



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

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“EVALUACIÓN DE LA INFLUENCIA DE LA REGULARIZACIÓN DEL ACCESO Y DISPONIBILIDAD DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LAS PERCEPCIONES Y ACTITUDES DE ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA BOLÍVAR”**

Requisito previo para optar por el Título de Médico

**Autora:** Cevallos Teneda, Andrea Carolina

**Tutor:** Dr. Neto Mullo, Becker Santiago

Ambato-Ecuador

Mayo, 2014

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

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

**“EVALUACIÓN DE LA INFLUENCIA DE LA REGULARIZACIÓN DEL ACCESO Y DISPONIBILIDAD DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LAS PERCEPCIONES Y ACTITUDES DE ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA BOLÍVAR”** de Andrea Carolina Cevallos Teneda 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, Marzo del 2014

EL TUTOR

.....  
Dr. Becker Neto

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación “**EVALUACIÓN DE LA INFLUENCIA DE LA REGULARIZACIÓN DEL ACCESO Y DISPONIBILIDAD DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LAS PERCEPCIONES Y ACTITUDES DE ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA BOLÍVAR**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de éste trabajo de grado.

Ambato, Marzo del 2014

LA AUTORA

.....  
Andrea Carolina Cevallos Teneda

## **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, Marzo del 2014

LA AUTORA

.....  
Andrea Carolina Cevallos Teneda

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el informe de Investigación, sobre el tema **“EVALUACIÓN DE LA INFLUENCIA DE LA REGULARIZACIÓN DEL ACCESO Y DISPONIBILIDAD DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LAS PERCEPCIONES Y ACTITUDES DE ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA BOLÍVAR”**, de Andrea Carolina Cevallos Teneda, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Mayo del 2014

Para constancia firman

.....  
PRESIDENTE/A

.....  
1er VOCAL

.....  
2do VOCAL

## **DEDICATORIA**

A Jesús, mi mejor amigo, mi confidente, mi luz, y mi esperanza. Todo lo mejor de mí,  
ofrendado a Él.

Andrea Cevallos

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, mis padres, hermana, y familia. Y a todas a aquellas personas que de alguna manera contribuyeron a la realización de este trabajo que forma parte de un pequeño peldaño más de mi proyecto de vida.

Andrea Cevallos

## ÍNDICE GENERAL

|  |     |
|--|-----|
| Portada .....                          | I   |
| Aprobación del Tutor .....             | II  |
| Autoría del Trabajo de Grado.....      | III |
| Derechos de Autor.....                 | IV  |
| Aprobación del Jurado Examinador ..... | V   |
| Dedicatoria.....                       | VI  |
| Agradecimiento .....                   | VII |
| Resumen.....                           | XII |
| Summary .....                          | XIV |

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

|   |    |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN .....                                  | 1  |
| CAPÍTULO I.....                                     | 2  |
| EL PROBLEMA .....                                   | 2  |
| 1.1    Tema.....                                    | 2  |
| 1.2    Planteamiento del Problema .....             | 2  |
| 1.2.1.    Contextualización Histórico- Social ..... | 2  |
| 1.2.2.    Análisis Crítico.....                     | 9  |
| 1.2.3.    Prognosis .....                           | 10 |
| 1.2.4.    Formulación del Problema.....             | 11 |
| 1.2.5.    Preguntas Directrices .....               | 11 |
| 1.2.6.    Delimitación del Problema .....           | 11 |
| 1.3    Justificación .....                          | 11 |
| 1.4    Objetivos.....                               | 13 |
| 1.4.1.    Objetivo general: .....                   | 13 |
| 1.4.2.    Objetivos específicos: .....              | 13 |
| CAPÍTULO II .....                                   | 14 |
| MARCO TEÓRICO.....                                  | 14 |
| 2.1.    Antecedentes Investigativos .....           | 14 |
| 2.2.    Fundamentación Filosófica .....             | 17 |
| 2.3.    Fundamentación Legal .....                  | 17 |
| 2.4.    Categorías Fundamentales.....               | 31 |
| 2.5.    Hipótesis.....                              | 65 |
| 2.6.    Señalamiento de las variables.....          | 65 |
| CAPÍTULO III.....                                   | 66 |
| METODOLOGÍA .....                                   | 66 |
| 3.1.    Modalidad Básica de la Investigación .....  | 66 |
| 3.2.    Nivel o Tipo de Investigación .....         | 66 |
| 3.3.    Población y Muestra .....                   | 66 |



|   |   |     |
|---|---|-----|
| 3.4.  | Operacionalización de las Variables.....          | 70  |
| 3.5.  | Plan de Recolección de Información .....          | 73  |
| 3.6.  | Plan de Procesamiento de la Información .....     | 74  |
| CAPÍTULO IV.....                              |   | 75  |
| ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS ..... |   | 75  |
| 4.1.  | Características Demográficas de la población..... | 75  |
| 4.2.  | Medición de Actitudes (Escala de Likert) .....    | 78  |
| 4.3.  | Medición de Percepciones y Actitudes.....         | 92  |
| 4.4.  | Verificación de la Hipótesis .....                | 102 |
| CAPÍTULO V .....                              |   | 106 |
| CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....          |   | 106 |
| CAPÍTULO VI.....                              |   | 108 |
| PROPUESTA.....                                |   | 108 |
| 6.1.  | Datos Informativos .....                          | 108 |
| 6.2.  | Antecedentes de la Propuesta .....                | 108 |
| 6.3.  | Justificación.....                                | 109 |
| 6.4.  | Objetivos .....                                   | 110 |
| 6.5.  | Análisis de Factibilidad .....                    | 110 |
| 6.6.  | Fundamentación .....                              | 114 |
| 6.7.  | Metodología – Modelo Operativo .....              | 120 |
| 6.8.  | Administración .....                              | 122 |
| 6.9.  | Previsión de la Evaluación .....                  | 123 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....              |   | 124 |
| ANEXOS .....                                  |   | 132 |

## ÍNDICE DE TABLAS

|  |    |
|--|----|
| Tabla 1. Edad .....  | 75 |
| Tabla 2. Sexo .....  | 76 |
| Tabla 3. Etnia .....   | 77 |
| Tabla 4. Nivel de Educación .....  | 77 |
| Tabla 5. Importancia de hablar sobre sexualidad .....  | 78 |
| Tabla 6. Discusión de temas de anticoncepción en el hogar.....   | 79 |
| Tabla 7. Discusión temas de anticoncepción en el colegio.....  | 81 |
| Tabla 8. Criterio sobre el conocimiento del uso adecuado de métodos anticonceptivos.....   | 82 |
| Tabla 9. Criterio sobre el rol de los servicios de salud en información y asesoría sobre temas de sexualidad y anticoncepción..... | 83 |
| Tabla 10. Criterio sobre la asistencia a un establecimiento de salud para la obtención de métodos anticonceptivos.....             | 85 |

|   |     |
|---|-----|
| Tabla 11. Necesidad de la autorización del padre o madre del adolescente para obtener algún método anticonceptivo.....                              | 86  |
| Tabla 12. Necesidad de la autorización de la pareja para elegir y acceder por algún método anticonceptivo .....                                     | 88  |
| Tabla 13. Entrega del AOE sin restricción en los establecimientos de salud.....   | 89  |
| Tabla 14. Utilización del AOE en caso de requerirlo.....  | 90  |
| Tabla 15. Criterio sobre el uso de algún método anticonceptivo al tener relaciones sexuales.....  | 92  |
| Tabla 16. Antes existía acceso limitado de anticonceptivos para los adolescentes en los establecimientos de salud. Considerabas esto correcto?..... | 93  |
| Tabla 17. Percepción sobre la mujer y su relación en la toma de medidas anticonceptivas.....  | 94  |
| Tabla 18. Prejuicio social como limitación para el acceso a métodos anticonceptivos.....  | 95  |
| Tabla 19. Principios religiosos como limitación para el acceso a métodos anticonceptivos.....   | 96  |
| Tabla 20. Creencia sobre el uso de métodos anticonceptivos y la interferencia con la actividad sexual?.....   | 97  |
| Tabla 21. ¿Consideras correcto que ahora los adolescentes tengan acceso libre a anticonceptivos en los establecimientos de salud? .....             | 98  |
| Tabla 22. ¿Antes de la regularización del acceso libre a anticonceptivos acudías a los establecimientos de salud por ellos?.....                    | 99  |
| Tabla 23. ¿Ahora con la nueva regularización del acceso libre a anticonceptivos acudes a los establecimientos de salud por éstos? .....             | 100 |
| Tabla 24. Resultados de la Medición de Actitudes (Escala de Likert).....  | 101 |
| Tabla 25. Tabla de Contingencia-Variable Percepciones.....  | 103 |
| Tabla 26. Prueba Chi Cuadrado- Percepciones.....  | 103 |
| Tabla 27. Tabla de Contingencia- Variable Actitudes .....   | 104 |
| Tabla 28. Prueba Chi Cuadrado- Actitudes.....   | 105 |
| Tabla 29. Presupuesto-Propuesta.....  | 113 |
| Tabla 30. Metodología de Intervención y/o Implementación de la Propuesta.....   | 120 |
| Tabla 31. Cronograma-Propuesta .....  | 122 |

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

|  |    |
|--|----|
| Gráfico 1. Ejes del ENIPLA .....                                 | 38 |
| Gráfico 2. Edad .....  | 75 |
| Gráfico 3. Sexo .....  | 76 |
| Gráfico 4. Etnia .....   | 77 |
| Gráfico 5. Nivel de Educación .....                              | 78 |
| Gráfico 6. Importancia de hablar sobre sexualidad.....           | 79 |
| Gráfico 7. Discusión de temas de anticoncepción en el hogar..... | 80 |

|   |     |
|---|-----|
| Gráfico 8. Discusión de temas de anticoncepción en el colegio.....  | 81  |
| Gráfico 9. Criterio sobre el conocimiento del uso adecuado de métodos anticonceptivos.....  | 83  |
| Gráfico 10. Criterio sobre el rol de los servicios de salud en información y asesoría sobre temas sexualidad y anticoncepción .....                   | 84  |
| Gráfico 11. Criterio sobre la asistencia a un establecimiento de salud para la obtención de métodos anticonceptivos .....                             | 85  |
| Gráfico 12. Necesidad de la autorización del padre o madre del adolescente para obtener algún método anticonceptivo.....                              | 87  |
| Gráfico 13. Necesidad de la autorización de la pareja para elegir y acceder por algún método anticonceptivo .....                                     | 88  |
| Gráfico 14. Entrega del AOE sin restricción en los establecimientos de salud.....   | 90  |
| Gráfico 15. Utilización del AOE en caso de requerirlo.....  | 91  |
| Gráfico 16. Criterio sobre el uso de algún método anticonceptivo al tener relaciones sexuales.....  | 92  |
| Gráfico 17. Antes existía acceso limitado de anticonceptivos para los adolescentes en los establecimientos de salud. Considerabas esto correcto?..... | 93  |
| Gráfico 18. Prejuicio sobre la mujer y su relación en la toma de medidas anticonceptivas.....   | 94  |
| Gráfico 19. Prejuicio social como limitación para el acceso a métodos anticonceptivos.....  | 95  |
| Gráfico 20. Principios religiosos como limitación para el acceso a métodos anticonceptivos .....  | 96  |
| Gráfico 21. Creencia sobre el uso de métodos anticonceptivos y la interferencia con la actividad sexual?.....   | 97  |
| Gráfico 22. ¿Consideras correcto que ahora los adolescentes tengan acceso libre a anticonceptivos en los establecimientos de salud? .....             | 98  |
| Gráfico 23. ¿Antes de la regularización del acceso libre a anticonceptivos acudías a los establecimientos de salud por ellos?.....                    | 100 |
| Gráfico 24. ¿Ahora con la nueva regularización del acceso libre a anticonceptivos acudes a los establecimientos de salud por éstos? .....             | 101 |
| Gráfico 25. Resultados de la Medición de Actitudes (Escala de Likert).....  | 102 |
| Gráfico 26. Diseño Organizacional de la Propuesta.....  | 122 |

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

**EVALUACIÓN DE LA INFLUENCIA DE LA “REGULARIZACIÓN DEL ACCESO Y DISPONIBILIDAD DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS” EN LAS PERCEPCIONES Y ACTITUDES DE ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA BOLÍVAR**

**Autora:** Cevallos Teneda, Andrea Carolina

**Tutor:** Dr. Neto Mullo, Becker Santiago

**Fecha:** Marzo del 2014

**RESUMEN**

A partir del mes de marzo del año 2013, entra en vigencia en nuestro país, un nuevo reglamento que regula el acceso a anticonceptivos en el sistema nacional de salud, el mismo que hace hincapié en que todo ciudadano, sin ningún tipo de discriminación (minoría de edad, etnia, religión, condición socio-económica, etc.), ni con la autorización de terceras personas (padres y/o pareja) tiene derecho a acudir a los servicios de salud sexual y reproductiva, tanto para recibir asesoría en temas de sexualidad, como para la entrega gratuita del método anticonceptivo que requiera.

