilizan anticonceptivos eres responsable	Sí	Recuento	25	20	45
		Frecuencia esperada	18,0	27,0	45,0
		% del total	27,8%	22,2%	50,0%
	No	Recuento	11	34	45
		Frecuencia esperada	18,0	27,0	45,0
		% del total	12,2%	37,8%	50,0%
Total	Recuento	36	54	90	
	Frecuencia esperada	36,0	54,0	90,0	
	% del total	40,0%	60,0%	100,0%	

Fuente: Encuesta N° 2 y registro obstétrico Sub Centro de Salud.

Realizado por: PANCHI, Yesenia

Tabla N° 28. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,074 ^a	1	,003		
Corrección por continuidad ^b	7,824	1	,005		
Razón de verosimilitudes	9,262	1	,002		
Estadístico exacto de Fisher				,005	,002
N de casos válidos	90				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 18,00.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Fuente: Encuesta N° 2 y registro obstétrico Sub Centro de Salud.

Realizado por: PANCHI, Yesenia

Valor del Chi-cuadrado=0.03 es menor al nivel de significancia 0.05. Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. Que dice las actitudes (responsabilidad) influyen en los adolescentes para que usen métodos anticonceptivos y prevenir el embarazo.

Los adolescentes tiene un actitud irresponsable **37.8%** al no utilizar algún método anticonceptivo cuando tiene relaciones sexuales por lo tanto es una causa del embarazo adolescente.

Variable percepciones culturales

Tabla N° 29. Tabla de contingencia Hablan en casa de métodos anticonceptivos* Cuando tiene relaciones sexuales utiliza algún método anticonceptivo.

		Cuando tiene relaciones sexuales utiliza algún método anticonceptivo		Total
		Sí	No	
Hablan en casa de Sí métodos anticonceptivos en la familia	Recuento	17	30	47
	Frecuencia esperada	18,8	28,2	47,0
	% del total	18,9%	33,3%	52,2%
No	Recuento	19	24	43
	Frecuencia esperada	17,2	25,8	43,0
	% del total	21,1%	26,7%	47,8%
Total	Recuento	36	54	90
	Frecuencia esperada	36,0	54,0	90,0
	% del total	40,0%	60,0%	100,0%

Fuente: Encuesta N° 2 y registro obstétrico Sub Centro de Salud.

Realizado por: PANCHI, Yesenia

Tabla N° 30. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,601 ^a	1	,438		
Corrección por continuidad ^b	,314	1	,575		
Razón de verosimilitudes	,601	1	,438		
Estadístico exacto de Fisher				,520	,288
N de casos válidos	90				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 17,20.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Fuente: Encuesta N° 2 y registro obstétrico Sub Centro de Salud.

Realizado por: PANCHI, Yesenia

Valor del Chi-cuadrado=0.438 es mayor al nivel de significancia 0.05. Se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna. Que dice las percepciones culturales (miedo a hablar sobre métodos anticonceptivos)

no influyen en los adolescentes para que usen métodos anticonceptivos y prevenir el embarazo.

Un aspecto cultural importante, según los actores sociales, es que los adolescentes “tienen miedo” de hablar sobre métodos anticonceptivos por las represarías de sus padres ya que afirman que San Buenaventura es una población muy conservadora y que para ciertas familias hablar de sexualidad es todavía un mito. Si bien el **33.3%** de adolescentes conversan con sus padres sobre métodos anticonceptivos pero a pesar de eso no los utilizan cuando tiene relaciones sexuales. Tal vez la información que reciben en casa no es suficiente o la correcta o simplemente no permite tomar decisiones adecuadas a los adolescentes.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Después del proceso de análisis de los resultados se concluye lo siguiente:

- ✓ Las causas del embarazo adolescentes son en primer lugar no usar anticonceptivos, a pesar de conocerlos; seguido de la falta de comunicación familiar, en tercer lugar el enamoramiento y tener relaciones muy jóvenes, lo que se conoce como confusión sexual; en quinto lugar está la falta de información.

Son pocos los adolescentes que recibieron información sobre sexualidad y anticoncepción por parte del centro de salud, la mayoría lo hace en los centros educativos, la familia e internet.

- ✓ Los adolescentes de San Buenaventura inicial su vida sexual, en promedio, a los 16 años tanto hombres y mujeres debido a su propio estilo de vida, cultura y educación, sin embargo sigue siendo un factor de riesgo para desarrollar embarazos no deseados, embarazos de alto riesgo, abortos, hijos de madres solteras, ETS incluso mortalidad materna. Otra práctica de riesgo identificada es la poligamia, aunque en pequeño porcentaje pero importante para el campo de la salud.
- ✓ Los jóvenes tiene una actitud de irresponsabilidad frente a su salud sexual y reproductiva al no protegerse durante una relación sexual a pesar de conocer algunos métodos anticonceptivos, la mayoría de madres adolescentes aseguran haber tenido contactos sexuales (sin protección) previos a su embarazo y posterior a éste tampoco se protegen y corren el riesgo de un segundo embarazo con peores consecuencias que el primero.

- ✓ Para la mayoría de jóvenes, la sexualidad se limita al plano biológico de la reproducción (relaciones sexuales entre hombre y mujer), concepto frío, nada sentido, que no integra el plano afectivo, social, cultural, económico, moral, etc. de la comunidad que consecuentemente no le está permitiendo tomar decisiones correctas y oportunas frente a su salud sexual.
- ✓ Todos los jóvenes conocen por lo menos **un** método anticonceptivo, los más populares son el preservativo y las pastillas anticonceptivas, en tercer lugar la píldora del día después, seguido por los anticonceptivos inyectables, luego el implante y el DIU, en último lugar están los métodos naturales, además, la mayoría piensa que los métodos anticonceptivos sirven únicamente para evitar el embarazo. El preservativo es el anticonceptivo más usado por los adolescentes.
- ✓ En la parroquia no existe un trabajo articulado, coordinado, continuo y monitorizado por parte de las instituciones que la conforman, han sido esfuerzos individuales que no logran disminuir el número de embarazos adolescentes.

5.2. Recomendaciones

Posterior al proceso de análisis de resultados se plantean las siguientes recomendaciones:

- ✓ La educación siempre será la mejor estrategia para evitar embarazos en los adolescentes, por eso los conocimientos deben ser integrales, concisos, sentidos por los adolescentes que los ayuden a tomar decisiones correctas y oportunas frente a su salud sexual y no solo despertar curiosidad.
- ✓ Los conocimientos de anticoncepción, no son suficientes para evitar embarazos, también se necesita enseñar a usar correctamente un determinado anticonceptivo, indicar sus riesgos y beneficios, brindar acceso, también concientizar, sensibilizar y fortalecer valores positivos de los jóvenes para formar conductas responsables.

- ✓ Las intervenciones que realizan los centros educativos en materia de sexualidad deben plantear metas, registrar y medir resultados, que permitan monitorizar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.
- ✓ Todo proceso de educación en salud sexual debe contemplar la percepción de los jóvenes sobre las temáticas e incluirlos en las planificaciones.
- ✓ En este momento los jóvenes se identifican con las llamadas tribus sociales (Emos, Rokers, Góticos, Punkeros, etc), reconocerlas, entenderlas es necesario para educar y guiar de mejor manera a lo/as adolescentes.
- ✓ El centro de salud de la parroquia debe brindar atención calidad, amigable, confiable y oportuna a lo/as adolescentes, acercarse a su realidad. Falta cobertura, acciones de promoción y prevención en salud sexual.
- ✓ La comunidad de San Buenaventura requiere de acciones coordinadas, conjuntas y fraternas de sus representantes, instituciones, organizaciones para trabajar en materia de salud y mejorar la calidad de vida de lo/as adolescentes.

CAPÍTULO VI

LA PROPUESTA

6.1. Tema

“Diseño de estrategias para prevenir el embarazo en los adolescentes de la parroquia San Buenaventura”

6.2. Datos informativos

6.2.1. Institución ejecutora

- ✓ Junta parroquial (comité parroquial de salud)
- ✓ Centros educativos (Escuela Numa Pompilio Llama, Colegio Catorce de Julio)
- ✓ Sub centro de Salud

6.2.2. Beneficiarios

- ✓ Adolescentes
- ✓ Comunidad de San Buenaventura

6.2.3. Ubicación

- ✓ Parroquia San Buenaventura

6.2.4. Entidades responsables

- ✓ Mireya Yesenia Panchi Paredes, investigadora
- ✓ Junta Parroquial (Comité parroquial de Salud)
- ✓ Subcentro de salud de San buenaventura
- ✓ Unidades educativas (escuela Numa Pompilio Llona, Colegio Catorce de Julio)

6.2.5. Tiempo estimado

- ✓ La propuesta se ejecutará inmediatamente después de su aprobación, no se establece un tiempo de finalización ya que estará de manera constante en permanente modificación, para poder valorar el impacto

que presente su correcta utilización para que se realicen constantes evaluaciones y modificaciones.

6.3. Antecedentes de la propuesta

En el presente estudio realizado en los adolescentes de 14 a 19 años de la parroquia San Buenaventura, indica que los jóvenes obtienen información sobre sexualidad y métodos anticonceptivos, principalmente en instituciones educativas, la familia y el internet.

Las instituciones educativas de la parroquia programan charlas con los adolescentes para abordar estos temas, en fechas específicas, sin embargo no han cumplido con la meta de evitar el embarazo, si bien los adolescentes conocen conceptos de sexualidad y anticoncepción, estos giran en el plano biológico y reproductivo pues consideran que hablar de sexualidad es hablar de “relaciones sexuales entre hombre y mujer” **55.2%**, los conceptos son fríos y limitados que no permiten entender a la sexualidad en forma integral, tal vez porque estas programaciones no han identificado las verdaderas necesidades e inquietudes que tiene los jóvenes. Es importante entonces crear un programa para la enseñanza y aprendizaje sobre sexualidad combinado con talleres que en primer lugar incluya a los adolescentes (beneficiarios) en la planificación, para que los temas a tratar se acerquen más a sus necesidades, realidad y cultura, para que el impacto sea mucho más profundo. Por otro lado la temática de la sexualidad debe ser abordada con conceptos claros e integrales con la necesidad de un trabajo multisectorial con otras instituciones como el personal médico de la parroquia, el párroco y el representante de la junta parroquial para que también haya la participación y difusión a la comunidad.

Sin embargo el conocimiento no es suficiente los adolescentes a pesar de tener un significativo conocimiento de métodos anticonceptivos **65.65%** no los usan **60.0%** cuando tiene relaciones sexuales demostrando una actitud

de irresponsabilidad **37.8%**, otro punto importante es que los adolescente no están seguros de saber utilizar correctamente un preservativo **43.8%**, por lo tanto no basta conocer, hay que trabajar con talleres para enseñar a utilizar correctamente un determinado método anticonceptivo pero sobre todo crear conciencia en los jóvenes sobre una sexualidad responsable y saludable.

Algunos actores sociales de la comunidad consideran como causa del embarazo de los adolescentes la falta de comunicación familiar, relacionándola con la cultura conservadora y de miedo, sin embargo se ha podido verificar el **52.2%** de jóvenes conversan con sus padres sobre métodos anticonceptivos, pero entonces sería importante estudiar el tipo de información que reciben y que objetivo tiene.

Se debe incentivar más a la enseñanza y aprendizaje sobre sexualidad en las instituciones ya que puede existir espacios para estos, pero si los jóvenes no asimilan lo que se les está enseñando, no los estaremos ayudando.

Otra fuente donde los adolescentes buscan información sobre sexualidad es el internet, una herramienta útil y a la vez peligrosa, útil porque los contenidos son infinitos y algunos educativos pero también existen contenidos con poca evidencia científica, perjudiciales y sin un adecuado control. El gobierno ecuatoriano ha creado la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo Adolescente (ENIPLA) que incluye la campaña www.sexualidadsinmisterios sin embargo no ha tenido el impacto necesario y peor aún ha cumplido su objetivo ya que el **80%** de los adolescentes de San Buenaventura no conocen y peor aún han visitado esta página web. Siendo necesario su promoción e incluso enseñar a navegar en este sitio web y porque no también recibir notificaciones a través de la cuenta de facebook.

Si bien el subcentro de salud es el lugar más adecuado para obtener información el rol de este servicio de salud y también de los profesionales que ahí trabajan es limitado, pues solo el **1.8%** de adolescentes indican que han recibido información sobre sexualidad. Por lo indicado debe crearse espacios y estrategias para llegar de mejor manera a los jóvenes y que acepten el mensaje que se les quiere difundir, al tener mayor confianza con el personal de salud, estos mismos podrían enseñar de manera correcta todo lo referente al tema y los jóvenes podrían preguntar sin miedo a ser recriminados o a ser juzgados.

Un aspecto cultural importante es la creencia de mitos como que en la primera relación sexual no se produce el embarazo y podría ser la causa que el **76%** no utilizó algún método anticonceptivo durante la primera relación sexual.

Las principales causas por las que las adolescentes embarazadas decidieron tener relaciones sexuales son la curiosidad **36.7 %** y el enamoramiento **38.8%**, lo que indica la confusión sexual que viven los adolescentes, estas ideas que los vuelven incapaces de discernir lo conveniente de lo inconveniente y no les permite tomar una decisión correcta o por lo menos planificada, revelando la debilidad de los programas educativos que se les imparte que no los ayudan a tomar una decisión correcta cuando lo necesitan.

6.4. 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 que los conocimientos acerca de sexualidad y anticoncepción

son débiles, fríos, no son integrales, no se adaptan a sus necesidades, cultura y por tanto no están ayudando a los adolescentes a tomar decisiones correctas como protección durante las relaciones sexuales, tampoco han contribuido con la formación de actitudes responsables frente a la sexualidad y salud reproductiva; por lo que se hace imprescindible la realización de un programa, inclusivo, intersectorial y coordinado de toda la comunidad.

Es también importante promocionar la página web sexualidad sin misterios y contribuir al cumplimiento de las metas propuestas desde el gobierno nacional.

Las personas beneficiarias con esta propuesta serán los adolescentes de la parroquia San Buenaventura y la comunidad debido a que un embarazo en estas edades afecta por completo el proyecto de vida de los jóvenes y además provoca un impacto negativo en el círculo familiar y de allí se proyecta a toda la comunidad en todos los ámbitos: social, económico, salud, etc.

Este trabajo aporta con acciones que mejoren e integren los conocimientos con un abordaje adecuado sobre temas de sexualidad y anticoncepción que pretende además incentivarlos a aprender, para ayudar a formar actitudes y prácticas responsables de salud sexual y reproductiva y que ayuden a los adolescentes a tomar decisiones oportunas y correctas para disminuir el embarazo precoz.

6.5. Objetivos

6.5.1. Objetivo general

- ✓ Contribuir con el desarrollo y bienestar de las y los adolescentes de San Buenaventura a través del diseño de estrategias educativas dirigidas a mejorar la salud sexual, reproductiva y disminuir el embarazo precoz

6.5.2. Objetivo específico

- ✓ Promover acciones de información, educación y comunicación para adolescentes y padres de familia
- ✓ Sensibilizar a la comunidad sobre la importancia de prevención y adopción de conductas sexuales saludables para disminuir los riesgos que tienen los adolescentes.
- ✓ Fortalecer la confianza en los servicios de salud proponiendo un modelo de servicio de salud amigable para adolescentes.
- ✓ Contribuir al monitoreo de salud adolescente a través del diseño de indicadores de comportamientos sexuales y reproductivos de hombres y mujeres para su futura implementación.

6.6. Análisis de factibilidad

6.6.1. Político

Las políticas actuales de salud y sexualidad, manifiestan como un derecho de los adolescentes 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.

La promoción en salud es un proceso mediante el cual las personas, familias y comunidades logran mejorar su nivel de salud al asumir un mayor control sobre sí mismas. Se incluyen las acciones de educación, prevención y fomento de salud, donde la población actúa coordinadamente en favor de políticas, sistemas y estilos de vida saludables, por medio de la abogacía, empoderamiento y construcción de un sistema de soporte social que le permita vivir más sanamente. (Fuente: Cartas de Ottawa y Yakarta)

6.6.2. 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 genera mejores conocimientos y medios para disminuir la carga social que en la actualidad representa el embarazo temprano.

6.6.3. Técnico

Se cuenta con las personas para realizar el mismo, además existe el apoyo por parte del centro de salud de San Buenaventura.

6.7. Fundamentación

Un estudio realizado en Curazao por J, Maaiké, 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 fiables (48).

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 segura (49).

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 correctamente (50).

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 escuelas (51).

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 profesionales (52).

6.8. Identificación del problema

Tabla N°31. Análisis de problemas

PROBLEMAS	CAUSAS	OBJETIVOS
- Programas de educación deficientes, poco integrales que no llenan las expectativas y no permiten tomar decisiones convenientes ni actitudes responsables frente a la salud sexual y reproductivas	- Desconocimiento del escenario actual en el ámbito sexual y reproductivo de los adolescentes - Poca creatividad e innovación en los programas de educación sexual. - Conceptos sobre sexualidad: fríos, limitados al aspecto biológico y reproductivo. - No miran al adolescente como una persona integral - No incluyen a los beneficiarios en la programación. - Escaso trabajo con padres de familia - Falta de motivación	Promover acciones de información, educación y comunicación para adolescentes, padres de familia
- Poca coordinación y articulación interinstitucional	- Trabajos sin objetivos, metas - Desinterés intersectorial - Esfuerzos individuales poco eficientes - No han existido proyectos - No existe un monitoreo y evaluación de los programas institucionales	Sensibilizar a la comunidad sobre la importancia de prevención y adopción de conductas sexuales saludables para disminuir los riesgos que tienen los adolescentes
- Poca confianza en el servicio de salud de la parroquia, que limita la consejería y uso gratuito de métodos anticonceptivos	- Los adolescentes no buscan consejería en el sub centro de salud. - Deficiente promoción del servicio de salud - Personal con poca visión de trabajo comunitario - Limitada capacitación del personal del servicio de salud. - Servicio de salud poco amigable - Desconocimiento de gratuidad de métodos anticonceptivos - Deficiente promoción de métodos anticonceptivos	Proponer modelo de servicio de salud amigable para adolescentes
- Monitoreo y evaluación deficiente de acciones en salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes	- No se han establecido indicadores de comportamiento sexual y reproductivo de hombres y mujeres para llevar un verdadero control y monitoreo de la salud de los adolescentes	Contribuir al monitoreo de salud adolescente a través del diseño de indicadores de comportamientos sexuales y reproductivos de hombres y mujeres para su futura implementación.

Fuente: Encuesta N° 2 y registro obstétrico Sub Centro de Salud.

Realizado por: PANCHI, Yesenia

6.9. Plan Operativo

Tabla N°32. Plan operativo

Objetivos	Metas	Estrategias	Actividades	Indicadores	
				Proceso	Impacto final
Promover acciones de información, educación y comunicación para adolescentes y padres de familia.	Incrementar al 70% para el 2015 el uso de condón en las relaciones sexuales en < 20 años 100% de adolescentes intervenidos visiten www.sexualidadsinmisterios	1. Estrategia educ-comunicativas para establecimientos educativos de la parroquia 2. Promoción de página web sexualidad sin misterios	- Taller en pares para los 2 establecimientos educativos - Taller participativo dirigido a padres de familia - Enseñar a navegar en la página web sexualidad sin misterios. - Usar la página web como herramienta de investigación.	- % de usuarios que recibieron las intervenciones - Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en adolescentes <20 años.	Reducir la tasa de embarazo adolescente
Sensibilizar a la comunidad sobre prevención y adopción de conductas sexuales saludables	Difusión a más del 75% de pobladores de la comunidad	3. Participación del comité parroquial de salud en acciones de difusión y promoción comunitaria.	- Sociabilización de resultados de la investigación. - Charlas: sexualidad y embarazo adolescente.	- % de usuarios que recibieron la intervención.	
Fortalecer la confianza en el servicio de salud	Incrementar un 25% la consulta ginecológica de adolescentes	4. Modelo de servicio de salud amigable.	- Acceso a los servicios y oportunidad en la prestación - Profesionales y personal de salud capacitados - Procedimientos administrativos y de gestión - Disponibilidad de una amplia gama de servicios - Participación juvenil social y comunitaria	Cobertura en anticonceptivo de emergencia y preservativos en adolescentes <20 años. Necesidades insatisfechas de métodos anticonceptivos	

Contribuir al monitoreo de salud adolescente	Monitoreo de los servicios de educación y salud dirigidos a esta población	5. Diseño de indicadores de comportamiento sexual y reproductivo	- Diseñar indicadores de comportamiento sexual y reproductivos	- Sistema de información
--	--	--	--	--------------------------

Realizado por: PANCHI, Yesenia

6.9.1. Estrategia 1. Estrategias educomunicativas para establecimientos educativos de la parroquia

Tabla N°33. Estrategia 1

FASES	ACTIVIDADES	METAS	ACCIONES	RECURSOS	TIEMPO
Planificación	1. Sociabilización de resultados de la investigación	Asistencia del 100% de autoridades representantes de las unidades educativas	Enviar invitación a las autoridades ambos establecimientos educativos	Investigadora Material de escritorio	2 semana
	2. Taller en pares	Selección de 4 adolescentes formadores Conformación del equipo de trabajo Planificación de los talleres para formadores	Seleccionar 4 estudiantes de ambos sexos (para cada establecimiento) Seleccionar instructores (Dirección de Salud y Educación) Diseñar contenidos y plan de capacitación Preparar material didáctico Establecer cronograma de actividades	Grupo capacitador Instructores expertos Aula Material de escritorio Material didáctico Material bibliográfico	2 semana
	3. Taller participativo dirigido a padre de familia	Aprobación del comité de padres de familia	Planificar fecha para taller Convocatoria Preparar material didáctico Establecer cronograma de actividades Diseño de metodología de trabajo y evaluación	Comisión de cada establecimiento Material de escritorio Material didáctico Material bibliográfico	2 semana