El objetivo principal de este trabajo, fue evaluar la influencia de la “Regularización del Acceso y Disponibilidad de Métodos Anticonceptivos” en las percepciones y actitudes de adolescentes de la Unidad Educativa Bolívar. Y además se indagó en las percepciones y actitudes de los adolescentes hacia algunos temas de sexualidad y uso de anticonceptivos.

Se realizó un estudio de corte transversal, tipo descriptivo, en el que participaron 360 estudiantes de la Unidad Educativa Bolívar escogidos al azar y se aplicó una encuesta conformada por 19 preguntas que incluyeron ítems del test tipo Escala de Likert, y un Test tipo Dicotómico. Para determinar la existencia o no de independencia se aplicó el estadígrafo Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) y todos los valores de  $p < 0.05$  fueron considerados como significativos.

Se comprobó que la nueva la “Regularización del Acceso y Disponibilidad de Métodos Anticonceptivos”, influyó en las actitudes de los adolescentes estudiados (p:000), pero no así en sus percepciones (p:118). Ya que en lo que respecta a percepciones, antes y después de la nueva reforma ellos pensaban que era incorrecta la limitación de anticonceptivos para el grupo adolescente en los establecimientos de salud, pero en cuanto a actitudes hubo un incremento en el número de jóvenes que acuden hoy en día a los establecimientos de salud por métodos anticonceptivos.

Con el presente trabajo también se observó que el 84.45% de los investigados estuvieron de acuerdo en recibir información sobre temas de sexualidad, tanto en sus hogares 64.72%, como en su colegio 81.95%; y un 85% de los estudiantes manifestó que los adolescentes deberían conocer el uso adecuado de métodos anticonceptivos. También los alumnos se mostraron abiertos a la idea de que los establecimientos de salud, son lugares en donde se debe acudir en caso de necesitar algún tipo de asesoría en temas de sexualidad (56.67%), como también para la obtención de métodos anticonceptivos (52.73%).

**PALABRAS CLAVES:**

ANTICONCEPCIÓN, ADOLESCENTES, SEXUALIDAD

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO  
FACULTY OF HEALTH SCIENCES  
MEDICAL CAREER

**EVALUATION OF THE INFLUENCE OF "ADJUSTMENT OF ACCESS  
AND AVAILABILITY OF CONTRACEPTION" IN THE PERCEPTIONS  
AND ATTITUDES OF ADOLESCENT "UNIDAD EDUCATIVA  
BOLÍVAR"**

**Author:** Cevallos Teneda, Andrea Carolina

**Tutor:** Dr. Neto Mullo, Becker Santiago

**Date:** March 2014

**SUMMARY**

Since March 2013, comes into force in our country, a new regulation governing access to contraceptives in the national health system, the same stresses that all citizens, without any discrimination (minority age, ethnicity, religion, socio- economic condition, etc.), or with the permission of third parties (parents and/ or partner) is entitled to apply to the sexual and reproductive health, both for advice on issues sexuality, and for free delivery of the contraceptive method that requires.

The main objective of this work was to evaluate the influence of "Regularization Access and Availability of Contraceptive Methods" in the perceptions and attitudes of adolescents "Unidad Educativa Bolivar". And it was investigated the perceptions and attitudes of adolescents towards some issues of sexuality and contraceptive use.

A cross sectional , descriptive, in which 360 students from "Unidad Educativa Bolívar" participated randomly chosen and performed a survey with 19 questions that test items included Likert Scale type, and type Dichotomous Test was applied. To determine the existence of independence chi-square statistic ( $\chi^2$ ) and all values of  $p < 0.05$  were considered significant was applied.

It was found that the new "Regularization Access and Availability of Contraceptive Methods", influenced the attitudes of adolescents studied (p: 000), but not in their perceptions (p : 118). Because when it comes to perceptions before and after the new reform they thought was wrong limiting contraceptives to teen group health facilities, but in attitudes there was an increase in the number of young people attending today the health facilities contraception.

In this paper we also observed that 84.45% of the investigated it agreed to receive information about sexuality, both at home 64.72 % , as in his college 81.95 % and 85 % of students said that adolescents should learn the proper use of contraceptives. Also students were open to the idea that health facilities are places where you should go if they need some guidance on issues of sexuality (56.67 %), as well as for obtaining contraception (52.73 %).

**KEYWORDS:**

ANTICONCEPTION, TEEN, SEXUALITY

## INTRODUCCIÓN

Uno de los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes, es el “Derecho a los servicios de salud sexual y a la salud reproductiva”, y como parte del cumplimiento del mismo tenemos al Reglamento que regula el acceso a anticonceptivos en nuestro país. La esencia básica de este reglamento, radica en que cualquier persona, y sin ningún tipo de discriminación, tiene derecho a los servicios de los establecimientos públicos del Sistema Nacional de Salud, tanto para asesoría, como para la entrega del anticonceptivo que lo requiera. Hace hincapié además en que la entrega de cualquier tipo de anticonceptivo, se lo realizará directamente al usuario, sin la necesidad de una tercera persona que lo autorice, sean éstos los padres y/o pareja.

Muchos criterios se han formado a partir de la vigencia del mismo, y diferentes grupos sociales han dado sus opiniones respecto al tema. Así tenemos que sectores como la Iglesia Católica aún cuestionan si esta es una solución adecuada al tema de embarazo adolescente, manifiestan en su mayoría que es la educación en el hogar y la enseñanza de valores lo que debe ser primordial. Otros sectores, en cambio, como el grupo médico y los activistas en pro de los derechos humanos, aplauden esta acción tomada por el gobierno ecuatoriano, enfatizando que la realidad actual en temas de embarazo y sexualidad adolescente requiera de medidas como éstas, que permitan a los jóvenes ser protagonistas de sus decisiones reproductivas y disminuir de una vez la gran cantidad de embarazos no planificados que existen en el Ecuador.

Una mirada, a la perspectiva de los adolescentes, se hace pues indispensable; ya que el conocer el modo de actuar y pensar de los jóvenes con respecto a estas nuevas regulaciones, nos dará una idea de la influencia que éstas están teniendo, y los cambios o nuevos pasos que se darían en un futuro, en pro de los derechos y bienestar de los jóvenes. Con el presente trabajo, y a través de la población adolescente de nuestra localidad, se pretende saber si esta nueva regularización tiene influencia en las percepciones y actitudes de los adolescentes, a fin de conocer si normativas como ésta, están teniendo el impacto esperado, especialmente en nuestros jóvenes, que constituyen un grupo poblacional vulnerable en temas de sexualidad.



# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA**

### **1.1 Tema**

“Evaluación de la Influencia de la Regularización del Acceso y Disponibilidad de Métodos Anticonceptivos en las percepciones y actitudes de adolescentes de la Unidad Educativa Bolívar”

### **1.2 Planteamiento del Problema**

#### **1.2.1. Contextualización Histórico- Social**

##### **MACRO**

La inclusión del acceso universal a la salud reproductiva como una nueva meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) reafirma la importancia de este tema en la promoción del desarrollo sostenible y la erradicación de la pobreza a nivel mundial. (Morlachetti, 2010)

Los indicadores incorporados para medir esta meta incluyen: la tasa de fecundidad adolescente, la tasa de uso de anticonceptivos, la necesidad insatisfecha de anticoncepción y el acceso a la atención prenatal, los mismos que fueron identificados por el Grupo Inter-Agencial de Expertos en indicadores ODM. (Flores, 2008)

Así también, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) llevada a cabo en El Cairo en septiembre de 1994, postuló el acceso a los servicios de salud reproductiva y la planificación familiar como un derecho humano básico. En efecto, entre las acciones incluidas en el Programa de Acción de esta Conferencia (PA-CIPD) se estableció que: “todos los países deben esforzarse por que la salud reproductiva esté al alcance de todas las personas de edad apropiada lo antes posible y a más tardar para el año 2015”. (CEPAL, 2011)

Es así, que en la actualidad se ha apreciado una mejora cualitativa de las políticas, programas y normas sobre salud sexual y reproductiva, atribuible a la actual concepción de los derechos humanos, a la equidad social y de género y al empoderamiento de las mujeres y los adolescentes. En Filipinas por ejemplo, luego de 15 años, se logró la aprobación de una ley sobre planificación familiar. Allí la situación es crítica, reconoció Enrique Ona, secretario de Salud de ese país, pues la mayoría de las mujeres en edad reproductiva vive en los hogares más pobres y 61 % no tiene acceso a anticonceptivos modernos. (Martínez, 2013)

En Mozambique, mediante el programa Geração Biz (Generación ocupada), los ministerios de salud, educación y jóvenes y deportes proporcionan de forma conjunta servicios de salud sexual y reproductiva adaptados para jóvenes, campañas de información basadas en la escuela, sobre la anticoncepción y la prevención del VIH, e información basada en la comunidad para llegar a jóvenes que no asisten a la escuela.

En la India, el programa Development Initiative Supporting Healthy Adolescents (DISHA, Iniciativa de desarrollo para apoyar a adolescentes sanos) combina el asesoramiento a nivel de la comunidad y el diálogo en la comunidad con el aumento de servicios de salud y la educación sexual integral, la educación y provisión de anticonceptivos y la capacitación práctica para la vida.

La evaluación de este programa mostró que la edad para contraer matrimonio entre los participantes se elevó de 15,9 a 17,9; y los jóvenes casados expuestos al DISHA tenían una probabilidad un 60 % mayor de informar el uso actual de un anticonceptivo moderno en comparación con jóvenes similares no expuestos al programa.

Del mismo modo, cambiaron las actitudes hacia el matrimonio infantil. Al inicio del programa, el 66 % de los niños y el 60 % de las niñas creían que la edad ideal de las niñas para contraer matrimonio era 18 o más. Después del programa, las cifras comparables eran el 94 % de los niños y el 87% de las niñas. (UNFPA, 2013)

En el continente europeo, la situación parece tener una cara diferente en cuanto a legislaciones establecidas para el acceso a servicios de salud sexual y anticoncepción en comparación con los países en vías de desarrollo de Asia y África.