FASES	ACTIVIDADES	METAS	ACCIONES	RECURSOS	TIEMPO
Ejecución	1. Sociabilización de resultados de la investigación	Análisis y aceptación de la propuesta por el 100% de asistentes	Exposición de resultados Poner a consideración la propuesta y entrega de documento impreso	Expositor/a Aula Material audiovisual Material de escritorio	1 semana
	2. Taller en pares	Incrementar más del 50% los conocimientos de los formadores y 25% de los intervenidos Desarrollar habilidades Mejorar la afinidad y aceptabilidad de contenidos	Capacitación del grupo de adolescentes formadores a través de talleres Evaluación de capacitadores Replica de charlas dictadas por el grupo de trabajo en los diferentes cursos y paralelos Taller práctico de métodos anticonceptivos	Grupo capacitados Grupo de expertos Material didáctico Material de escritorio	2 semanas y luego permanente-mente
	3. Taller participativo dirigido a padre de familia	Identificar las causas intrafamiliares del embarazo adolescente e identificar el tipo de información que reciben en la familia y el objetivo que pretende cumplir. Educar y sensibilizar a los padres de familia.	Presentación de resultados de investigación Identificación del problema Formación de grupos focales Elaboración de árbol de problemas a través de lluvia de ideas Aplicación de encuesta Retroalimentación Identificar soluciones participativas	Grupo de expertos Comisión institucional Material didáctico Material de escritorio	1 semana y luego permanente mente
Evaluación	1. Sociabilización de resultados	Cumplir con la socialización	Lista de asistentes	Investigadora Material de escritorio	En el mismo momento de la ejecución
	2. Taller en pares	Evaluar conocimientos y destrezas de pares Evaluar conocimientos y destrezas a los beneficiarios	Guía de evaluación de conocimientos y destreza Encuesta y escala de actitudes antes y después de cada taller	Grupo de expertos Capacitadores Material de escritorio	En el mismo momento de la ejecución
	3. Taller participativo dirigido a padre de familia	Evaluar a los participantes	Aplicación de encuesta	Comisión institucional Grupo de expertos Material de escritorio	En el mismo momento de la ejecución

6.9.2. Estrategia 2. Promoción de la página web Sexualidad sin misterios

Tabla N°34. Estrategia 2

FASES	ACTIVIDADES	METAS	ACCIONES	RECURSOS	TIEMPO
Planeación	1. Enseñar a navegar en la página web sexualidad sin misterios	100% de aceptación de la propuesta	Socialización con profesores (computación) Incluir en el cronograma Auto capacitación (educador) Diseño de metodología y evaluación	Comisión de cada establecimiento Material didáctico	4 días
	2. Usar la página web sexualidad sin misterio como fuente de investigación	100% de aceptación de la propuesta	Sociabilización con maestros involucrados Incluir esta actividad en cronograma Coordinar tareas de investigación	Comisión de cada establecimiento Material didáctico	2 días
Ejecución	1. Enseñar a navegar en la página web sexualidad sin misterios	Desarrollar destrezas y habilidades para navegar Fuente de información innovadora y divertida	Aplicación de metodología de trabajo	Profesor de computación o informática Material audiovisual	1 -2 semanas dependiendo del número de grupos
	2. Usar la página web sexualidad sin misterio como fuente de investigación	Estimular la investigación Página web sexualidad sin misterios como fuente confiable de información. Desarrollar habilidades: análisis, disertación y debate.	Establecer esquema de la tarea Organizar grupos de estudiantes con equidad de género y repartir los temas. Asignar el valor académico Organizar panel, foro, dramatizaciones, debate, etc.	Profesor de ciencias naturales, entorno natural, biología, etc.	1 semana
Evaluación	1. Enseñar a navegar en la página web sexualidad sin misterios	Evaluar destrezas y habilidades aprendidas	Evaluación práctica	Profesor de computación o informática	Durante la ejecución
	2. Usar la página web sexualidad sin misterio como fuente de investigación	Aumentar los conocimientos sobre sexualidad	Calificación de trabajo escrito (teórica, creatividad, reflexión personal)		

6.9.3. Estrategia 3. Participación del comité parroquial de salud en acciones de difusión y promoción

Tabla N°35. Estrategia 3

FASES	ACTIVIDADES	METAS	ACCIONES	RECURSO	TIEMPO
Planeación	1. Charlas: sexualidad y embarazo adolescente en junta parroquial y directorios de agua.	Difusión comunitaria	Elaborar cronograma de actividades Plantear objetivos y metas Elaborar metodología de trabajo Elaborar material didáctico Elaboración de diapositivas	Comité parroquial de salud Material de escritorio Material bibliográfico	Desde su aprobación permanentemente
Ejecución	1. Charlas: sexualidad y embarazo adolescente en junta parroquial y directorios de agua.	Enseñar, comunicar e informar Participación comunitaria	Realizar charlas en las reuniones de la Junta Parroquial y directorios de agua La intervención debe durar menos de 20 min.	Material de escritorio Material didáctico	Desde su aprobación permanentemente
Evaluación	1. Charlas: sexualidad y embarazo adolescente en junta parroquial y directorios de agua.	Mejorar conocimientos	Evaluación al inicio y terminación de la charla	Material de escritorio	En el mismo momento de la ejecución

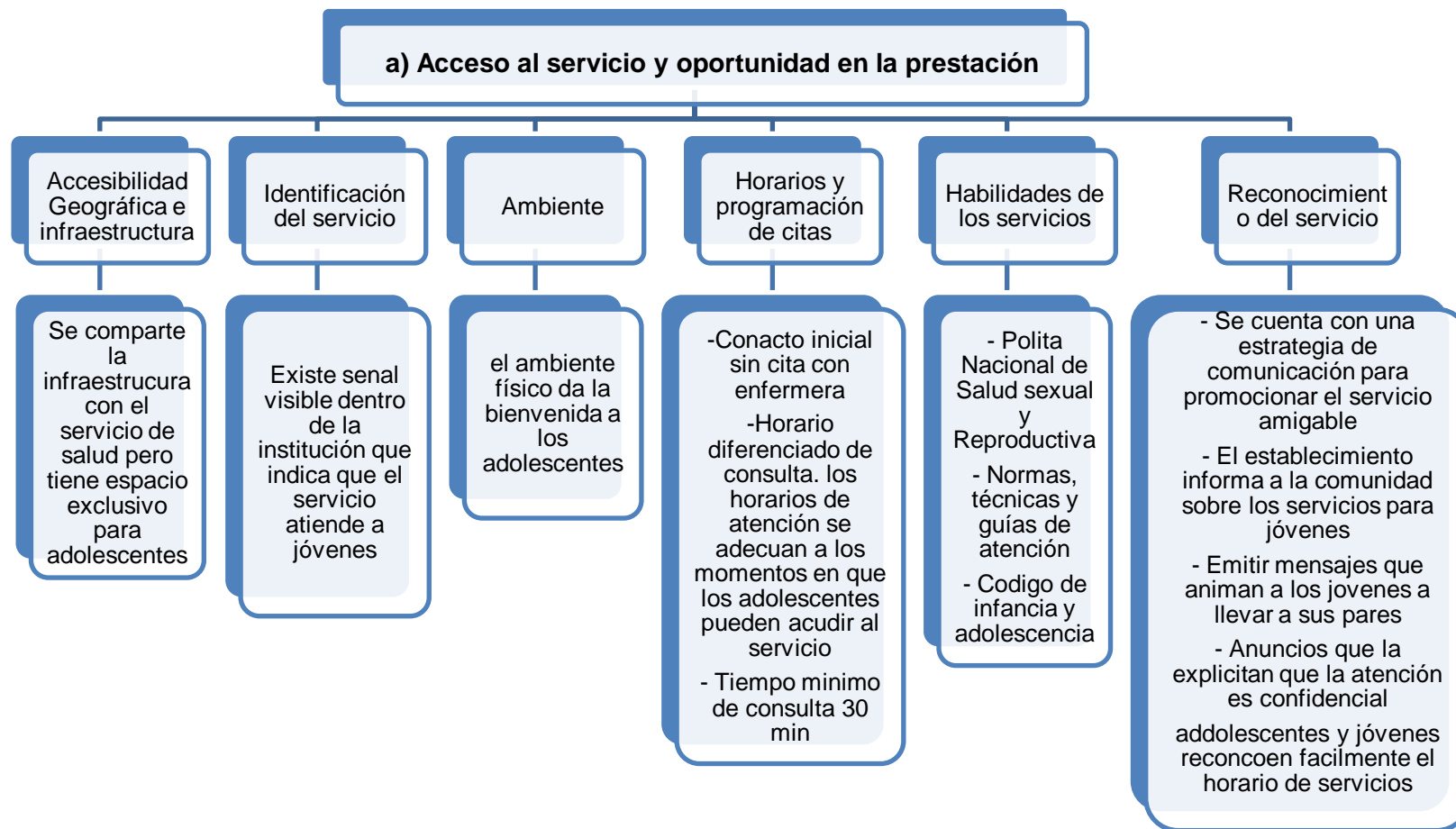
6.9.4. Estrategia 4. Modelo de Servicios de Salud amigables

6.9.4.1. Definición: servicios en los cuales los jóvenes encuentran oportunidades de salud cualquiera que sea su demanda, son agradables para jóvenes y su familia por el vínculo que se establece con el proveedor de salud y por la integralidad y calidad de sus intervenciones´.

6.9.4.2. Componentes

- a) Acceso a los servicios y oportunidad en la prestación
- b) Profesionales y personal de salud
- c) Procedimientos administrativos y de gestión
- d) Disponibilidad de una amplia gama de servicios

Flujo grama 2. Primer componente



Elaborado: PANCHI, Yesenia

b). Profesionales de la salud

- Conocimiento y manejo de las normas para adolescentes´
- Habilidades para la evaluación de las situaciones
- Reconocimiento de la diversidad cultura
- Habilidades de comunicación
- Hacer de los servicios amigables un espacio agradable
- Promover la autonomía para la toma de decisiones
- No hacer sentir obligado a abandonar sus creencias y valores

c). Participación Juvenil y comunitaria

Tabla N°36. Participación juvenil y comunitaria

Participación juvenil	Participación Social
<ul style="list-style-type: none">- Dar a conocer la propuesta elaborada- Se brinda a adolescentes la oportunidad no solo de realizar acciones sino de participar con alguna iniciativa- A través de dramatizaciones, canciones, afiches, festivales, casas abiertas, etc.	Los adultos apoyan a adolescentes y jóvenes en la búsqueda de servicios de salud sexual y reproductiva
Participación Comunitaria	Coordinación Intersectorial e interinstitucional
Realizar diagnósticos participativos sobre las necesidades o problemas de adolescentes y jóvenes para encontrar soluciones	<ul style="list-style-type: none">- Se establecen acuerdos como: gobiernos locales, entidades de régimen subsidiario, entre otros.- Crear grupos de apoyo interinstitucional, incluyendo grupos de apoyo conformados por jóvenes- Se coordina de forma permanente con instituciones educativas, garantizado complementariedad en las acciones

Elaborado: PANCHI, Yesenia

d). Gestión política y administrativa para la implementación del modelo de servicios amigables

✓ **Formación de recursos humanos:**

Guía de capacitación

Talleres

Profesionales de la salud del sub centro de salud

Asistencia técnica para sostenibilidad y continuidad

✓ **Monitoreo y evaluación**

Seguimiento a la implementación del modelo funcionando

Evaluación formativa participativa

Evaluación externa

Líneas de base

✓ **Materiales e insumos**

Material bibliográfico

Material didáctico

Anticonceptivos (preservativos, Anticonceptivo de emergencia)

Material audio visual

6.9.5. Estrategia 5. Diseño de indicadores de comportamiento sexual y reproductivo

Tabla N°36. Indicadores de impacto final

Nombre del indicador	Definición	Fórmula	Fuente de Información	Periodicidad	Cobertura
Tasa específica de fecundidad en mujeres de 14 a 19 años	Número de nacimientos que ocurre durante un determinado año o período de referencia por cada 1000 mujeres de 14 a 15 años	TEF (tasa específica de fecundidad) = N° total de nacimientos vivos ocurridos en un año por mil, entre la población femenina de 15 a 19 años	Registro obstétrico del subcentro de salud Estimaciones INEC	Anuales 3 a 5 años	Nacional

Elaborado: PANCHI, Yesenia

Tabla N°37. Indicadores de impacto intermedio

Nombre del indicador	Definición	Fórmula	Fuente de Información	Periodicidad	Cobertura
Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres adolescentes de 14 a 19 años	Es la proporción de mujeres unidas de 14 a 19 años de edad que están ella o su pareja usando algún método anticonceptivo respecto al total de adolescentes	Número de mujeres adolescentes unidas usuarias de algún método anticonceptivo entre el número total de mujeres de 14 a 19 años unidas *100	Historias clínicas obstétricas	Estimaciones anuales Resultados se obtienen por encuestas	Nacional
Cobertura en anticoncepción pos evento obstétrico en mujeres de 14 a 15 años	Proporción de mujeres de 14 a 19 años que aceptaron un método anticonceptivo antes de su egreso hospitalario con relación al total de mujeres de esta edad atendidas por algún evento obstétrico.	Numero de eventos obstétricos ocurridos en un periodo determinado entre el número de mujeres menores de 20 años aceptantes de un método anticonceptivo	Historias clínicas obstétricas	Anual	Nacional
Necesidades insatisfechas de métodos anticonceptivos de las mujeres unidas de 14 a 19 años	Proporción de mujeres de 14 a 19 años de edad unidas expuestas a un embarazo y que no hace uso de algún método anticonceptivo, no obstante su deseo de limitar o espaciar sus embarazos	Número de mujeres de 14 a 19 años que desean limitar un embarazo y no están utilizando un método anticonceptivo más el número de mujeres de 14 a 19 años que desean espaciar un embarazo y no están utilizando un método anticonceptivo	Encuestas	Anuales de 3 a 5 años	Nacional

Tabla N°38. Indicadores de proceso

Nombre del indicador	Definición	Fórmula	Fuente de Información	Periodicidad	Cobertura
Instituciones que cuentan con programa de acción	Programas alineados a ENIPLA	Número de entidades con programas alineados entre el total de entidades por 100	Entrevistas a directores de instituciones de la parroquia	Anual	Nacional
% de uso de condón y/o pastilla de emergencia	Porcentaje de adolescentes con vida sexual activa que usan condón o pastilla de emergencia	Número de adolescentes con vida sexual activa que reportaron el uso de condón durante sus relaciones sexuales, entre el total de adolescentes con vida sexual activa *100	Encuestas	Anual 3 a 5 años	Nacional
% de usuarios del servicio de salud sexual y reproductiva para adolescentes que recibieron información educativa y comunicación acorde a sus necesidades	Adolescentes que recibieron información escrita de Salud sexual y Reproductiva	N° de adolescentes que recibieron información escrita de Salud sexual y reproductiva entre el total de adolescentes que acudieron a solicitar servicio *100	Encuestas Historias clínicas del adolescente	Anual	Nacional
% de prestadores de servicios capacitados en salud sexual y reproductiva para adolescentes	Personal operativo del sub centro de salud (médico, enfermera, auxiliar y otros) capacitado en temas de SSR para adolescentes	N° personas capacitadas en temas de SSR para adolescentes entre el total de personal operativo por tipo*100	Subcentro de Salud	Anual	Nacional
% de cursos en salud sexual y reproductiva para adolescentes que alcanzaron los objetivos de aprendizaje	Cursos que alcanzaron los objetivos de aprendizaje	N° asistentes que calificaron que el curso alcanzó los objetivos entre el total de asistentes al curso *100	Encuestas	Anual	Nacional

Elaborado: PANCHI, Yesenia

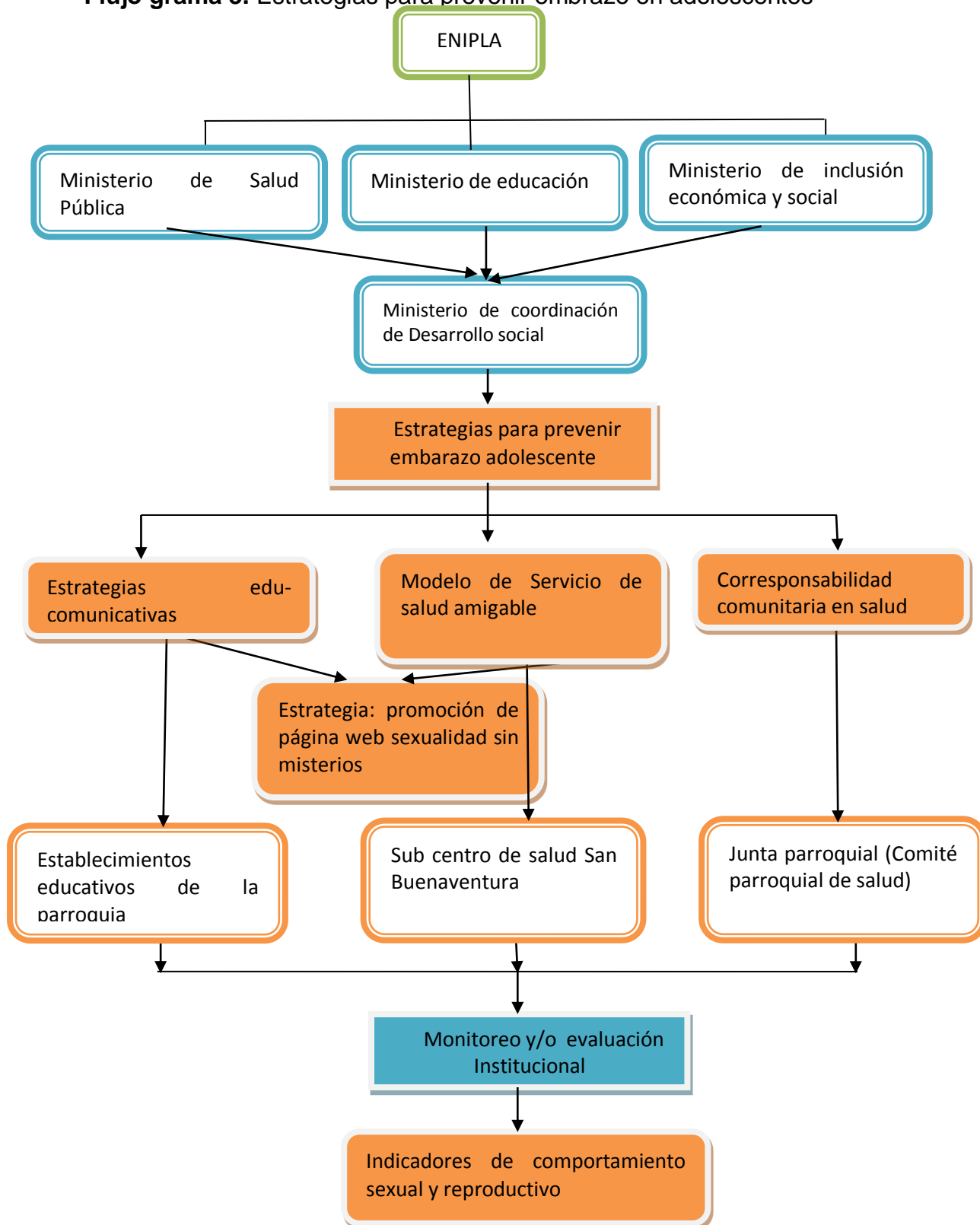
Tabla N°39.Indicadores de estructura

Nombre del indicador	Definición	Fórmula	Fuente de Información	Periodicidad	Cobertura
Presupuesto asignado al programa de salud sexual y reproductiva para adolescentes	Recursos financieros destinados a las actividades de Salud sexual y reproductiva para adolescentes	Presupuesto en dólares asignado al programa en el periodo	Registro financiero institucional	Anual	Nacional
% personal operativo con al menos dos años de experiencia en la atención de salud sexual y reproductiva	% de personal operativo con al menos dos años de experiencia en SSR para adolescentes	N° de personal operativo con al menos dos años de experiencia en SSR para adolescentes por 100	Registros institucionales	Anual	Nacional

Elaborado: PANCHI, Yesenia

6.10. Administración

Flujo grama 3. Estrategias para prevenir embarazo en adolescentes



Elaborado: PANCHI, Yesenia

6.11. Previsión de evaluación

La evaluación de los resultados se llevará a cabo de la siguiente manera:

1. Seguimiento estrecho del cumplimiento de las metas prioritarias, lo cual será reportado en informes laborales, informes hacia otras instituciones y los adicionales solicitados por legisladores, organizaciones civiles o institucionales fiscalizadoras.
2. Reuniones para evaluar avances del programa a nivel local, parroquial, cantonal, provincial y nacional.
3. Reportes periódicos por parte de las instituciones del Ministerio de salud
4. Reuniones periódicas internas de evaluación en las instituciones.
5. Supervisiones programadas. Se realizarán visitas de supervisión a las instituciones consideradas prioritarias por personal del sistema de salud.
6. Encuestas o evaluaciones externas del desempeño de las estrategias de salud sexual y reproductiva y/o encuestas demográficas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografía

- BONET DE LUNA, C. Anticoncepción en la adolescencia. *Pediatr Integral*. Madrid, 2007. XV(10). 911-918p. **(34)**
- CANALS, J. Técnicas de entrevistas con el adolescente. *Anales Españoles de Pediatría*. España, 2008. **(49)**
- ISSLER, Juan. Embarazo en la adolescencia. España, Agosto 2001. N°107.11-23p. **(26)**
- LÓPEZ, Francisco y LOMBARDÍA, José. Novedades en anticoncepción. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*. 2005. Vol. 29-N°3. 57-68p. **(40)**
- MARQUEZ, Nalleli. Uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de la comunidad de San Antonio. Morelia, Diciembre 2010. **(36)**
- MARTÍNEZ, Antonio, FERNÁNDEZ, Eva y LÓPEZ. Sexualidad en la adolescencia, métodos anticonceptivos. *Aldis*. Enero, 2007. ISSN: 1697-8005. **(33)**
- OMS. Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias. Ginebra, 2012. **(43)**
- PAMCHI, Marcelo. Proyecto de desarrollo local de la OSG. Latacunga 2000. **(17)**
- PÉREZ, I, PÉREZ, EF y PLÁ, E. Métodos anticonceptivos en adolescentes. Píldora de emergencia. Aspectos éticos-legales. *Revista Pediatría de Atención Primaria*. Valencia, 2005. Vol. VII, suplemento 1. 81-87p. **(41)**
- WILKINS, Wiliams. Desarrollo psicosocial en los adolescentes normales. Tercera edición. USA, 1993. **(27)**
- ZEGARRA, Tula. Mitos y Métodos anticonceptivos. Lima- Perú, marzo 2011. ISBN: 978-612-45897-9-9. **(42)**

Linkografía

- BARRANCO, Enriqueta. *Salud y Relaciones afectivas y Sexuales adolescentes* [en línea]. Manual de Salud Sexual y reproductiva en la