Es así que en muchos países del norte de Europa, el refuerzo de los servicios de planificación familiar y el acceso a anticonceptivos a un bajo coste o gratuitamente ayudan a explicar las tasas muy bajas de aborto bajo unas leyes liberales. (Olivo, 2014). Un claro ejemplo de esto es el país de Holanda, en donde se registra un elevado uso de métodos anticonceptivos, y aunque tiene la ley más permisiva de prácticas abortivas, su cifra de tasa de abortos es de las más bajas del mundo. (Espino, 2009)

En España, la nueva Ley Orgánica de salud sexual y reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), aprobada definitivamente en el Senado español el 24 de Febrero del 2010 y publicada el 4 de Marzo, menciona en el Título I el desarrollo de las políticas a implementar por los poderes públicos para promoción de la salud sexual y reproductiva, incluyendo el necesario acceso universal a la información, a los métodos anticonceptivos y a la educación sexual. (Sociedad Española de Contracepción, 2010)

En Reino Unido, el Ministerio de Salud sostiene que los jóvenes menores de 16 años pueden acceder legalmente a anticonceptivos y servicios de salud sexual, y cualquier consejo que se les dé será confidencial. Sin embargo, los profesionales de salud deben siempre alentar al joven a hablar con sus padres sobre su salud sexual. (Calderón, 2012)

## **MESO**

En Latinoamérica, algunas políticas, programas y normas vigentes relacionadas con el acceso a los anticonceptivos son:

En Nicaragua, se está incrementando el acceso de adolescentes y jóvenes desfavorecidos a servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos anticonceptivos, a través de su Sistema de Bonos Competitivos. Organizaciones no gubernamentales locales distribuyen bonos para servicios gratuitos a adolescentes y jóvenes en los mercados de Managua, afuera de las escuelas públicas, en las calles y en las clínicas.

Los trabajadores de relaciones con la comunidad también distribuyen los bonos por los hogares. Cada bono es válido por tres meses y se puede transferir a otro adolescente que tenga una mayor necesidad. Se puede utilizar para cubrir una consulta y una visita de seguimiento para: asesoramiento, planificación de la familia, prueba de embarazo,

atención prenatal, tratamiento de infecciones de transmisión sexual o cualquier combinación de los servicios.

El programa también capacita a personal clínico en el asesoramiento para adolescentes, en asuntos de sexualidad y en la identificación y el abordaje del abuso sexual.

Los hallazgos preliminares de una evaluación mostraron que los bonos se asociaban con un mayor uso de la atención de la salud sexual y reproductiva, un mayor conocimiento de los anticonceptivos y de las infecciones de transmisión sexual, y así como un aumento en el uso de preservativos.

En Jamaica, la planificación de la familia es un elemento integral del programa de asesoramiento ofrecido en cada sede del Centro de la Mujer, y el UNFPA (United Nations Population Fund) se ha asociado con la organización por años, para ayudar a reducir el riesgo de segundos embarazos no deseados en las madres que asesoran.

Con el conocimiento y el consentimiento de sus padres, se les proporciona a las madres jóvenes información sobre salud sexual y reproductiva y se les ofrece el método anticonceptivo que prefieran, lo que las ayuda a retrasar un segundo embarazo y les permite terminar su educación. Con el apoyo del UNFPA, el Centro de la Mujer ha distribuido más de 10.000 preservativos masculinos y 6.000 preservativos femeninos entre 2008 y 2011 únicamente. (UNFPA, 2013)

En Bolivia entre junio y agosto de 2000, la Unidad Nacional de Atención a las Personas (UNAP) del ministerio de salud, con la ayuda del ministerio Británico para el desarrollo internacional, desarrolló un plan operativo de cinco años para la provisión de anticonceptivos en el sector público, cuyos componentes son la adquisición de anticonceptivos y el aseguramiento de la calidad de la demanda para los métodos anticonceptivos. (Cordero, 2006) Además se creó un consorcio sobre la anticoncepción postcoital y el Ministerio de Salud integró los anticonceptivos de emergencia a las prestaciones del seguro universal materno infantil (SUMI), lo que implica que deben entregarse gratuitamente a las personas que los soliciten. (Martin, 2004) (Shoupe, 2009)

En Chile, las actividades de planificación familiar tienen cobertura nacional. Los anticonceptivos hormonales, se entregan sin ninguna restricción a la población

beneficiaria que se registra en la atención primaria. Se estima que 53,8% de las mujeres inscritas en el seguro público usan anticonceptivos y se considera que el mayor problema de acceso está en la población de mujeres adolescentes. (Morlchetti, 2010)

En Colombia, los anticonceptivos no forman parte del listado de medicamentos esenciales. Es posible que los recursos del sistema del Plan de Atención Básica (PAB) de la esfera de la salud pública se orienten, entre otros, a programas de salud sexual y reproductiva, pero no es clara la ejecución y la cobertura de estos recursos en asuntos relacionados con la equidad de género, entendida como el acceso a métodos de anticoncepción.

En el Perú, existe una normatividad jurídica que permite a las mujeres tomar la decisión anticonceptiva sin autorización de su pareja. Después de muchos años que el ministerio de salud estuvo recibiendo donaciones de anticonceptivos, el gobierno empezó, en 1999, a comprar anticonceptivos con fondos fiscales; en el 2004, volvieron a incorporarse en las Guías de atención de salud sexual y reproductiva los anticonceptivos de emergencia y el Ministerio anunció que se distribuirían de manera gratuita en los centros de salud de todo el país, (Rev Panam Salud Publica, 2004) y finalmente en el año 2005 casi todas las compras de anticonceptivos se hacían con fondos públicos, (Cordero, 2006).

## **MICRO**

En el Ecuador, la Política Nacional de Medicamentos se encuentra desarrollada dentro de la Política Nacional de Salud, y plantea la necesidad de establecer mecanismos para garantizar el acceso universal a medios de diagnóstico y medicamentos esenciales y genéricos de acuerdo con la ley; además se estableció un modelo de atención con énfasis en la atención primaria de la salud y se reconoció, la necesidad de desarrollar mecanismos de gestión desconcentrados, descentralizados y participativos. (Cordero, 2006) (Guaita, 2009)

Es así que el 25 de marzo del 2013 se expide en nuestro país el “Reglamento para regular el acceso y la disponibilidad de métodos anticonceptivos”. Este Reglamento tiene como objeto poner a disposición de mujeres y hombres del territorio nacional, servicios para atención integral de calidad así como toda la información que sea requerida sobre planificación familiar, anticoncepción, prevención de Infecciones de Transmisión Sexual

(ITS), incluido el VIH SIDA, anticoncepción oral de emergencia (AOE), salud sexual y reproductiva y prevención de embarazos en la adolescencia o no planificados.

Además establece en el Art. 2., que los Establecimientos del Sistema Nacional de Salud, proveerán la información y asesoría sobre el uso de métodos anticonceptivos; y entregarán los mismos de acuerdo al Nivel de Atención, incluida la anticoncepción oral de emergencia (AOE), a toda la población en general, especialmente a adolescentes, jóvenes, hombres y mujeres que lo requieran. La edad, la etnia, el sexo, la identidad sexo-genérica, la condición migratoria, el nivel de instrucción no serán, en ningún caso, condicionamientos para brindar esta información. Ninguna persona requiere autorización de sus familiares o de su pareja para acceder a la misma. (Acuerdo Ministerial-Ecuador, 2013).

En nuestro país, también gracias a acciones como las realizadas por “La Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes”(ENIPLA), se han encontrado cifras favorables en cuanto a salud sexual, teniendo que:

Se ha registrado un incremento de las consultas preventivas en temas de salud sexual y reproductiva en 19,28%, pasando de 1' 061.735 consultas en 2011 a 1'266.611 en 2012, según datos de la Dirección de Información, Seguimiento y Control de Gestión del Ministerio de Salud.

Asimismo, las consultas por morbilidad en adolescentes se incrementaron en 18,18%, avanzando de 2'223.312 casos en 2011 a 2'626.803 en 2012; además las atenciones en cuanto a planificación familiar en el grupo de mujeres en edad fértil aumentó en 10,48%.

También existió un incremento de un 10,48% de las atenciones de planificación familiar de 1'802.574 enero-diciembre (2011) vs 1'991.576 en-dic (2012). Por este motivo, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) reconoció el trabajo que realiza el MSP en la reducción del embarazo en adolescentes, a través de políticas y acciones orientadas a mejorar el acceso a la información y servicios de calidad. (ENIPLA, 2012)

La Unidad Educativa “Bolívar” actualmente no presenta dentro de su malla curricular alguna asignatura que sea únicamente dirigida a Educación Sexual; sin embargo se abordan ciertos asuntos referentes al tema dentro de otras asignaturas.

Así por ejemplo, en el décimo año, dentro de la materia de Ciencias Naturales se encuentran en el bloque N.5 los siguientes tópicos:

- Etapas de la Reproducción Humana
- Paternidad y Maternidad responsables
- Causas y consecuencias de las Enfermedades de Transmisión Sexual
- Métodos anticonceptivos: químicos (píldora, inyección, jaleas, óvulos, espumas), naturales (Billing, abstinencia, coito interruptos), quirúrgicos (ligadura de trompas, vasectomía) y mecánicos (preservativo o condón, diafragma y dispositivo intrauterino). De estos métodos, se abordan la eficiencia y el mecanismo de acción. (Ministerio de Educación del Ecuador, 2010)

Así mismo, el tercero de bachillerato, cuenta con una materia optativa (que puede ser elegida o no por los estudiantes), que es la asignatura de Psicología, que incluye algunos temas como:

- Características socio emocionales:
- Autocontrol
- Amor y relación de pareja
- Matrimonio entre adolescentes
- Identidad del yo
- Independencia - autoafirmación
- Roles: ciudadano, estudiante, hijo.
- Relaciones intrapersonal e interpersonal
- Amistad y fraternidad
- Elección de su pareja
- Identidad sexual
- Características físicas y cognitivas:
- Desarrollo físico

- Desarrollo cognitivo
- Problemas emocionales
- Alcoholismo, tabaquismo y drogadicción (Ministerio de Educación, 2010).

En las mallas curriculares expuestas, se puede evidenciar que no existe y no se aborda, sobre el acceso a métodos anticonceptivos, tampoco se habla acerca de los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes, los mitos de anticoncepción y otros puntos relevantes.

### **1.2.2. Análisis Crítico**

Las reformas del sector salud, tienen como uno de sus principales objetivos y principios de acción el logro de la equidad, concepto que está relacionado, principalmente, con la igualdad de oportunidades; por ello, las políticas de salud buscan reducir las disparidades en las condiciones de salud de los diferentes grupos sociales y garantizar el acceso de toda la población a la atención de sus necesidades básicas de salud. (CEPAL, 2011)

Por esta razón se han creado varios reglamentos, como el emitido en nuestro país en marzo del presente año que hace hincapié en el acceso y disponibilidad de métodos anticonceptivos en el sistema nacional de salud.

¿Pero por qué se formula esta nueva reforma?, la respuesta está estrechamente relacionada a las cifras alarmantes de embarazos adolescentes que actualmente presenta nuestro país y al poco acceso a medicamentos anticonceptivos que el grupo de población tan vulnerable como los jóvenes tiene. (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2003)

En la actualidad, en la región andina Venezuela, Colombia y Ecuador son los países en los cuales existe una proporción más alta de nacimientos de madres adolescentes. Y si bien es cierto que en nuestro país, la fecundidad global ha disminuido, la velocidad de cambio de la fecundidad adolescente (de 15 a 19 años) es menor que el de las otras edades, evidenciando la necesidad de emprender o reforzar las acciones tendientes a reducir la incidencia del embarazo temprano. (Flores, 2008)

Así también muchos adolescentes, a menudo carecen de acceso a métodos anticonceptivos y de información acerca de su uso. Las barreras incluyen la falta de conocimiento acerca de dónde obtenerlos, el miedo de ser rechazados por los proveedores



de servicios, la oposición de la pareja masculina, el estigma de la comunidad acerca de la anticoncepción o la sexualidad en adolescentes, ubicaciones y horarios de la clínica incómodos, los costos y las preocupaciones acerca de la privacidad y la confidencialidad. (UNFPA, 2013)

Y aunque, la nueva reforma establece un mayor acceso a métodos de anticoncepción, es importante conocer qué saben los jóvenes y cuáles son sus percepciones con respecto a este tema. Pues, existen aún entre la población estereotipos y valores culturales sobre la sexualidad, la reproducción y, en general, sobre las relaciones afectivas, que condicionan actitudes y comportamientos que no siempre favorecen la salud y el desarrollo autónomo de proyectos de vida significativos para cada persona. (Patpatian, 2004)

### **1.2.3. Prognosis**

Cualquier avance en el acceso a la salud reproductiva en América Latina y Ecuador no podría lograrse sin mejorar el acceso de las y los adolescentes a la educación sexual y a los servicios en materia de salud reproductiva, y reconociendo y considerando el rol que juegan los hombres en éstas decisiones. (Flores, 2008)

Conocer el impacto que tiene en adolescentes, reformas como las del acceso y disponibilidad de métodos anticonceptivos se hace imprescindible, (Acuerdo Ministerial-Ecuador, 2013) pues al no abordarse esta temática tan importante, no se sabría que actitudes y percepciones tienen los adolescentes con respecto a la sexualidad, anticoncepción y servicios de salud, y como podrían cambiar éstas al conocer sobre reglamentos como el que regula el acceso a anticonceptivos.