- adolescencia. Sociedad Española de Contracepción. [Fecha de consulta: 17 junio 2013]. **(30)** Disponible en:
http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/salud_reproductiva/index.php
- BUNGE, Mario. *La ciencia su método y su filosofía* [en línea]. Buenos Aires, 1971. [Fecha de consulta: 8 junio 2013]. **(18)** Disponible en:
http://www.aristidesvara.net/pgnWeb/metodologia/metodo_cientifico/naturaleza_metodo/bunge_libro_aristidesvara.pdf.
 - CEPAR. *Encuesta Demográfica y de salud Materna e Infantil* [en línea]. Editado por A. POZO. Octubre 2005. [Fecha de consulta: 6 junio 2013]. **(8)** Disponible en:
http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/pdf/texto/01_introduccion.pdf
 - CEVALLOS, Mónica, PANCHI, Rocío y LEÓN, Lenin. *Embarazo en adolescentes que acuden al Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora de Quito* [en línea]. Revista Ecuatoriana de Pediatría. Quito 2007, Vol. 8 No2. [Fecha de consulta: 5 junio 2013]. ISSN°1390-3497. **(1)** Disponible en:<<http://www.pediatria.org.ec/Docs/Revista%20SEP/Vol.8%20No.2-2007.pdf>>
 - CHURA, Ruth, et al. *Factores socio-culturales que se relacionan con el Embarazo reincidente en las adolescentes que acuden al Hospital Docente Madre-Niño San Bartolomé* [en línea]. Perú: 2012. [Fecha de consulta: 5 junio 2013]. **(3)** Disponible en: <http://www.slideshare.net/ruhis23013/articulo-febrero-2013>.
 - COLL, Carmen, et. al. *Anticoncepción en la adolescencia. Métodos de Barrera, Naturales y DIU* [en línea]. Manual de Salud Sexual y reproductiva en la adolescencia. Sociedad Española de Contracepción. [Fecha de consulta: 17 junio 2013]. **(35)** Disponible en:
http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/salud_reproductiva/index.php
 - CORDOVA, A. *Planificación familiar y métodos anticonceptivos* [en línea]. Ecuador, 2011. [Fecha de consulta: 28 octubre 2013]. **(52)** Disponible en:
<http://www.sexualidadsinmisterios.com/publicaciones/investigaciones-ebates/37-planificacion-familiar-y-uso-de-metodosanticonceptivos>

- DÍAZ, Angélica, SUGG, Carolina y VALENZUELA, Matías. *Embarazo en la adolescencia. Educación sexual y anticoncepción previa* [en línea]. Rev. SOGIA. Venezuela 2004. [Fecha de consulta: 7 junio 2013]. **(12)** Disponible en: <http://www.cemera.cl/sogia/pdf/2004/XI3embarazo.pdf>
- ESCRIBANO, José. *Ginecología y Atención Primaria. Problemas clínicos* [en línea]. España. 2001. ISBN 84-0000-000-0. [Fecha de consulta: 9 junio 2013]. **(24)** Disponible en: <http://www.slideshare.net/underwear69/ginecologia-y-atencion-primaria>
- GIL, S. *Salud Sexual y Reproductiva* [en línea]. España, 2002. [Fecha de consulta: 28 octubre 2013]. **(50)** Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/13modulo_12.pdf
- GONZÁLEZ, Alejandra, MONCADA, Raúl. *Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias* [en línea]. Quito 2003. [Fecha de consulta: 8 junio 2013]. **(22)** Disponible en: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/480/1/99802.pdf>
- GUACHAMÍN, Juan. *Embarazo en adolescencia y sus complicaciones Clínico-Quirúrgicas Hospital Provincial General de Latacunga* [en línea]. Riobamba, marzo 2010. [Fecha de consulta: 6 junio 2013]. **(11)** Disponible en: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/1913>
- HARLEM, Gro. *Veinticinco Preguntas y Respuestas Salud y Derechos Humanos* [en línea]. Ginebra, Julio 2002. ISBN 9243545698. ISSN 17261430. [Fecha de consulta: 10 octubre 2013]. **(15)** Disponible en: http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CCoQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwhqlibdoc.who.int%2Fpublications%2F2002%2F9243545698_spa.pdf&ei=7-
- INAK, Lete, et. al. *Embarazo en la adolescencia mujer* [en línea]. Sociedad Española de Contracepción. 2002. [Fecha de consulta: 04 septiembre 2013]. **(44)** Disponible en: http://www.sec.es/area_cientifica/ponencias_comunicaciones_congresos_sec/2000_05CongresoSEC/libro/orales.pdf.

- ISSLER, Juan. *Embarazo en la adolescencia* [en línea]. Argentina, Agosto 2001. ISSN 1515-8764. [Fecha de consulta: 8 junio 2013]. **(23)** Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html
- LLOPIS, Azucena. *Anticoncepción en la adolescencia. La consulta joven* [en línea]. Manual de Salud Sexual y reproductiva en la adolescencia. Sociedad Española de Contracepción. [Fecha de consulta: 17 junio 2013]. **(32)** Disponible en: http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/salud_reproductiva/index.php
- LOPÉZ, Elva. *Complicaciones obstétricas en adolescentes atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Homero Castanier Crespo* [en línea]. Cuenca, 2008. [Fecha de consulta: 5 junio 2013]. **(5)** Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3739/1/MED%2037.pdf>.
- MARIZANTE, María. *Factores de riesgo de apareamiento de complicaciones de las enfermedades Hipertensivas en el embarazo en el Hospital General Latacunga de madres adolescentes comprendidas entre los 14 -20 años* [en línea]. Ambato, Julio 2011. [Fecha de consulta: 9 octubre 2013]. **(10)** Disponible en: <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/handle/123456789/932/7084-Marizante%20Mar%C3%ADa.pdf?sequence=1>.
- MARTINEZ, Ruiz. *El método Natural de Control de la Fertilidad favorece la autoestima de la mujer* [en línea]. Sociedad Española de Contracepción. 2002. [Fecha de consulta: 04 septiembre 2013]. **(37)** Disponible en: http://www.sec.es/area_cientifica/ponencias_comunicaciones_congresos_sec/2000_05CongresoSEC/libro/orales.pdf.
- MAZARRASA, L. *Salud sexual y reproductiva* [en línea]. España, 2004. [Fecha de consulta: 25 octubre 2013]. **(48)** Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/13modulo_12.pdf
- *Métodos anticonceptivos de barrera* [en línea]. Washitogton DC, 2013. ISSN 1074-8601. [Fecha de consulta: 24 septiembre 2013]. **(38)** Disponible en: <http://www.acog.org/For%20Patients/Search%20Patient%20Education%20P>

amphlets%20-

%20Spanish/Files/Metodos%20anticonceptivos%20de%20barrera.aspx

- Microsoft ® Encarta ® 2006. © 1993-2005 Microsoft Corporation. **(21)**
- NACIONES UNIDAS. *Objetivos de desarrollo del Milenio Una mirada desde América Latina y el Caribe* [en línea]. Chile, junio 2005. [Fecha de consulta: 10 octubre 2013]. **(16)** Disponible en: www.undg.org/archive_docs/6617-Panama_Second_MDG_Report.pdf
- PANDURO, Guadalupe, et al. *Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales* [en línea]. México, 2012. ISSN-0300-9041. [Fecha de consulta: 8 junio 2013]. **(13)** Disponible en: <http://www.revistasmedicasmexicanas.com.mx/download/gineco/2012/Noviembre/Femego%2011.6%20Embarazo.pdf>.
- PÉREZ, Eddy, MARIJA, Miric y VARGAS, Tahira. *El Embarazo en las adolescentes en la Republica Dominicana* [en línea]. San Domingo, 2011. [Fecha de consulta: 9 junio 2013]. **(25)** Disponible en: www.profamilia.org.do/media/embarazo_adolescentes_RD.pdf
- *Prevención del embarazo no planeado en los adolescentes* [en línea]. Segunda edición. México, 2002. [Fecha de consulta: 4 junio 2013]. ISBN 970-721-104-0. **(2)** Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7201.pdf>.
- ROS, Rosa, et. Al. *La adolescencia: consideraciones Biológicas, Psicológicas y Sociales* [en línea]. Manual de Salud Sexual y reproductiva en la adolescencia. Sociedad Española de Contracepción. [Fecha de consulta: 17 junio 2013]. **(28)** Disponible en: http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/salud_reproductiva/index.php
- SALAMANCA, Ana. *La investigación Cualitativa en las Ciencias de la Salud* [en línea]. España, 2010. [Fecha de consulta: 20 octubre 2013]. **(47)** Disponible en: http://www.nureinvestigacion.org/formacion_metodologica_obj.cfm?id_f_metodologica=31
- SISTEMA NACIONAL DE SALUD. *Plan de Acción. Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos 2006 - 2008* [en línea]. Cuarta edición.

- Quito Agosto 2007. [Fecha de consulta: 6 junio 2013]. (7) Disponible en: http://www.iadb.org/WMSfiles/products/SM2015/Documents/website/MINS A_Nicaragua-Estrategia_nacional_salud_sexual_reproductiva.pdf.
- TAFUR, Inés. *Conocimientos y actitudes hacia los métodos anticonceptivos en los estudiantes de enfermería del primer año de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos* [en línea]. Perú, 2007. [Fecha de consulta: 8 junio 2013]. (19) Disponible en: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2007/sanchez_vk/pdf/sanchez_vk.pdf.
 - UNFPA. *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva* [en línea]. Segunda edición. Managua, Agosto 2008. [Fecha de consulta: 8 junio 2013]. ISBN: 978-99924-911-7-1. (20) Disponible en: bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/000_PNCS.pdf
 - UNFPA. *Plan Nacional de prevención del embarazo en adolescentes en Ecuador* [en línea]. [Fecha de consulta: 7 junio 2013]. (6) Disponible en: http://www.unfpa.org.ec/sitio/index.php?option=com_rokdownloads&view=file&task=download&id=45%3Aplan-nacional-de-prevencion-de-embarazo-adolescente&Itemid=75.
 - UNICEF. *La adolescencia una época de oportunidades* [en línea]. 2011. Fecha de consulta: 25 octubre 2013]. (51) Disponible en: http://www.unicef.org/devpro/files/SOWC_2011_Main_Report_SP_02092011.pdf
 - UNICEF. *La adolescencia Una época de oportunidades* [en línea]. EE.UU 2011. [Fecha de consulta: 9 octubre 2013]. ISBN:979-92-806-4557-6. (4) Disponible en: http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CCkQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.unicef.org%2Fdevpro%2Ffiles%2FSOWC_2011_Main_Report_SP_02092011.pdf&ei=WqpiUq6SFYTS8wS0-4HQAQ&usg=AFQjCNH5xu7CjMDSwycFQ2FV0u23_cCYzg&bvm=bv.55139894,d.eWU
 - VACA, Paola. *Análisis de los patrones de comunicación en la familia de origen de las adolescentes embarazadas entre 13 y 18 años de la sala "A" del*

Hospital Gineco Obstetrico Isidro Ayora [en línea]. Quito, junio 2012. [Fecha de consulta: 6 junio 2013]. **(9)** Disponible en:

http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CCoQFjAA&url=http%3A%2F%2Fdspace.ups.edu.ec%2Fbits_tream%2F123456789%2F3401%2F1%2FQT030180.pdf.pdf&ei

- VITAL, Elyen, et. al. *Modificaciones de conocimientos sobre el embarazo en la adolescencia* [en línea]. MEDISAN. Cuba 2011. ISSN 1029-3019 [Fecha de consulta: 7 junio 2013]. **(14)** Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-0192011000500005&script=sci_arttext.

Citas Bibliográficas de UTA

- SCIELO: ÁLVAREZ DE LA CRUZ, Caridad. *Comunicación y Sexualidad Salud* [en línea]. SCIELO. Cuba 2010. ISSN 1695-6141. [Fecha de consulta: 21 octubre 2013]. **(46)** Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169561412010000200018&script=sci_arttext
- SCIELO: DÍAS, Aliucha, et. al. *Sexualidad y reproducción en adolescentes* [en línea]. Cuba, 2008. ISSN 1561-3062. [Fecha de consulta: 15 junio 2013]. **(29)** Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138600X2008000300006&script=sci_arttext
- SCIELO: GONZÁLES, Electra, MOLINA, Temístocles Y MONTERO Adela. *Comportamientos sexuales y diferencias de género en adolescentes usuarios de un sistema público de salud universitario* [en línea]. Chile, 2010. ISSN 0034-9887. [Fecha de consulta: 20 octubre 2013]. **(31)** Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007001000005
- SCIELO: GRIMBERG, Mabel. *Iniciación sexual, prácticas sexuales y prevención del VIH/SIDA en jóvenes de sectores populares: Un análisis antropológico de género* [en línea]. Argentina, 2010. ISSN 0104-7183. [Fecha de consulta: 19 octubre 2013]. **(39)** Disponible en:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832002000100003

- SCIELO: HERNÁNDEZ, Isabel, et. al. *Edad de la menarquía y su relación con el nivel socioeconómico e índice de masa corporal* [en línea]. Chile, 2007. ISSN 0034-9887. [Fecha de consulta: 21 octubre 2013] (45) Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872007001100009&script=sci_arttext

Anexos

Anexo 1. Embarazo en adolescentes en el Ecuador

Año	Embarazadas (%)	Adolescentes de 15 a 19 años
1994-1995	7,9	594.946
1998-1999	9,8	596.254
2005-2006*	2,4	1.304.927

Fuente: INEC, Encuesta de condiciones de vida / SIISE Años: 1994-1995, 1998-1999, 2005-2006.

*Embarazadas al momento de la encuesta.

Anexo 2. Porcentaje de uso de anticonceptivos*, según nivel de instrucción y edad, 2004.

Características	%Uso de Métodos Anticonceptivos
Nivel de Instrucción	
Ninguno y primario	71,7
Secundario	81,1
Superior	79,2
Edad en Años	
Menores de 20	64,7
20 a 29	80,7
30 a 39	84,3
40 a 49	69,6
TOTAL	78,0

Fuente: ENDEMAIN

Elaboración: CISMIL

*Mujeres casadas y unidas de 15 a 49 años de edad

Anexo 3. Embarazo adolescente en los tres últimos censos de población y vivienda*Provincia

Provincia	1990	2001	2010
Los Ríos	16.54%	20.26%	23.75%
Zamora Chinchipe	14.27%	18.47	22.82
Esmeraldas	15.43%	20.14	22.37
Morona Santiago	14.89	19.60	22.10
Manabí	15.95	18.01	21.61
Cañar	10.87	18.09	21.37
Sucumbíos	17.21	20.01	21.34
Orellana		18.51	21.05
Pastaza	13.95	16.77	20.02
Santo Domingo			19.93
El Oro	15.28	18.97	19.53
Carchi	12.80	15.87	18.70
Santa Elena			18.06
Guayas	14.56	17.11	17.81
Bolívar	10.58	13.11	17.55
Napo	14.00	15.85	17.13
Cotopaxi	10.06	13.29	16.45
Loja	10.66	13.54	16.36
Azuay	10.83	14.10	15.95
Imbabura	12.41	14.57	15.69
Chimborazo	9.82	12.29	15.33
Tungurahua	10.68	13.66	14.66
Pichincha	10.80	15.30	14.24
Galápagos	11.69	15.62	11.43
Promedio	13.01	16.51	18.55

Fuente: Sistema Integrado de Estadísticas (2013)

Elaboración: Grupo FARO.

Anexo 4 Entrevistas a actores sociales de la parroquia

4.1.1. Entrevista semiestructurada dirigida al Dr. Juan Carlos Jára Director del Subcentro de Salud de la Parroquia San Buenaventura

a) Que trabajo ha realizado el Subcentro de salud de San Buenaventura para abordar el tema de sexualidad, anticoncepción y embarazo en adolescentes.

Existe un plan estratégico que parte desde el Ministerio, ENIPLA que es una estrategia para prevenir el embarazo.

Se han venido realizando charlas en sectores como: centros educativos de la parroquia, aglomeraciones en días festivos, en las juntas parroquiales. Tratando de educar a la población y implementado el plan de métodos anticonceptivos rápidos seguros y a disposición de cualquier persona.

También se ha puesto un dispensario de preservativos en el subcentro de San Buenaventura, para al menos tratar de paliar este problema; sin embargo se debería realizar otras estrategias.

b)Cuál es la metodología para abordar las temática de sexualidad

La estrategia "HABLA SERIO...Sexualidad sin misterios", incluye realizar charlas, brindar capacitación a los líderes escolares, colegiales para que puedan transmitir la información, se hace hincapié en la formación de las personas tanto en la parte médica y la parte de valores, claro que no profundizamos en esto por ser un estado laico y debe respetar la creencia religiosa que tenemos cada uno. El enfoque es más científico.

c) Piensa que promocionar la página web sexualidad sin misterios es una estrategia para revenir los embarazos en los adolescentes

Esta es una estrategia global a nivel Nacional, pero se debería realizar algo más focalizado con las propias costumbres y valores. Se podría crear una página web con un propio lenguaje y dialecto.

d) Se ha trabajado multisectorialmente con otras instituciones

Esa es precisamente la propuesta del nuevo modelo de atención en salud que hoy se está implementando. En San Buenaventura se ha conformado el comité parroquial de salud, hay mayor interrelación con el comité de barrios, juntas parroquiales, rectores de las diferentes unidades educativas y el párroco con el fin de intercambiar ideas. Existe colaboración en todo aspecto, además en articulación desde el ministerio para todas las entidades de salud.

e) Cuáles son las principales dificultades que se han presentado al abordar temas de sexualidad, métodos anticonceptivos.

Una de las principales piedras es que algunos jóvenes no quieren hablar de estos temas. Por ejemplo en la historia clínica del adolescente existen ciertas preguntas relacionadas con el tema como por ejemplo: si ha tenido relaciones sexuales, que realmente son temas delicados y se cohiben cuando están las madres presentes y no se expresan con libertad. Los jóvenes temen a represarías por sus padres y las respuestas son ambiguas y no son datos reales.

f) Con que frecuencia acuden adolescentes a la consulta con el fin de realizar planificación familiar. Y que método anticonceptivo es el más solicitado y usado por los adolescentes.

Son muy pocos los adolescentes que acuden a solicitar métodos anticonceptivos. La pastilla del día después pese a ser de libre dispensación son pocos los casos que la han solicitado. Los adolescentes prefieren acercarse al dispensador de preservativos, y discretamente tomar 2, 3 o 4. Queda mucho trabajo, además San Buenaventura es una población muy conservadora, entonces los adolescentes tiene recelo en presentarse en este lugar y solicitar algún método anticonceptivo, tal vez lo hagan en otro lado.

g) Se ha registrado muerte de madres adolescentes en la parroquia

No se ha registrado ninguna muerte materna y peor aún de madres adolescentes al menos durante este año, ya se lleva un plan de alto riesgo obstétrico, la obstetrix tiene los contactos de cada embarazada, se realiza visitas domiciliarias para verificar su estado y más aún si tiene algún factor de riesgo en este caso se realizan visitas con más frecuencia para vigilarlas. Se ha diseñado una estrategia a nivel del ministerio donde madre adolescente pega en su cama el número telefónico de personas conocidas, del 911, los bomberos, para que puedan socorrerla en caso de algún problema.

h) Cuál piensa usted que podría ser una estrategia para evitar el embarazo en los adolescentes de la parroquia.

La estrategia esencial es la educación no solo de los jóvenes sino con los padres para que entiendan que no es malo conversar de estos temas de esta manera los hijos van a tener más confianza con sus padres y evitaremos también que los datos en la consulta sean más confiables sobre estos temas.

Entrevista semiestructurada dirigida al Padre Oscar Tapia párroco de la Parroquia San Buenaventura

a) Cuál es la problemática del embarazo adolescente en la parroquia de san buenaventura.

En realidad en la parroquia ya se constituye un problema. Los fenómenos que se dan en las grandes ciudades fácilmente ahora se contagian a la gente del campo y no existe gran diferencia de lo que sucede en la ciudad y el campo o viceversa. Por la globalización. Esto ha generado una serie de problemas dentro de la familia. Aquí en la parroquia existen algunos casos en adolescentes que se constituyen en un cuadro de mucho dolor para la familia, para la misma sociedad que está viendo deteriorarse la relación familiar. La causa fundamental es la falta de vinculación familiar.

b) Que trabajo ha realizado el con los jóvenes de la parroquia para abordar el tema de sexualidad, anticoncepción y embarazo en adolescentes.

No habido un trabajo direccionado, pero si en los grupos de catequesis y en la homilía de misa siempre se abordan estos temas. Para que la gente sea consciente de la verdad. No es la postura de la iglesia es el sentido común, la iglesia interpreta lo que es el ser humano, lo que es la persona en sí, y lo que es la persona integral. Y si hablamos de sexualidad hablamos de la persona humana no hablamos de un aspecto de la persona, el genital por ejemplo, que tanto se habla en la educación sexual que se imparte en colegios y escuelas que da pena que no es capaz de englobar la realidad del hombre como un ser sexuado.

Se hablado con ciertos grupos de jóvenes, se ha tratado de concientizar, a veces siendo duro con ciertos antivalores por ejemplo: alcoholismo que va unido al sexo. Se da a conocer que el cuerpo de una persona en edad prematura no está en capacidad de generar todas esas proteínas que un cuerpo nuevo necesita para vivir. No habido un trabajo direccionado y sistematizado pero si un trabajo en grupos, en la catequesis para hablar de estos temas de una manera abierta, clara, y con ciertas novedades.

Hay vinculación con los padres de familia.

Se ha trabajado bastante con los padres de familia, en las reuniones generales sobre el papel de los padres en la formación afectiva, porque la parte sexual tiene que ver con la formación que recibe en la casa, el tipo de relación afectiva, sentimental, educación en el amor. Existen familias demasiado violentas y los jóvenes se refugian en el sexo, el alcohol y drogas para huir de ese ambiente familiar.

c) Se ha trabajado multisectorialmente con otras instituciones

Desgraciadamente no habido un acercamiento, hemos perdido el contacto con las escuelas y colegios. Con el subcentro de salud hay

ciertas cositas que se ha coordinado como: avisos, algunas novedades. Hay que unirnos para poder trabajar, eso es fundamental porque lo uno complementa a lo otro y el ser humano es integral.

d) Cuáles son las principales dificultades que se han presentado al abordar temas de sexualidad, métodos anticonceptivos.

Dificultades por los espacios. No tenemos espacios para la formación en este tipo de realidad no existe espacios en los centros educativos y si hay solo lo realizan personas no especializadas en estos temas y no conocen mayor cosa en la profundidad del ser humano, su constitución sociológica, antropológica, espiritual; sino que lo hacen desde un punto de vista únicamente axiológico o solo desde el punto de vista clínico, médico, fisiológico, pero no a nivel más personal y existencial, ya que la sexualidad involucra a la persona humana y eso la gente debe entender, que hablar de sexualidad es hablar de la persona humana integral.

e) Habido alguna dificultad para llegar a los padres de familia con el tema de anticoncepción.

El uso del condón no es protegerse es incentivar a que tengan sexo. Muchos métodos anticonceptivos son abortivos eso incluso lo dice el Papa. Esto se mueve desde lo económico las transnacionales que se alimentan de lo que nosotros consumimos. Nuestra educación no ve a la persona humana en su integridad y si hablamos de sexualidad hablamos únicamente de ciertas cositas y ese es el tabú de los papas. “*No le digas esto, todavía no es tiempo*” todavía hay vergüenza de hablar de ciertas cosas, y eso hay que superarlo.

f) Cuáles son las principales causas que ha podido detectar para que sucedan los embarazos en los adolescentes de la parroquia.