Al no conocer estos conceptos, no se podrían reforzar áreas débiles encontradas en cuanto a aspectos de sexualidad, tampoco se fortalecerían trabajos comunitarios entre estudiantes, padres, y docentes que promuevan la difusión de los servicios de salud sexual que se ofertan en los diferentes establecimientos del sistema nacional de salud; lo que retrasaría el objetivo principal de estas reformas, que busca que los jóvenes accedan a información y ayuda adecuada; disminuyendo así en un futuro problemas como el embarazo adolescente, las prácticas sexuales inseguras, el uso incorrecto de anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual, y en general la tasa de fecundidad adolescente.

#### **1.2.4. Formulación del Problema**

¿Cómo influye la Regularización del Acceso y Disponibilidad de Métodos Anticonceptivos en las Percepciones y Actitudes de Adolescentes de la Unidad Educativa Bolívar?

#### **1.2.5. Preguntas Directrices**

- ¿Cuáles son las percepciones que presentan los adolescentes frente al acceso y disponibilidad de métodos anticonceptivos?
- ¿Qué actitudes tienen los adolescentes frente al acceso y disponibilidad de métodos anticonceptivos?
- ¿Cuál es la mejor solución al problema de investigación planteado?

#### **1.2.6. Delimitación del Problema**

##### **Contenido**

- Campo: Salud Pública
- Área: Sexualidad y Anticoncepción
- Aspecto: Influencia de la Regularización del Acceso y Disponibilidad de Métodos Anticonceptivos en las percepciones y actitudes de adolescentes

##### **Tempo – Espacial**

- Espacial: Unidad Educativa Bolívar
- Temporal: Agosto 2013 – Febrero 2014

### **1.3 Justificación**

Aunque se han llevado a cabo programas nacionales de salud dirigidos a la población adolescente, se han creado unidades especiales para su atención en los establecimientos de salud, y se ha mejorado la calidad de los servicios y la ampliación en la oferta de anticonceptivos para la población adolescente (CEPAL, 2011) (OMS, 2010); entre las razones para la materialización de embarazos no planificados se encuentran todavía la falta de conocimientos acerca de los hechos básicos de la reproducción y la falta de

información con respecto a anticonceptivos, lo cual contribuye al fracaso de estos últimos. (Bill, 2010)

El nuevo reglamento que regulariza la disponibilidad de métodos anticonceptivos, enuncia el acceso de todo tipo de persona a los servicios de salud, la asesoría sobre temas de sexualidad y anticoncepción y la entrega de éstos últimos a todos sus usuarios. (Acuerdo Ministerial-Ecuador, 2013)

No obstante, desde la fecha en que se expidió esta regularización del acceso a métodos anticonceptivos, no se han realizado trabajos previos que vinculen esta reforma con las apreciaciones de los adolescentes, entes protagonistas de esta nueva legislación.

Por lo tanto, al indagar sobre esta problemática, que se inscribe además dentro de las líneas de acción de la carrera de Medicina de la Universidad Técnica de Ambato, se logrará vincularse con la comunidad adolescente y dar respuesta desde la realidad percibida por los jóvenes.

Asimismo la investigación es factible, pues se trabajará con los estudiantes de una unidad educativa mixta y laica del centro de la ciudad que cuenta con un gran número de estudiantes, de manera que se obtendrán datos significativos sobre el pensar y actuar de los jóvenes en relación a este tema.

Finalmente al conocer las actitudes y percepciones de los adolescentes en temas tan importantes como el acceso a la anticoncepción, y si éstas se ven modificadas al conocer el nuevo reglamento; se tendrá una investigación base para que a un futuro con la difusión adecuada de las ventajas de esta reforma se logre un impacto positivo en los adolescentes, a fin de que sean personas responsables en su sexualidad, y que vean en los establecimientos de salud, sitios en donde puedan encontrar ayuda e información de calidad, fomentando sus posibilidades de convertirse en actores estratégicos de su propio desarrollo.

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1. Objetivo general:**

Evaluar la influencia de la Regularización del Acceso y Disponibilidad de Métodos Anticonceptivos en las Percepciones y Actitudes de Adolescentes de la Unidad Educativa Bolívar.

### **1.4.2. Objetivos específicos:**

- Determinar qué percepciones presentan los adolescentes frente a temas de sexualidad y anticoncepción.
- Establecer qué actitudes tienen los adolescentes frente a temas de sexualidad y el uso de anticonceptivos.
- Diseñar una alternativa de solución al problema de investigación planteado.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes Investigativos**

Sin lugar a dudas, las diferentes campañas, políticas, reglamentos y programas que se han emitido a nivel mundial y local, son parte de la concientización y la repercusión que tienen en la sociedad temas como el embarazo adolescente, la educación sexual en jóvenes, y el uso y conocimiento en anticoncepción.

Es así que se han realizado algunos estudios en relación a estas temáticas; como el elaborado por Ana Julia Paredes con su tema “Evaluación de la influencia del programa Bebé Piénsalo Bien en las percepciones, conocimientos y actitudes sobre sexualidad, maternidad y paternidad en adolescentes de un establecimiento educativo del noroccidente de la provincia de Pichincha 2012”

El Proyecto “Bebé Piénsalo Bien” tuvo como objetivo educar en sexualidad paternidad y maternidad responsable para adolescentes, a través de un recurso muy novedoso: simuladores computarizados de bebés. Para la evaluación del programa el instrumento utilizado fue un pre test y post test, que posterior a su aplicación sus resultados fueron analizados mediante P corregido de Yates, Utilizando el Programa Estadístico Epi info versión 6, para la verificación de diferencias significativas entre el pre test y post test, con la finalidad de comprobar el cumplimiento o no de las hipótesis; dichos resultados revelaron por ejemplo que existen cambios significativos en las percepciones sobre sexualidad maternidad y paternidad, no así en la actitud de respuesta frente a un posible embarazo, o modificando la actitud frente al uso de métodos anticonceptivos. (Paredes, 2013)

Otro trabajo es el realizado por Antonio Hernández y cols., con el título: “Efectividad de un programa de educación sexual en adolescentes acerca de la adquisición de conocimientos y cambios de actitud ante el empleo de métodos anticonceptivos”. Se trató

de un estudio cuasi experimental, controlado, realizado con 481 alumnos de primero de bachillerato que pertenecían a centros educativos donde no había ningún programa de educación sexual. La intervención consistió en 5 sesiones teórico-prácticas de 50 minutos acerca del empleo de métodos anticonceptivos y anticoncepción de emergencia. La evaluación se realizó por medio de un cuestionario autoadministrable de preguntas cerradas que se pasó 3 veces (antes de la intervención, al mes y a los 6 meses tras ésta). El análisis estadístico se realizó por intención de tratar.

Entre los resultados se observó una asociación estadísticamente significativa entre la intervención y aumento de los conocimientos acerca de métodos anticonceptivos, especialmente de la píldora poscoital. También se halló una asociación estadística en el cambio de actitud y el empleo del preservativo y píldora poscoital a favor del grupo intervención. (Hernández, 2009)

Pablo Sempertegui nos presenta su trabajo: “Evaluar la eficacia de un programa educativo en la mejora de conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes rurales de Cuenca”, un estudio experimental abierto, entre Marzo de 2011 a Febrero de 2012, en el que el universo lo constituyeron el total de adolescentes de las parroquias rurales de Cuenca.

Fueron aleatorizados 120 estudiantes y asignados 60 al grupo intervención y 60 al control, en el grupo intervención el 40% eran mujeres y 60% varones. Antes de la intervención los grupos estudio y control fueron similares estadísticamente, pero luego de la intervención hubo diferencias significativas.

Los conocimientos en el grupo intervención mejoraron en un 27.45% (p 0.000) las actitudes en 17.96% (p 0.000) y las prácticas en 7.96% (p 0.019) no así en el grupo control. Por lo tanto se concluyó que el programa educativo diseñado a partir de pre-CAPS y de la deconstrucción de mitos mejora significativamente los conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva de los adolescentes rurales. (Sempertegui, 2012)

Iván Gómez, publicó en la Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia, su trabajo con el título: “Percepciones del uso de anticonceptivos en Bogotá (Colombia) 2009. Estudio cualitativo”, en donde se llevó a cabo la participación de 4 grupos focales que

incluyeron a estudiantes de diversas carreras de una universidad privada y una universidad pública, entre las cuales se seleccionaron mujeres profesionales y amas de casa.

Las mujeres consideraron que la elección anticonceptiva depende de la facilidad de compra o de que la empresa promotora de salud lo provea. Entre los factores determinantes para la selección se identificaron: eficacia, efectos secundarios, posibilidad de olvido y regularidad menstrual. El anticonceptivo ideal se describió como aquel que fuera seguro, eficaz, de poca recordación, de fácil uso y que no aumente de peso ni produzca amenorrea. Asimismo, se identificaron muchos mitos con el uso de los métodos hormonales. (Gómez, 2009)

Al hablar de anticoncepción de emergencia, tenemos estudios como: “Contracepción de emergencia. Una perspectiva desde la adolescencia” por Andrés Brasa. Para la presente investigación se utilizó una encuesta con 30 ítems sobre conocimientos, actitudes y prácticas relativas a anticoncepción de emergencia a 446 alumnos de dos Institutos de Educación Secundaria de Torrijos- España.

Los resultados revelaron que el 33.1% de la población (Intervalo de confianza de 95% 28.7-37.6) habían mantenido relaciones sexuales, apreciando diferencia por edades ( $p < 0.001$ ). La valoración de conocimientos sobre anticoncepción de emergencia fue de 3.9 sobre 10; mayor en mujeres (4.3 vs. 3.5;  $p < 0.001$ ) y en edades superiores ( $p < 0.001$ ). La principal fuente de información fueron los medios de comunicación (45.3%), pero la más deseada fueron los profesionales sanitarios (86.3%).

El 61.1% prefería obtenerla en centros especiales para jóvenes. El 66.1% estuvo de acuerdo en que solo debe usarse cuando falla el anticonceptivo habitual. Un 8.4% (Intervalo de confianza de 95% 4.5-14.9) de los que han mantenido relaciones sexuales habían usado alguna vez anticoncepción de emergencia. Un 9.1% fueron repetidoras. El 54.5% la obtuvo en urgencias de Atención Primaria y el 45.5% tuvo dificultades para conseguirla. Por lo tanto se concluyó que el grado de conocimiento sobre anticoncepción de emergencia fue bajo. Un alto porcentaje no consideró el método como de “emergencia”. En el rango de edades analizado, el uso fue escaso. (Brasa, 2007)

## **2.2. Fundamentación Filosófica**

El presente trabajo tiene un paradigma crítico - propositivo, con un enfoque participativo y flexible, pues pretende investigar las diferentes percepciones y actitudes que tienen los adolescentes sobre el acceso a anticonceptivos, y cómo ha influenciado en éstas la nueva regularización de la accesibilidad y disponibilidad de éstos métodos.

Se encamina a la investigación de las apreciaciones que tienen los jóvenes con el fin de proponer a tiempo acciones que contribuyan a disminuir problemas tan importantes como el embarazo temprano y enfermedades de transmisión sexual.