La vida de la familia/ la desintegración de la familia: “*yo les digo a los padres de familia quieren lo mejor para sus hijos*”, entonces quiéranse los dos porque cuando un hogar es desorganizado y las familias viven así,

los hijos quieren salir de ese infierno y buscan otros refugios en el alcohol, la droga, los amigos, el sexo; es como un desahogo.

El mal uso de la tecnología: hoy en día hay todo al alcance en internet, pero existe un mal uso de la tecnología y los padres de familia ni siquiera saben ni prender una computadora peor aún se va a enterar lo que ven sus hijos. No existe un control serio. En las casas debe haber un cuarto exclusivo para hacer tareas con la computadora y terminar las tareas cada uno debe ir a su habitación a descansar. De esta manera controlamos lo que los jóvenes hacen.

La vivencia de la fe Y si vemos a las adolescentes embarazadas el 100% no son felices, están frustradas. Y muchos casos han desembocado en suicidios, aquí en San Buenaventura habido suicidios por esta causa. Entonces Jesús quiere que seamos felices y como somos felices: Primero teniendo a Dios en nuestra vida y segundo valorándonos como personas y haciendo que nos valoren, nuestra dignidad está por encima de todo. Tercero. Dios dice somos templo vivo de Dios. El Papá dice la educación para el amor. Cuando tú amas a una persona lo que menos piensas es destruirla. La humanidad es la que siente, piensa y la que mira la realidad del otro desde el otro, desde sus intereses egoístas, pretensiones, ambiciones, el cristiano es el que mira al otro desde el otro: lo asume y lo valora.

No hay educación cristiana: volver la mirada a Dios, no hay fe en san Buenaventura

Educación integral: hay que hablar de la persona en su integridad en su realidad. En la biblia aparecen 4 términos. Carne, Alma, Cuerpo y espíritu.

g) Cuál piensa usted que podría ser una estrategia para evitar el embarazo en los adolescentes de la parroquia.

Trabajar con las familias, ese es el papel de los agentes de pastoral, unirnos con las personas que están al frente de las instituciones y hablar

un mismo lenguaje. Unir esfuerzos en rescatar a la familia porque los niños lo que ven en casa hacen en la sociedad. Los antivalores se proyectan hacia la sociedad y de allí también se traen antivalores a la familia. Concientizar con las familias que quieran porque algunas se molestan si se las cuestiona.” *Mi herramienta la evangelización y cada uno con su herramienta.* “

4.1.3. Entrevista semiestructurada dirigida a Lic. Jaime Beltrán Rector de Colegio Catorce de Julio

a) Que trabajo ha realizado se ha realizado en la institución para abordar el tema de sexualidad, anticoncepción y embarazo en adolescentes. Se ha incluido a los padres de familia.

La institución cuenta con el Plan integral de protección a los adolescentes el mismo que ha incluido dentro del cronograma de actividades una semana por trimestre destinada exclusivamente a charlas sobre educación sexual, alcoholismo, drogadicción y otros problemas que afectan a la juventud y que ha cumplido satisfactoriamente los objetivos propuestos, además se ha organizado grupos que acompañan permanentemente a los estudiantes durante el recreo, a la hora de salida, en el bar. Sin embargo hubo casos de adolescentes embarazadas, en ese sentido el sistema fallo de algún modo. *“Esperamos el nuevo año lectivo continuar trabajando en este sentido.”*

Sí se ha incluido a los padres de familia en las actividades desarrolladas: dos días se dirigen charlas exclusivas para ellos pero debe cambiar esta metodología y más bien realizar actividades compartidas, en conjunto madre padre, hijo o hija.

b) Quienes han sido las personas encargadas de dirigir estos talleres desarrollados en el plantel.

La coordinación de consejería estudiantil ha realizado charlas permanentemente durante la semana que se destina a esta actividad,

además contamos con la colaboración del personal de ministerio de salud, la DINAPEN, de la jefatura de salud y APROFE.

c) Se ha trabajado multisectorialmente con otras instituciones

Si habido un contacto con el personal de subcentro de salud y también con los directivos de la junta parroquial, porque son los voceros de la comunidad.

d) Cuáles podrían ser las casusas que desencadenen el embarazo en adolescentes

Influencia de las amistades, problemas de carácter familiar, problemas económicos y sentimentales también la falta de control de la información. Los adolescentes no tienen madurez para manejar la información que reciben. No existe responsabilidad; pues si bien los embarazos registrados no han sido producto de actos violentos más bien han sido un compromiso mutuo sin responsabilidad.

e) Se ha detectado casos de embarazos en adolescentes, que se ha hecho con estos casos identificado.

De los 450 estudiantes que pertenecen al plantel, el pasado año lectivo se ha registrado 4 casos de adolescentes embarazadas. Es un porcentaje pequeño todavía pero que si preocupante.

Cuanto se presenta un caso de estos: primero se ha conversado con las estudiantes por parte de consejería estudiantil y los tutores, luego se conversa con los padres de familia y en tercer lugar garantizamos que la chica reciba la atención necesaria en el centro de salud y durante todo el proceso de gestación, se lleva un control de la alimentación en la medida que esté al alcance de la institución. Se habla con los padres de familia para que sean parte de la solución. Se realizan actividades enmarcadas dentro del código de la niñez y adolescencia. Y algo importante es que estas estudiantes no han abandonado sus estudios.

f) Cuál piensa usted que podría ser una estrategia para prevenir el embarazo en las y los adolescentes de la parroquia.

La base de todos los procesos es la educación tanto en las instituciones educativas, de salud, universidades, etc. Integrando un equipo de trabajo conjunto e insistir mucho en estos temas lo que ayudaría a que los jóvenes comprendan de mejor manera el peligro al que están expuestos cuando tienen relaciones sexuales sin control y sin responsabilidad, porque con presión o malos tratos no hay solución.

4.1.4. Entrevista semiestructurada dirigida a Lic. Salomón Viteri Director de la Unidad Educativa “Numa Pompillo Llona”.

a) Cuál es la problemática del embarazo adolescente en la parroquia de san buenaventura.

Le embarazo es un problema a nivel mundial y Ecuador Cotopaxi, Latacunga y la parroquia de San Buenaventura no podía escaparse de esta temática. Esta institución al tener estudiantes hasta el 10 año de educación básica y trabajar con adolescentes de 15 y hasta 16 años tampoco ha escapado a esta problemática el anterior año lectivo se ha registrado una estudiante embarazada.

b) Que trabajo ha realizado la institución para abordar el tema de sexualidad, anticoncepción y embarazo en adolescentes.

Específicamente no se ha realizado un programa pero desde la reforma curricular viene estipulado en los textos de entorno natural y social, conceptos básicos sobre educación sexual y en los años superiores los temas se los aborda en los textos de ciencias naturales.

La institución ha trabajado con el subcentro de salud y el personal médico quienes cada año brindan charlas a los diferentes grados.

Se han formado también la comisión de salud y medio ambiente, la que desde el inicio del año, en su programación planifica una serie de acciones con los estudiantes y padres de familia.

Se realiza una charla anual con los padres de familia no solo con este tema sino con diferentes temas que preocupan a la comunidad; sin embargo a estas charlas únicamente acuden las madres de familia en un 99% y deberían ser con todos los involucrados, los padres, madres e hijos o hijas.

Se ha trabajado multisectorialmente con otras instituciones

Se trabaja pero de forma individual, ocasionalmente se ha trabaja con el subcentro de salud se ha conversado con el párroco y ciertos dirigentes de la parroquia, pero sobre este tema específico no habido ninguna acción conjunta y peor aún con los dirigentes parroquiales. Cada actor social realiza esfuerzos individuales.

c) Cuáles podría ser casusas que desencadenen el embarazo en los adolescentes de San Buenaventura.

Las principales causas son la desintegración familiar ya que un alto porcentaje de estudiantes son hijo so hijas de madres solteras también hay muchos problemas internos en los hogares como el alcoholismo, la migración del jefe de familia, etc. de este modo la educación de los adolescentes queda a responsabilidad de los establecimientos educativos. Por otro lado no hay falta de información al contrario existe demasiada información sobre sexualidad sin embrago no existe un verdadero control o responsabilidad para asimilar tantos conocimientos.

El alcoholismo es otro problema importante que está arraigado en la parroquia y que está provocando el embarazo en adolescentes.

d) Se ha detectado casos de embarazos en adolescentes, que se ha hecho con estos casos identificado.

Se identificó 1 caso de embarazo adolescente. La primera acción fue dar a conocer a los padres de familia conversar con ellos, ha intervenido el párroco y se ha brindado el apoyo para esta adolescente termine sus estudios, pues la ley lo exige y no puede ser de otra manera. Actualmente la chica ha retomado sus estudios en el 10 año.

e) Cuál piensa usted que podría ser una estrategia para evitar el embarazo en los adolescentes de la parroquia.

Profundizar más las reuniones, trabajar individualmente con los chicos y en otro espacio con los padres de familia. Hacer hincapié en la responsabilidad conjunta de padre y madre de acuerdo a la planificación e la comisión y el tiempo ya que actualmente estamos inmersos en una serie de cambios a nivel del sistema educativo y por atender nuevos requerimientos a veces descuidamos otros importantes como es el tema de sexualidad en los adolescentes.

4.1.5. Entrevista semiestructurada dirigida al Ing. Geovany Condor, presidente de la Junta Parroquial San Buenaventura.

a) Cuál es la problemática del embarazo adolescente en la parroquia de san buenaventura.

Le embarazo a edades muy tempranas, realmente es un problema que está afectando al Ecuador y de allí se proyecta hacia los más pequeños rincones y no escapa de esta realidad la parroquia de San Buenaventura.

b) Que trabajo ha realizado la institución para abordar el tema de sexualidad, anticoncepción y embarazo en adolescentes.

La junta parroquial ha conformado el comité parroquial de salud, el mismo que está conformado por miembros de la Junta parroquial, personal de salud. Este organismo se ha creado con el objetivo de intervenir en aspectos de salud para mejorar las condiciones de vida los san

buenaventurenses. Se han venido realizando charlas en los diferentes directorios, con otros temas relacionados a la salud, sin embargo referente a este tema no se han tomado acciones concretas.

Se ha trabajado multisectorialmente con otras instituciones

Existe cierta comunicación con otras instituciones, centro de salud, centros educativos y directivos de otras organizaciones sin embargo no existe un trabajo conjunto, al menos en esta problemática, es necesario trabajar más en estos temas y se espera que el comité parroquial de salud coordine actividades que beneficien la salud de la comunidad.

c) Cuáles piensa usted que son las dificultades que se presentan para abordar el tema de sexualidad y anticoncepción con la comunidad.

Las principales dificultades son la falta de coordinación entre directivos de las diferentes instituciones y organizaciones de la parroquia, tal vez por el poco interés que se le da a estos temas, por la falta de iniciativa y espacios.

Otra gran dificultad es la gente, pues es muy difícil cambiar su forma de pensar, actuar y muchos hasta se molestan si los cuestionamos.

d) Cuáles podría ser casusas que desencadenen el embarazo en los adolescentes de San Buenaventura.