## **2.3. Fundamentación Legal**

### **Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo-El Cairo**

El Capítulo VII sobre Derechos Reproductivos y Salud Reproductiva, tiene entre sus medidas:

Mediante el sistema de atención primaria de salud, todos los países deben esforzarse por que la salud reproductiva esté al alcance de todas las personas de edad apropiada lo antes posible y a más tardar para el año 2015. La atención de la salud reproductiva en el contexto de la atención primaria de la salud debería abarcar, entre otras cosas: asesoramiento, información, educación, comunicaciones y servicios en materia de planificación de la familia; educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgos, y atención después del parto, en particular para la lactancia materna y la atención de la salud materno-infantil, prevención y tratamiento adecuado de la infertilidad; interrupción del embarazo, la prevención del aborto y el tratamiento de sus consecuencias; tratamiento de las infecciones del aparato reproductor, las enfermedades de transmisión sexual y otras afecciones de la salud reproductiva; e información, educación y asesoramiento, según sea apropiado, sobre sexualidad humana, la salud reproductiva y paternidad responsable. Se debería disponer en todos los casos de sistemas de remisión a servicios de planificación de la familia y de diagnóstico y tratamiento de las complicaciones del embarazo, el parto y el aborto, la infertilidad, las infecciones del aparato reproductor, el cáncer de mama y del aparato reproductor, las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA.



En cuanto a la sección de Planificación de la familia, se establece que:

7.16 Todos los países deberían, en el curso de los próximos años, evaluar la magnitud de las necesidades nacionales no atendidas de servicios de planificación de la familia de buena calidad y su integración en el contexto de la salud reproductiva, prestando especial atención a los grupos más vulnerables y desatendidos de la población. Todos los países deberían adoptar medidas para satisfacer las necesidades de planificación de la familia de su población lo antes posible, en todo caso para el año 2015, y deberían tratar de proporcionar acceso universal a una gama completa de métodos seguros y fiables de planificación de la familia y a servicios conexos de salud reproductiva que no estén legalmente permitidos.

En cuanto a lo establecido en relación a Enfermedades de transmisión sexual y prevención del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) tenemos que:

7.33 La promoción y el suministro y la distribución fiables de preservativos de buena calidad deberían convertirse en elementos integrantes de los servicios de atención de la salud reproductiva. Todas las organizaciones internacionales pertinentes, especialmente la Organización Mundial de la Salud, deberían aumentar considerablemente su adquisición de preservativos. Los gobiernos y la comunidad internacional deberían proporcionar todos los medios necesarios para reducir la propagación y la tasa de transmisión de la infección con el VIH/SIDA.

En cuanto a la sección de “Los adolescentes”, tenemos:

7.45 ...asegurar que los programas y las actitudes de los proveedores de servicios de salud no limiten el acceso de los adolescentes a los servicios apropiados y a la información que necesiten, incluso información sobre enfermedades de transmisión sexual y sobre abusos sexuales. Al hacerlo, y con el fin de hacer frente, entre otras cosas, a los abusos sexuales, esos servicios deben salvaguardar los derechos de los adolescentes a la intimidad, la confidencialidad, el respeto y el consentimiento basado en una información correcta, y respetar los valores culturales y las creencias religiosas. En este contexto, los países deberían eliminar, cuando correspondiera, los obstáculos jurídicos, normativos y sociales que impiden el suministro de información y servicios de salud reproductiva a los adolescentes. (Naciones Unidas, 1994)

## **Marco Legal Ecuatoriano**

### **Reglamento para regular el Acceso y la Disponibilidad de Métodos Anticonceptivos en el Sistema Nacional de Salud**

#### **CAPITULO I DEL OBJETO**

Art. 1.- El presente Reglamento tiene como objeto poner a disposición de mujeres y hombres del territorio nacional, servicios para atención integral de calidad así como toda la información que sea requerida sobre planificación familiar, anticoncepción, prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluido el VIH Sida, anticoncepción oral de emergencia (AOE), salud sexual y reproductiva y prevención de embarazos en la adolescencia o no planificados.

Art. 2.- Los Establecimientos del Sistema Nacional de Salud, proveerán la información y asesoría sobre el uso de métodos anticonceptivos; y entregarán los mismos de acuerdo al Nivel de Atención, incluida la anticoncepción oral de emergencia (AOE), a toda la población en general, especialmente a adolescentes, jóvenes, hombres y mujeres que lo requieran. La edad, la etnia, el sexo, la identidad sexo-genérica, la condición migratoria, el nivel de instrucción no serán, en ningún caso, condicionamientos para brindar esta información. Ninguna persona requiere autorización de sus familiares o de su pareja para acceder a la misma.

En hospitales y hospitales de especialidades, los profesionales de la salud brindarán información sobre anticoncepción y planificación familiar, como parte del protocolo post-operatorio o post-evento obstétrico, entregando o colocando métodos anticonceptivos a demanda de la usuaria, sin necesidad de autorización alguna de sus familiares o de su pareja. Este servicio será complementario de los servicios de asesoría y planificación familiar que cada hospital tenga.

Art. 3.- El Ministerio de Salud Pública proveerá información, asesoría y entregará métodos anticonceptivos, a través de sus Establecimientos de Salud, siendo obligación de éstos garantizar el acceso a los mismos de forma gratuita y oportuna, incluida la anticoncepción oral de emergencia a toda la población en general, especialmente a adolescentes, jóvenes y mujeres que lo requieran.

Este servicio se brindará según el Nivel de Atención, siendo el Primer Nivel el que se encargará de brindar asesoría sobre planificación familiar y anticoncepción en general, a demanda de las/os usuarias/os. En el Segundo y Tercer Nivel, los profesionales de la

Salud asesorarán sobre anticoncepción y planificación familiar en servicios post-operatorios y post evento obstétrico, dando a las personas, sin importar su edad, etnia, etc. toda la información necesaria para que puedan decidir el uso de un método anticonceptivo y entregando o colocando el mismo, en caso de ser requerido por la usuaria.

En ninguno de los casos se requerirá autorización de la pareja ni de ningún familiar, para el uso de un método anticonceptivo. Por el principio de confidencialidad el personal de salud está obligado a no divulgar esta información. En caso de que no se cumpla esta disposición se sancionará de acuerdo a las normas pertinentes.

Art. 4.- Todos los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención, contarán con la cantidad suficiente de métodos anticonceptivos, incluida la anticoncepción oral de emergencia, verificando su fecha de caducidad. Los métodos anticonceptivos se entregarán de acuerdo a su necesidad específica, y son los siguientes:

- a) Anticoncepción oral simple y combinada;
- b) Anticoncepción inyectable simple y combinada;
- c) Anticoncepción subdérmica;
- d) Anticoncepción oral de emergencia;
- e) Métodos temporales de barrera; y,
- f) Métodos temporales intrauterinos.

Las Unidades Móviles del Ministerio de Salud Pública, contarán con la cantidad suficiente de métodos anticonceptivos, incluida la anticoncepción oral de emergencia, verificando su fecha de caducidad, para brindar asesoría y distribuirlos de acuerdo al requerimiento.

Las Unidades de Segundo y Tercer Nivel, contarán con la cantidad suficiente de los antes mencionados métodos anticonceptivos, incluida la anticoncepción oral de emergencia, para brindar servicios de asesoría postoperatoria y cuando sea requerido en casos de violencia.

## CAPITULO II

### DE LOS DERECHOS DE LAS/OS USUARIAS/OS

Art. 5.- Toda persona sin importar su etnia, edad, sexo, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, condición socio-económica, migración económica, identidad sexo-genérica, estado de salud, ser portador de VIH/sida, discapacidad, diferencia física, u otra condición, que solicite atención en las Unidades de Salud de acuerdo al Nivel de Atención, tiene derecho a:

a) Tomar decisiones informadas y libres sobre el tratamiento o método anticonceptivo que utilizará, sin que se le someta a elegir uno, bajo presión u hostigamiento, para lo cual el personal de salud ofertará todas las opciones en anticoncepción, previa orientación y asesoría.

b) Acudir cuantas veces considere necesarias a los servicios de salud sexual y reproductiva para recibir atención, aclarar dudas relativas al método anticonceptivo elegido y/o solicitar cambio o terminación de la opción anticonceptiva elegida. Esta atención será gratuita.

c) Los y las usuarios/as, recibirán la asesoría/consejería y la atención integral de calidad en salud sexual y salud reproductiva y/o anticoncepción, con el tiempo adecuado para tal actividad, estipulándose 45 minutos para la primera consulta y/o inserción de Diu o implante, y 30 minutos para consejería/asesoría y/o consulta subsecuente.

### CAPITULO III

#### DE LA INFORMACION

Art. 6.- Los Establecimientos del Sistema Nacional de Salud garantizarán:

a) Información completa actualizada, clara, veraz y objetiva sobre sexualidad, salud sexual y salud reproductiva y anticoncepción en el tiempo adecuado.

b) Información sin juicios morales ni religiosos sobre el método anticonceptivo elegido, brindando respuestas que se sujeten a las inquietudes de quien las requiera.

c) Información basada en evidencia científica sobre la eficacia de métodos anticonceptivos para mujeres u hombres, incluyendo características, efectos secundarios, beneficios y criterios de elegibilidad, sin discriminación de edad, estado civil, nivel de instrucción, condición económica, identidad sexo-genérica, condición migratoria, etnia y/o género, con una atención basada en la confidencialidad.

d) Información sobre cómo prevenir y protegerse contra el VIH/sida e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), sin discriminación de edad, estado civil, grado de instrucción, condición migratoria, condición económica, identidad sexo-genérica, etnia y/o género, con una atención basada en la confidencialidad.

e) Entrega del anticonceptivo requerido por la/el usuaria/o. No se permite al personal de salud inducir a la persona requirente, sobre el uso de un método anticonceptivo en particular.

Art. 7.- En los servicios de atención materno-infantil y controles pre-natales, se brindará asesoría sobre anticoncepción y planificación familiar, para que las mujeres cuenten con información veraz y oportuna sobre el uso de métodos anticonceptivos, para prevenir

embarazos no planificados y subsecuentes. Durante los controles prenatales se proporcionará información y asesoría a las mujeres embarazadas, sobre cómo prevenir y protegerse del VIH/sida e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Para esto se les entregará los preservativos que soliciten.

Art. 8.- Las/los profesionales de la salud, estarán capacitados para brindar la asesoría suficiente y necesaria a mujeres y hombres que requieran la anticoncepción oral de emergencia, aclarando que éste es un método de excepción, que se usa a cualquier edad, para prevenir un embarazo no planificado, por lo tanto, no reemplaza el uso continuado de otros métodos anticonceptivos.

Durante la asesoría sobre anticoncepción oral de emergencia, los profesionales de la salud también brindarán a las y los usuarias/os, asesoría sobre métodos anticonceptivos de uso continuado.

Se incluirá en el perfil óptimo de los/as profesionales de la salud la asesoría en salud sexual, salud reproductiva y/o anticoncepción, con el fin de estimular dicha práctica, garantizando el tiempo suficiente para ella.

Art. 9.- La información sobre la anticoncepción oral de emergencia (AOE), será proporcionada de manera objetiva, ágil, oportuna y eficiente, en base a evidencia científica.

A todas las personas que requieran la AOE, se informará que:

- a) Existen dos tipos de anticoncepción oral de emergencia: 1. Píldoras específicas usadas para este fin, compuestas principalmente de Levonorgestrel; y, 2. El método de Yuzpe.
- b) La AOE interfiere o inhibe el proceso de ovulación, impide que los espermatozoides y el óvulo se encuentren, debido a que genera una alteración del moco cervical; y, sobre todo no impide la implantación del óvulo fecundado, no interrumpe un embarazo ya en curso, ni causa un aborto.
- c) Cualquier mujer sin importar su edad, etnia, estado civil, grado de instrucción, o condición económica o social, puede usar la anticoncepción oral de emergencia.
- d) La anticoncepción oral de emergencia es un método seguro para la salud de las mujeres. No existen condiciones médicas conocidas en la cuales no debe usarse AOE. Dado que las píldoras anticonceptivas se usan por un tiempo tan corto, los expertos opinan que las precauciones asociadas al uso continuo de anticonceptivos orales, no se aplican a la AOE, lo cual será informado de manera expresa a través de asesoría.
- e) Es un método anticonceptivo de excepción y no de rutina, por lo que no reemplaza el uso continuo y planificado de otros métodos anticonceptivos.

f) Después del uso de la anticoncepción oral de emergencia, la usuaria inmediatamente puede comenzar a utilizar otro método anticonceptivo de manera regular. El profesional de la salud brindará la asesoría necesaria sobre el uso de métodos anticonceptivos regulares y, si fuere el caso, se hará la entrega del mismo o se procederá con la colocación del método.

g) La anticoncepción oral de emergencia se debe usar como máximo dentro de los cinco (5) días después del coito sin protección, sin embargo, es fundamental entregarla a la brevedad posible para aumentar su efectividad, preferiblemente antes de los tres (3) días de la relación sexual insegura.

h) La anticoncepción oral de emergencia no previene las infecciones de transmisión sexual ni el VIH/sida. Se informará sobre la prevención de ITS y VIH/sida.

i) En caso de que la persona que solicita AOE, sea víctima o haya sido víctima de violencia sexual, se seguirán las normas y protocolos para atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida.

j) Pueden producirse efectos secundarios en las usuarias de AOE, los mismos que son leves, sin riesgo para la mujer, no tienen repercusiones en el estado de salud y pueden tener la duración de hasta una semana. Estos son: leve sangrado irregular durante 1 o 2 días, después de tomar la anticoncepción oral de emergencia, menstruación que inicia antes o después de lo esperado, náusea, dolor abdominal, fatiga, dolor de cabeza, tensión mamaria, mareos y vómito.

Estos síntomas no se presentan en todos los casos, todo depende de la forma de asimilación del medicamento por parte del cuerpo de la mujer.

#### CAPITULO IV

##### DE LA PROVISION

Art. 10.- Todos los Establecimientos de Salud del Sistema Nacional de Salud, realizarán un inventario y cuantificarán la demanda de métodos anticonceptivos en su territorio, a fin de garantizar la provisión suficiente de éstos para la atención y entrega a todos/as las/os usuarias/os.

Contarán con la cantidad de métodos anticonceptivos suficientes para la reposición periódica de los dispensadores y para dar asesoría anticonceptiva post operatoria, post parto y post aborto.

En el caso de la Red Pública Integral de Salud, deberán existir dispensadores gratuitos de condones, y cada Unidad de Salud deberá contar con la cantidad suficiente de preservativos masculinos y femeninos para la reposición periódica de los mismos.

Art. 11.- El responsable de Farmacia de cada Unidad de Salud del Ministerio de Salud Pública, garantizará:

- a. Que dicha Unidad cuente con la cantidad suficiente de todos los métodos anticonceptivos en todo momento.
- b. Que los métodos anticonceptivos no se encuentren próximos a caducar; caso contrario, deberá dar prioridad a la entrega de los que estén por vencer.
- c. Que los métodos anticonceptivos sean entregados de acuerdo al requerimiento de la Unidad.
- d. Llevar un registro de consumos y egresos de los métodos anticonceptivos, consolidando la información de la reposición diaria que se realiza en los dispensadores, e ingresando todos estos datos al sistema de desiderata, los primeros días del mes siguiente al que se reportan.

En caso de incumplimiento, el/la funcionario/a responsable, será sancionado de acuerdo a lo establecido en las leyes pertinentes.

Art. 12.- La provisión de anticonceptivos a los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud Pública, se realizará desde la Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, o la entidad designada a nivel nacional para este efecto, según el requerimiento de las Unidades. Cuando las Unidades de Salud a nivel nacional requieran comprar métodos anticonceptivos por sí mismas, coordinarán con la citada Unidad Ejecutora.

Art. 13.- El Ministerio de Salud Pública, en su calidad de autoridad sanitaria nacional, controlará y vigilará, por medio de las entidades competentes, la provisión de anticonceptivos en la Red Pública Integral de Salud y en la Red Complementaria.

## CAPITULO V

### DE LA DISTRIBUCION

Art. 14.- Las y los profesionales de los servicios de salud, tendrán las siguientes obligaciones en relación a la distribución y consulta de métodos anticonceptivos:

- a. Garantizar una decisión libre e informada de las y los usuarias/os sobre métodos anticonceptivos, y el acceso al método elegido, incluyendo los definitivos, para lo cual será necesaria la decisión libre, informada y personal del/ la usuario/a, luego de haber brindado la orientación y asesoría adecuada.

No se requerirá la autorización de ningún familiar ni de la pareja.

- b. Mantener la reserva respecto al motivo de consulta, garantizando la confidencialidad a toda persona, especialmente a adolescentes.

c. Efectuar controles periódicos de acuerdo a la normativa vigente y recomendaciones específicas de cada método anticonceptivo y de planificación posteriores a la utilización del mismo.

d. Entregar sin condicionamientos de ninguna naturaleza, cualquiera de los métodos anticonceptivos que solicite la/el usuaria/o. No se requiere en ningún caso autorización de un familiar o de la pareja, para su entrega o colocación.

Art. 15.- El personal de los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública, tiene la obligación de entregar los métodos anticonceptivos señalados a continuación, de acuerdo a la tabla de distribución, tomando en cuenta que se deberán realizar entregas subsecuentes, las mismas que constarán en el carné de cada usuaria/o. Para la entrega de preservativos no se requerirá la presentación del carné.

Art. 16.- Con la entrega de cada método anticonceptivo o de planificación familiar, se promoverá la entrega de preservativos masculinos y femeninos, con el objetivo de prevenir ITS y VIH/sida.

Art. 17.- Las/os usuarias/os que requieran preservativos, podrán acceder a ellos a través de los dispensadores que se encuentran en los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud Pública a nivel nacional, de forma gratuita, además de los que se soliciten en consulta.

Art. 18.- La anticoncepción oral de emergencia se distribuirá ante solicitud de las/os usuarias/os, en cualquier situación, especialmente para:

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

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

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

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

e) Si ha habido expulsión total o parcial del dispositivo intrauterino.

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

Art. 19.- Los Establecimientos del Sistema Nacional de Salud, suministrarán la anticoncepción oral de emergencia a cualquier persona que requiera su uso. No será necesario asistir a una consulta ginecológica, ni tener receta, ni ningún otro documento como requisito para su entrega inmediata, a hombres o mujeres que la soliciten.



Art. 20.- La distribución de anticonceptivos y de anticoncepción oral de emergencia por parte de los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud Pública, será gratuita.

Art. 21.- Los botiquines que se encuentran en cada Establecimiento de Salud del Ministerio de Salud Pública, contarán con una dotación de anticoncepción oral de emergencia permanente, lo cual permitirá que se atienda eficientemente los requerimientos de las/los usuarias/os. El líder de cada Establecimiento de Salud, o su delegado, serán las personas responsables del abastecimiento del botiquín.

Art. 22.- Las reposiciones subsecuentes, registro y descargo del anticonceptivo oral de emergencia, se realizarán de la siguiente manera:

a) La persona líder de enfermería entregará la anticoncepción oral de emergencia a la persona que lo requiera. Su sistema de registro será a través de una matriz que contendrá fecha de entrega, nombres y apellidos de la persona requirente, número de cédula si está cedulada, edad, sexo y firma, considerando que el número de cédula, ni la presentación de ningún documento será un requisito obligatorio.

b) El personal responsable estará a cargo de verificar que haya dotación suficiente del método para su entrega diaria. Para el descargo se adjuntará a la matriz con el detalle de las entregas, una receta donde consten todos los medicamentos entregados. Estos documentos se considerarán como sistema de descargo y reposición de métodos. Cada receta tendrá concordancia con la fecha de entrega de cada método que consta en la matriz, con la finalidad de no permitir la caducidad de las recetas, es decir, se hará en un plazo no mayor a 48 horas.

Art. 23.- Los profesionales de la salud no podrán objetar conciencia, ni utilizar su criterio moral, para negarse a entregar anticoncepción oral de emergencia o cualquier método anticonceptivo, pues la píldora anticonceptiva de emergencia, al igual que otros métodos anticonceptivos, permite hacer efectivo el derecho a la autodeterminación reproductiva, el mismo que está respaldado por el derecho a la integridad física, a la intimidad, a planificar la familia y a estar libre de toda forma de violencia que pueda afectar la vida sexual y reproductiva de la mujer.

## CAPITULO VI

### DEL CONTROL Y LA ENTREGA SUBSECUENTE

Art. 24.- Con el objeto de mejorar la calidad de atención a las/os usuarias/os, el personal responsable de la atención llevará un sistema de registro a través de la Matriz UELMGAI-DAIA-002-2012 en la que se hará constar:

a) Los datos relevantes de las/os usuarias/os a quien se entrega la atención;

- b) Se determinará si ha solicitado o no un método anticonceptivo;
- c) Se dejará constancia de que se otorgó toda la información requerida;
- d) En caso de haberlo solicitado se indicará el método entregado y la fecha de atención; y,
- e) Se fijará la fecha del próximo control.

Este registro será el único documento que permitirá tener la información necesaria y suficiente del control de atención, descarga y justificación de entrega de métodos anticonceptivos a las/los usuarias

En el caso de los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud Pública, la ficha será distribuida por el Ministerio y será enviada mensualmente de manera obligatoria a la Unidad encargada.

Art. 25.- Para garantizar la entrega inmediata de las dosis subsecuentes del método anticonceptivo elegido por la/el usuaria/o en los Establecimientos del Ministerio de Salud Pública, se utilizará el carné de "Entrega de Métodos Anticonceptivos (EMA)", en el cual se registrará los datos de la usuaria, el método elegido y la fecha de la próxima entrega del mismo.

Este carné será entregado al momento de la elección del método, y con el mismo se podrán retirar las dosis subsecuentes, sin necesidad de consulta en los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud Pública, en todo el territorio nacional.

En caso de pérdida del carné el Establecimiento de Salud lo repondrá.

Art. 26.- La existencia del carné, no constituye un impedimento para que la usuaria asista a todas la consultas que considere necesarias.

## CAPITULO VII

### PROHIBICIONES Y SANCIONES

Art. 27.- Se prohíbe al personal de salud, realizar cualquiera de las siguientes acciones:

- a) Trato discriminatorio a las/os usuarias/os del servicio y ciudadanos en general. Toda persona sin importar su etnia, edad, sexo, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, condición socio-económica, migración económica, identidad sexo-genérica, estado de salud, ser portador de VIH/sida, discapacidad, diferencia física, u otra condición, tiene derecho a atención integral en salud sexual y salud reproductiva.
- b) Requerir la presencia o autorización de la pareja, de una tercera persona, o de un familiar para la entrega de cualquier método anticonceptivo, incluso de los definitivos. La consulta se realizará con la persona directamente involucrada.
- c) Obligar o inducir el uso de un método anticonceptivo en particular.

Art. 28.- Los profesionales de la salud que incumplieren sus obligaciones o contravinieren las disposiciones expresas de este Reglamento, serán sancionados de acuerdo a lo establecido en las leyes vigentes.

Art. 29.- Las máximas autoridades de los Establecimientos de Salud a nivel nacional, vigilarán el cumplimiento de este Reglamento.

## CAPITULO VII

### DEFINICIONES

Art. 30.- Para los fines de este Reglamento se considerarán las siguientes definiciones:

- Anticoncepción Oral de Emergencia: Es un método anticonceptivo que las mujeres pueden usar para prevenir un embarazo no deseado, dentro de los cinco (5) primeros días después de una relación sexual sin protección. Todas las mujeres, jóvenes, adolescentes o adultas pueden usar AOE.