Bueno en mi calidad de dirigente de la parroquia y como padre de familia pienso que las principales causas para que las adolescentes se embaracen son problemas familiares, en ocasiones también pienso que es la excesiva información que reciben los adolescentes y el poco control que tiene la misma. Y a nivel de la comunidad la causa es la falta de conciencia o desinterés frente a este problema.

e) Cuál piensa usted que podría ser una estrategia para evitar el embarazo en los adolescentes de la parroquia.

La principal estrategia es la educación no solo a los adolescentes sino también a los padres de familia y a la comunidad.

Por otro lado es importante también unir y coordinar esfuerzos entre todos los dirigentes de instituciones y/o organizaciones de la parroquia para poder trabajar de forma más integral.

Anexo 5. Registro Embarazos adolescentes periodo Enero- Agosto 2013

#HCL	EG	Dirección	Edad	Riesgo Obst	E. civil	# Emb.	FUM	FPP	# CP
7680	19.5	Laigua centro junto tenis club	18		UL	1	02/12/2012	09/09/2013	5
7508	38.5	Monjas	19		S	1	15/08/2012	22/05/20013	6
3998	23	San silvestre	16		UL	1	07/09/2013	15/06/2013	3
2592	20.5	Santa Bárbara	15	edad	UL	1	20/12/2012	04/10/2013	5
7788	33.3	Laigua centro, desvío al tenis club	16	edad	UL	1	15/10/2012	12/07/2013	3
7580	29.5	Bellavista	17	edad+IVU+anemia	UL	1	21/09/2012	28/06/2013	5
2307	28.6	San silvestre entrada a la divina providencia	17	menor de edad	UL	1	06/11/2012	13/08/2013	5
7787	8.6	San Silvestre	18		UL	2	18/02/2012	25/11/2013	1
2417	25.4	Frente a la gasolinera los sauces	17		C	1	11/11/2012	18/08/2013	3
7891	5.4	San silvestre	19		C	1	05/05/2013	12/04/2013	2
2742	7	La libertad cerca del subcentro de salud nuevo	15	edad	S	1	06/05/2013	13/02/2014	2
7922	14.1	La Libertad	19		UL	1	26/03/2013	04/12/2013	1
7989	32.1	La libertad	19		S	1	22/12/2012	29/09/2013	1
2205	12.4	San silvestre junto a la funeraria Cotopaxi	19		UL	1	12/05/2013	19/03/2014	1

Fuente: Registro Obstétrico-Centro de Salud San Buenaventura

Elaboración: PANCHI, Yesenia

Anexo 6. ENCUESTA 1: ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

Esta encuesta es anónima, es decir no es necesario que anotes tu nombre, agradezco tu valiosa colaboración amig@, te pido que respondas con sinceridad.

Instrucciones: llenar los espacios en blanco con letra clara y marque con una X en el casillero delante de cada opción.

Sección 1: Datos generales

Edad..... Sexo: Masculino:..... Femenino:.....
 Solter@:..... Casad@:..... Unión libre:..... Divorciad@:.....
 Nivel educativo: Primaria:..... Secundaria:..... Superior:.....
 Grado, curso o semestre que está cursando:.....

Sección 2: Sexualidad y anticoncepción

1. ¿Qué entiende por sexualidad?

<input type="checkbox"/>	Relaciones sexuales entre hombre y mujer	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de transmisión sexual
<input type="checkbox"/>	Como se viven los papeles de madre y padre	<input type="checkbox"/>	Relaciones afectivas en la pareja
<input type="checkbox"/>	Relaciones sexuales entre personas del mismo sexo	<input type="checkbox"/>	Desconoce

2. Qué entiende por métodos anticonceptivos´

.....

3. Marque los métodos anticonceptivos que MAS conoce

<input type="checkbox"/>	Preservativos	<input type="checkbox"/>	Implante
<input type="checkbox"/>	Anticonceptivos orales (pastillas)	<input type="checkbox"/>	Inyecciones (messigyna, nofertyl, topacel, ect.)
<input type="checkbox"/>	Métodos naturales (método del ritmo o calendario, terminar afuera, etc.)		
<input type="checkbox"/>	Dispositivo intrauterino o DIU (T de cobre)		
<input type="checkbox"/>	Pastilla de emergencia o del día después (Pregnon, Tace, Glanique, ect.)		

4. Cuando un hombre una mujer utilizan anticonceptivos es porque:

<input type="checkbox"/>	Tiene varias parejas	<input type="checkbox"/>	No desea contagiarse de alguna enfermedad
<input type="checkbox"/>	No desea tener hijos	<input type="checkbox"/>	Es respetuosa de su pareja
<input type="checkbox"/>	Es responsable	<input type="checkbox"/>	No sabe

5. ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?:..... años

6. Cuando tiene relaciones sexuales Usa usted o su pareja algún método anticonceptivo

<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Cuál utiliza más:			

7. ¿Con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales:.....?

8. ¿De dónde obtienes MAYOR información sobre métodos anticonceptivos?

<input type="checkbox"/>	Familia	<input type="checkbox"/>	Centro educativo	<input type="checkbox"/>	Amigos
<input type="checkbox"/>	Revistas	<input type="checkbox"/>	Internet	<input type="checkbox"/>	Televisión y radio
<input type="checkbox"/>	Otros: Cual				

9. En casa hablan contigo sobre métodos anticonceptivos

<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	Padre	<input type="checkbox"/>	Hermanos
<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Madre	<input type="checkbox"/>	Otros, Quién

10. Ha visitado la página web www.sexualidadsinmisterios.com

Sí:..... No:.....

Te gustaría recibir información sobre temas de sexualidad y métodos anticonceptivos a través de tu cuenta de facebook

Sí:..... No:.....

Sección 3: Escala de Actitudes. Marque con una (X)

Nº	Proposición	Sí	No	Tal vez
1	Usar métodos anticonceptivos da seguridad en las relaciones sexuales			
2	Cuando usa condones estas TOTALMENTE seguro de no tener hijos			
3	Usarías algún método anticonceptivo			
4	Es fácil conseguir condones			
5	Sabes utilizar CORRECTAMENTE un condón			
6	Todos los métodos anticonceptivos te protegen de enfermedades de transmisión sexual			

Anexo 7. ENCUESTA 2: EMBARAZADAS Y MADRES ADOLESCENTES

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

Esta encuesta es anónima, es decir no es necesario que anotes tu nombre, agradezco tu valiosa colaboración amig@, te pido que respondas con sinceridad.

Instrucciones: llenar los espacios en blanco con letra clara y marque con una X en el casillero delante de cada opción.

Sección 1: Datos generales

Edad..... Femenino:.....
 Soltera:..... Casada:..... Unión libre:..... Divorciada:.....
 Nivel educativo: Primaria:..... Secundaria:..... Superior:.....
 Grado, curso o semestre que está cursando:.....

1. Qué entiende por métodos anticonceptivos

.....

2. Marque los métodos anticonceptivos que más conoce

<input type="checkbox"/>	Preservativos	<input type="checkbox"/>	Implante
<input type="checkbox"/>	Anticonceptivos orales (pastillas)	<input type="checkbox"/>	Inyecciones (messigyna, nofertyl, topacel, ect.)
<input type="checkbox"/>	Métodos naturales (método del ritmo o calendario, terminar afuera, etc.)		
<input type="checkbox"/>	Dispositivo intrauterino o DIU (T de cobre)		
<input type="checkbox"/>	Pastilla de emergencia o del día después (Pregnon, Tace, Glanique, ect.)		

3. ¿De dónde obtienes MAYOR información sobre métodos anticonceptivos?

<input type="checkbox"/>	Familia	<input type="checkbox"/>	Centro educativo	<input type="checkbox"/>	Amigos
<input type="checkbox"/>	Revistas	<input type="checkbox"/>	Internet	<input type="checkbox"/>	Televisión y radio
<input type="checkbox"/>	Otros: Cual				

4. En tu casa hablaban contigo de métodos anticonceptivos antes de su embarazo

Sí:.....No:.....

Si la respuesta es

<input type="checkbox"/>	Padre	<input type="checkbox"/>	Hermanos
<input type="checkbox"/>	Madre	<input type="checkbox"/>	Otros, Quién

 Sí

5. A qué edad tuviste tu primera relación sexual:.....años. en ese momento te cuidaste para no embarazarte Sí:..... No:..... Con qué:.....

6. Porque decidiste tener relaciones sexuales por primera vez

<input type="checkbox"/>	Curiosidad	<input type="checkbox"/>	Estabas muy enamorada
<input type="checkbox"/>	Temor a perder a tu pareja	<input type="checkbox"/>	Tu novio te obligo a tener relaciones
<input type="checkbox"/>	Te obligaron a tener relaciones sexuales	<input type="checkbox"/>	Otra causa:.....

7. Cuando te quedaste embarazada

	Tu primera relación sexual		Ya habías tenido relaciones sexuales antes
--	----------------------------	--	--

8. A qué edad te quedaste embarazada:.....años. En qué curso estaba:..... TERMINÓ de estudiar Sí:..... No:..... Recibiste apoyo de tus padres para continuar con sus estudios: Sí:..... No:..... Después de su primer embarazo se cuidó para no volver a quedarse embarazada. Sí:..... No:..... Piensa que fue IRRESPONSABLE por tener relaciones sexuales y no usar anticonceptivos. Sí:..... No:.....

9. Cuál piensa que fue la causa de tu embarazo.

	Falta de comunicación		Falta de información		No usar anticonceptivos
	Enamoramiento		Problemas familiares		Temor a perder tu pareja
	Tener relaciones sexuales muy jóvenes				Otra:

10. Escala de actitudes

Nº	Proposición	Sí	No	Tal vez
2	Tu embarazo no le dejó cumplir sus sueños			
3	Hubieses preferido que no nazca su hijo e hija			
4	Hubiese preferido cuidarse con algún anticonceptivo antes de embarazarse			
5	Si abortabas crees que Dios le hubiese castigado			
6	El padre de su hijo o hija se hizo responsable			

11. Su primer hijo o hija nació por: Parto normal:..... Cesárea:.....
Aborto:.....

12. A cuántos controles prenatales asistió en su primer embarazo:.....

13. Durante su primer embarazo presentó alguna de las siguientes complicaciones:

	Infección de vías urinarias
	Amenaza de aborto (antes del quinto mes de gestación)
	Amenaza de parto pre término (después del quinto mes de gestación)
	Preclampsia (presión alta en el embarazo)
	Eclampsia (presión alta + convulsiones)
	Otras:.....

Glosario

- ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio
- OPS: Organización Panamericana de la Salud
- MNPF: Métodos Naturales de Planificación Familiar
- SSR: Salud sexual y reproductiva
- TB: Temperatura Basal
- ETS: enfermedades de Transmisión sexual
- ACO: anticonceptivos combinados
- DMPA: Depomedroxiprogesterona
- SOP: Síndrome de ovario poliquístico.
- VIH: Virus de inmunodeficiencia Humana
- ITU: Infección del tracto urinario
- DIU: Dispositivo intrauterino
- DCP: Distocia céfalo-pélvica
- APP: Amenaza de parto pre término
- HIE: Hipertensión inducida por el embarazo
- MAC: Métodos anticonceptivos
- UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (United Nations Children's Fund)
- OMS: Organización Mundial de la salud
- TB: temperatura basal
- IP: Índice de Pearl
- LNG: Levonorgestrel
- ENIPLA: Estrategia Nacional de Planificación Familiar y Prevención de Embarazos en Adolescentes.
- DINAPEN: Dirección de Policía Especializada para niños, niñas y adolescentes.
- APROFE: Asociación Pro Bienestar de la Familia Ecuatoriana.