- Método Yuzpe: Consiste en el uso de una dosis mayor de anticonceptivos normales, como anticoncepción oral de emergencia. Se requieren de ocho (8) pastillas que incluyan 30 ug de Etinil-Estradiol y 150 ug de Levonorgestrel (Nordette , Microgynon ). La mujer debe usar cuatro (4) pastillas en un periodo de hasta cinco (5) días después de la relación sexual insegura, procurando tomarlas en un período menor de hasta tres (3) días y otras cuatro (4) píldoras, doce (12) horas más tarde de la primera dosis.

Art. 31.- El presente Acuerdo Ministerial entrará en vigencia a partir de su suscripción, sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial y de su ejecución encárguese al Viceministerio de Atención Integral en Salud. (Acuerdo Ministerial-Ecuador, 2013)

### **Constitución de la República del Ecuador**

En el Art 11, numeral 2, se establece que: "Todas las personas son iguales y gozarán de los mismos derechos, deberes y oportunidades. Nadie podrá ser discriminado por razones de etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condición socio-económica, condición migratoria, orientación sexual, estado de salud, portar VIH, discapacidad, diferencia física; ni por cualquier otra distinción, personal o colectiva, temporal o permanente, que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos. La ley sancionará toda forma de discriminación.

El Estado adoptará medidas de acción afirmativa que promuevan la igualdad real en favor de los titulares de derechos que se encuentren en situación de desigualdad."

En el Capítulo Sexto, referente a los Derechos de Libertad, en el Art. 66 se reconoce y garantizará a las personas: "(...)9. El derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, y su vida y orientación sexual. El Estado promoverá el acceso a los medios necesarios para que estas decisiones se den en condiciones seguras.

10. El derecho a tomar decisiones libres, responsables e informadas sobre su salud y vida reproductiva y a decidir cuándo y cuántas hijas e hijos tener. (...)

(...) 25. El derecho a acceder a bienes y servicios públicos y privados de calidad, con eficiencia, eficacia y buen trato, así como a recibir información adecuada y veraz sobre su contenido y características (...);

En el Art. 32 determina que: "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." (Constitución del Ecuador, 2008)

### **Ley Orgánica de Salud**

El Art. 6 establece como responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: ... 2. Ejercer la rectoría del Sistema Nacional de Salud;... 6. Formular e implementar políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permitan la vigencia, respeto y goce de los derechos, tanto sexuales como reproductivos, y declarar la obligatoriedad de su atención en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera;"

El Art. 20 determina que las políticas y programas de salud sexual y salud reproductiva garantizarán el acceso de hombres y mujeres, incluidos adolescentes, a acciones y servicios de salud que aseguren la equidad de género, con enfoque pluricultural, y

contribuirán a erradicar conductas de riesgo, violencia, estigmatización y explotación de la sexualidad.

Art. 23 “Los programas y servicios de planificación familiar, garantizarán el derecho de hombres y mujeres para decidir de manera libre, voluntaria, responsable, autónoma, sin coerción, violencia ni discriminación sobre el número de hijos que puedan procrear, mantener y educar, en igualdad de condiciones, sin necesidad de consentimiento de terceras personas; así como a acceder a la información necesaria 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”.

El Art. 30 dispone que la autoridad sanitaria nacional, con los integrantes del Sistema Nacional de Salud, fomentará y promoverá la planificación familiar, con responsabilidad mutua y en igualdad de condiciones. (Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, 2002)

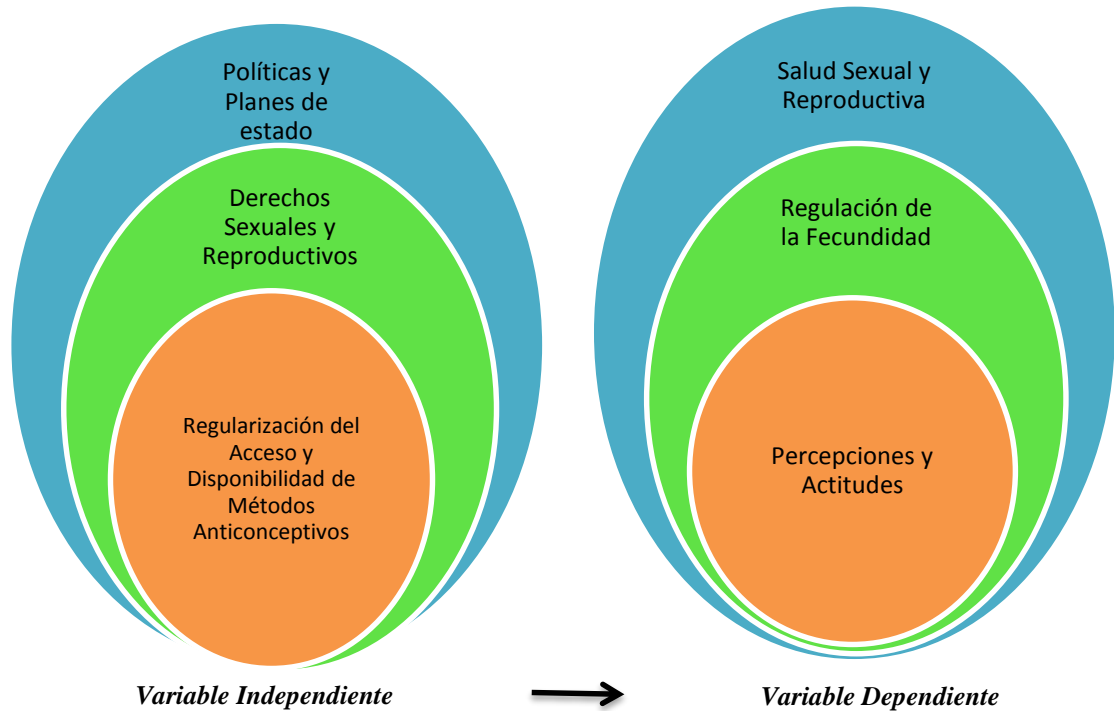
### **Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la infancia – LMGYAI**

La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia se constituye en el instrumento legal más importante relacionado con la salud y los derechos sexuales y reproductivos ya que establece el acceso universal sin costo a las personas a un conjunto de atenciones esenciales de salud sexual y salud reproductiva, constituyéndose en un importante subsidio a la demanda como parte del salario indirecto y la redistribución de la riqueza.

La Ley garantiza el financiamiento de este conjunto de atenciones, reconoce la responsabilidad del Estado en este ámbito y articula a diferentes proveedores de servicios, apoyando de esta manera la construcción del Sistema Nacional de Salud.

Otras leyes que contemplan disposiciones específicas sobre los derechos sexuales y reproductivos son el Código de la Salud; el Código de la Niñez y Adolescencia, la Ley contra la Violencia a la Mujer y a la Familia, la Ley sobre Educación la Sexualidad y el Amor, la Ley del VIH-SIDA y varias otras. (Consejo Nacional de Salud, 2007)

## 2.4. Categorías Fundamentales



### REGULARIZACIÓN DEL ACCESO Y DISPONIBILIDAD DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

#### Definición

Reforma emitida en marzo del 2013 cuyos objetivos son brindar información sobre temas de sexualidad, y facilitar la entrega de métodos anticonceptivos a toda persona que lo requiera en los establecimientos del sistema nacional de salud, buscando así disminuir y prevenir el embarazo adolescente y no deseado.

La asesoría en temas de salud sexual y reproductiva a los que tienen derecho los usuarios de éstos establecimientos incluyen: planificación familiar, Enfermedades de Transmisión Sexual, Control de Embarazo, entre otros.

Además se establece la entrega gratuita y sin restricción de métodos anticonceptivos elegidos por el paciente, bajo decisiones libres, independientes e informadas, con la confidencialidad que amerita. (Acuerdo Ministerial-Ecuador, 2013)

### DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

#### Definición

Los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos fundamentales relativos al libre ejercicio de la sexualidad sin riesgos, al placer físico y emocional, a la libre orientación sexual, a la libre elección del número de hijos, a la protección de la maternidad, entre otros aspectos. Quedaron definidos como tales en la Conferencia de El Cairo. (AECI, 2005)

### **Derechos Sexuales y Reproductivos según ONU-SIDA**

- 1- Derecho a la vida, derecho fundamental que permite el disfrute de los demás derechos.
- 2- Derecho a la integridad física, psíquica y social.
- 3- Libertad a la finalidad del ejercicio de la sexualidad: recreativa, comunicativa, reproductiva.
- 4- Respeto a las decisiones personales en torno a la preferencia sexual.
- 5- Respeto a la opción de la reproducción.
- 6- Elección del estado civil.
- 7- Libertad de fundar una familia.
- 8- Libertad de decidir sobre el número de hijos, el espaciamiento entre ellos y la elección de los métodos anticonceptivos o pro-ceptivos.
- 9- Al reconocimiento y aceptación de sí mismo, como hombre, como mujer y como ser sexuado.
- 10- A la igualdad de sexo y género
- 11- Al fortalecimiento de la autoestima, la autovaloración, y la autonomía para lograr la toma de decisiones adecuadas en torno a la sexualidad.
- 12- Expresión y libre ejercicio de la orientación sexual.
- 13- Libertad de elegir compañero/a sexual.
- 14- Elegir si se tienen o no relaciones sexuales.
- 15- A elegir las actividades sexuales según sus preferencias.
- 16- Derecho a recibir información clara, oportuna y científica acerca de la sexualidad.
- 17- A espacios de comunicación familiar para tratar el tema de la sexualidad.
- 18- A la intimidad personal, la vida privada y al buen nombre. (MIR de Medicina Preventiva y Salud Pública, 2010)

### **Derechos Sexuales y Reproductivos de la Federación Internacional de Planificación Familiar**

Anteriormente la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) elaboró una carta sobre los derechos sexuales y reproductivos en Londres en 1996 donde se recoge además:

- El derecho a la vida, lo que significa que no se debe arriesgar la vida de ninguna mujer debido a un embarazo.
- El derecho a la libertad y seguridad de la persona, el cual reconoce que ninguna mujer o niña debe ser sometida ni a la mutilación genital femenina, ni al embarazo, esterilización o aborto forzado.
- El derecho a la igualdad y estar libre de todas las formas de discriminación, incluso en la vida sexual y reproductiva.
- El derecho a la intimidad y la confidencialidad, lo que significa que los servicios deben garantizar la confidencialidad y que todas las mujeres tienen el derecho a tomar decisiones reproductivas autónomas.
- El derecho a la libertad de pensamiento que incluye libertad de interpretación de textos religiosos, creencias, filosofías y costumbres restrictivas que limitan la libertad de pensamiento sobre la atención a la Salud Sexual y Reproductiva (SSR).
- El derecho a información y educación sobre SSR de todas las personas, incluyendo el acceso a información completa sobre los beneficios y riesgos y eficacia de todos los métodos de regulación de la fertilidad, a fin de que todas las decisiones tomadas se basen en consentimiento informado, libre y pleno.
- El derecho de decidir casarse o no y de planificar y tener una familia y decidir o no tener hijas e hijos.
- El derecho a la atención médica y a la protección a la salud que incluye una atención con la más alta calidad y el derecho de ser libre de prácticas tradicionales que son perjudiciales para la salud.
- El derecho a gozar los beneficios del progreso científico que incluye las nuevas tecnologías en reproducción que sean seguras para la salud, eficaces y aceptables para mujeres y hombres.
- El derecho a la libertad de asamblea y participación política que incluye que todas las personas puedan influir en las comunidades y gobiernos para que den prioridad a la salud y los derechos sexuales y reproductivos.



- El derecho a una vida libre de tortura y trato inhumano que incluye que todas las personas, mujeres y hombres adolescentes, niños y niñas, tengan protección ante la violencia, explotación sexual y abuso. (IPPF, 1996)

### **Salud Sexual y Derechos Sexuales y Reproductivos**

La salud sexual está profundamente ligada a los derechos sexuales y reproductivos, implica gozar de bienestar físico, emocional, espiritual de nuestro cuerpo y a disponer de la información y de los medios para ello. La salud reproductiva es parte de la salud sexual, combina el bienestar físico, psicológico, social y la maduración física y de las funciones reproductivas del cuerpo.

(Convención Iberoamericana de los Derechos de los Jóvenes, 2005)

### **Derechos Sexuales y Reproductivos en relación con los Jóvenes**

Debido a que los derechos sexuales y derechos reproductivos son derechos humanos, los cuales se aplican a todas las personas, también se aplican a la gente joven. Sin embargo, el derecho internacional reconoce limitaciones para los derechos de las y los menores de 18 años, así como también reconoce el derecho de los padres a tomar decisiones que conciernen al bienestar de los menores a su cargo. (Speroff, 2003)

Debido a esto, definir los derechos de las y los adolescentes puede ser complicado, especialmente en el área de los derechos sexuales y derechos reproductivos, los cuales son aún muy controversiales. (CEPEP, 2011)

La Convención sobre los Derechos del Niño, que entró en vigencia en 1990 y se aplica a todas aquellas personas menores de 18 años, indica que a pesar de que los padres tienen el derecho a tomar decisiones sobre el bienestar de sus hijos e hijas, estos derechos están balanceados por la evolución de las capacidades de sus hijos e hijas en la toma de estas decisiones; y los derechos de los padres no son absolutos. (Feito, 2001) La Convención establece que el interés superior del niño debe prevalecer.

Esta posición también está reflejada en el Programa de Acción de la CIPD que indica que, si bien los padres tienen la responsabilidad de guiar las decisiones de las/ los adolescentes, no tienen el derecho absoluto a tomar decisiones sobre sus vidas o su salud.

Se enfatiza que los derechos de los padres deben equilibrarse con los derechos de los y las adolescentes al más alto nivel posible de salud, privacidad, confidencialidad, educación y consentimiento informado. También insta a que se eliminen los obstáculos sociales y legales al acceso de las y los adolescentes a los servicios de salud reproductiva. (Ahumada, 2006) (Vásquez, 2009)

## **POLÍTICAS Y PLANES DE ESTADO**

### **Plan Nacional del Buen Vivir**

Es una idea movilizadora que ofrece alternativas a los problemas contemporáneos de la humanidad.

El Objetivo 3 del Plan Nacional del Buen Vivir: “Mejorar la calidad de vida de la población”, es un reto amplio que demanda la consolidación de los logros alcanzados en los últimos siete años, mediante el fortalecimiento de políticas intersectoriales y la consolidación del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.

En lo que se refiere a Salud, se plantea ésta desde una mirada inter- sectorial que busca garantizar condiciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades que garanticen el adecuado fortalecimiento de las capacidades de las personas para el mejoramiento de su calidad de vida. Se incluyen los hábitos de vida, la universalización de servicios de salud, la consolidación de la salud intercultural, la salud sexual y reproductiva, los modos de alimentación y el fomento de la actividad física.

Este Plan reconoce que es fundamental incluir el acceso universal a la salud sexual y reproductiva, por tanto, a la salud materna dentro de los esfuerzos para reducir la pobreza y para “aumentar la esperanza y la calidad de vida de la población”.

Entre sus metas para el 2017 se encuentran:

- Reducir en 41.0% la tasa de mortalidad infantil.
- Reducir en 29.0% la razón de mortalidad materna.
- Eliminar las infecciones por VIH en recién nacidos
- Reducir en 15% el embarazo adolescente.
- Aumentar los servicios de salud para las mujeres.
- Desacelerar la tendencia del VIH y el SIDA.
- Mejorar la calidad y calidez de los servicios de salud.

## **Políticas y lineamientos estratégicos para el cumplimiento del tercer objetivo**

Garantizar el acceso efectivo a servicios integrales de salud sexual y reproductiva como un componente del derecho a la libertad sexual de las personas.

- a. Asegurar que la población disponga de información precisa y científicamente fundamentada en relación a las prácticas y conductas sexuales y sus riesgos en la salud sexual y reproductiva, con enfoque de género, equidad e igualdad.
- b. Promover el respeto a la orientación sexual y a la identidad de género de las personas y crear mecanismos de vigilancia y control del ejercicio pleno del derecho de las personas a la libertad sexual.
- c. Promover la implementación y la ampliación de programas y servicios de planificación familiar que permitan la toma de decisiones informadas y que garanticen la provisión de servicios de salud reproductiva.
- d. Ampliar y mejorar la oferta de servicios de salud e insumos médicos que garanticen una sexualidad segura y sin riesgo con pertinencia cultural y social.
- e. Impulsar acciones de prevención del embarazo adolescente e implementar estrategias de apoyo integral a madres y padres adolescentes, así como a sus familias.
- f. Generar protocolos y demás herramientas para la atención integral del embarazo adolescente.
- g. Garantizar la confidencialidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, como un derecho de los individuos dentro de su plan de vida.
- h. Promover el uso de métodos de protección sexual y anticonceptivos para la prevención de enfermedades de transmisión sexual y la planificación familiar adecuada y orientada al plan de vida de las personas.
- i. Promover la corresponsabilidad de la pareja en la salud sexual y reproductiva, transformando patrones socioculturales relacionados a la sexualidad y planificación familiar. (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2013)

## **Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENIPLA)**

### **Definición**

El Ministerio de Salud Pública en coordinación con los Ministerios de Educación, Inclusión Económica y Social y Coordinador de lo Social, con apoyo de los Gobiernos

Autónomos Descentralizados, la Sociedad Civil y la ciudadanía implementa la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar (ENIPLA).

La ENIPLA es una acción del Estado para garantizar los derechos, en particular los derechos sexuales y derechos reproductivos, y en este marco, el acceso real y efectivo a servicios integrales de salud sexual y reproductiva. En éstos se brindará educación, consejería en sexualidad y planificación familiar. (ENIPLA, 2012)

### **¿Por qué es necesario el ENIPLA?**

Las estadísticas dan cuenta de que los niveles de fecundidad son altos en Ecuador, particularmente en mujeres de ciertos grupos poblacionales como mujeres indígenas y adolescentes. La falta de acceso y permanencia en el sistema educativo son causas y consecuencias de la tendencia al alza de la fecundidad en estos grupos, que se ven más vulnerables a la pobreza. (MIES, 2008)

En Ecuador, la Tasa Global de Fecundidad es de aproximadamente 3.3 hijos por mujer. Área urbana 3 hijos por mujer. Área rural se aproxima a 4 hijos por mujer. Mujeres indígenas 5 hijos en promedio durante su vida.

La prevalencia de uso de métodos anticonceptivos, en mujeres casadas o unidas, alcanza el 72.7%, de este porcentaje las mujeres indígenas representan un 47.2%, mujeres con poca o ninguna instrucción el 51 y 65.1%. (Foro Mundial para la Investigación sobre la Salud, 2007)

El matrimonio y el embarazo son las dos razones más comunes por las cuales las adolescentes y jóvenes no terminan la escuela secundaria. Las mujeres que no terminan los estudios tienen menos oportunidades de trabajo y menos ingresos que las demás y es más probable que aumenten sus condiciones de pobreza y las de su descendencia. Un embarazo en la adolescencia se traduce a 2.5 años de escolaridad menos para las mujeres. Y por cada hijo adicional, las mujeres disminuyen un año en la escolaridad.

La tendencia del incremento del embarazo en adolescentes menores de 15 años, en la última década, es del 74% y en mayores de 15 años es del 9%. En Ecuador, 2 de cada 3 adolescentes de 15 a 19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez. Las proporciones de maternidad en la adolescencia son hasta 4 veces más altas entre

las que no tienen educación (43% comparadas con las de mayor nivel educativo, 11% con secundaria completa).

### Objetivo general ENIPLA

Garantizar el acceso efectivo a información, orientación, servicios de salud sexual y reproductiva y métodos de anticoncepción basados en las normas constitucionales en el lapso de 3 años. (El Comercio, 2012)

### Ejes del ENIPLA



Gráfico N.1 Ejes del ENIPLA

Fuente: Tomado de ENIPLA. MSP.2012

#### 1. Educación, Información y Consejería sobre sexualidad y reproducción, con énfasis en adolescentes para toma de decisiones

- Capacitación masiva a nivel nacional a maestros y maestras a través del SIPROFE (Sistema Integral de Desarrollo Profesional Educativo)
- Propuesta metodológica e implementación de educación para la sexualidad integral en horas optativas.
- Creación de puntos de información y consejería sobre sexualidad en espacios públicos del país.
- Mantenimiento y actualización de un portal web de información científica con foros de discusión, respuestas a preguntas y servicio de consejería, dirigido a adolescentes y jóvenes.

- Línea de información y consejería sobre derechos sexuales y reproductivos 1800, con énfasis en atención a jóvenes.
- Promoción de la inclusión de adolescentes en el ámbito educativo y permanencia de las embarazadas o madres/padres en el sistema educativo, como un factor protector.

## **2. Transformación de Patrones Socioculturales sobre el ejercicio de la sexualidad y situaciones inequitativas entre géneros**

- A. Estrategia comunicacional sobre Derechos Sexuales y Reproductivos y Salud Sexual y Reproductiva, dirigido a audiencias diversas.
  - 1. Campaña masiva
  - 2. Estrategia educo-comunicativa (deberes teatrales)
  - 3. Producción y difusión masiva de un DVD para trabajo con las familias
  - 4. Productos televisivos para ser utilizados en el canal educativo
- B. Estrategia metodológica para el trabajo de derechos sexuales y reproductivos sobre sexualidad prevención de violencia con funcionarios y otros actores de la red de prestación de servicios sociales.

## **3. Acceso a Servicios Integrales de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) de calidad basados en un enfoque de derechos incluidos los servicios de planificación familiar y consejería.**

Fortalecimiento de capacidades y adecuación de las unidades operativas del sistema de salud pública para SSR.

- Capacitación en la norma de planificación familiar a prestadores de salud del MSP y del IESS (2011 cumplimiento).
- Adecuación de servicios diferenciados para adolescentes en maternidad, hospitales básicos y centros de salud y atención amigable en Sub-centros de Salud.
- Distribución de métodos modernos de anticoncepción a nivel nacional en las Unidades de Salud del MSP y capacitación para su distribución adecuada.
- Colocar dispensadores de condones en todas las unidades del Sistema Nacional de Salud Pública.

- Fortalecimiento (adecuación y equipamiento) de 14 salas de Primera Acogida para el tratamiento de la violencia sexual.
- Monitoreo de cumplimiento de normas planificación familiar, atención amigable a adolescentes y violencia en las direcciones provinciales.

#### **4. Participación Social de adolescentes, jóvenes, hombres y mujeres para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.**

- Capacitación y fortalecimiento de red de gobiernos escolares y consejos estudiantiles, para promover la participación en la ejecución de la estrategia.
- Desarrollo e implementación Metodología Entre Pares "recorrido participativo" en la nueva propuesta de participación estudiantil sobre prevención del embarazo adolescente.
- Implementación de cabinas radiales con jóvenes para promocionar los derechos Sexuales y Reproductivos.
- Organizaciones juveniles, comités de usuarias para promoverla participación en la ejecución de la estrategia y la vigilancia de su cumplimiento. (ENIPLA, 2012)

#### **Plan Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes**

El punto de partida es considerar al embarazo en adolescentes como un problema tanto social como individual y familiar, pues afecta el desarrollo de las mujeres y hombres adolescentes o jóvenes, en el sentido de que se ven abocadas/os a nuevas situaciones que truncan, retrasan o modifican sus proyectos de vida, en torno especialmente a estudiar, recrearse, profesionalizarse y realizar su metas personales. Este plan se enmarca en los postulados de la Constitución Política de la República, en los instrumentos internacionales suscritos por el Estado Ecuatoriano y en el marco legal y normativo vigente en el país. (Organismo Regional Andino de Salud, 2008)

El plan cuenta con un enfoque de derechos con énfasis en los sexuales y reproductivos, de promoción de la igualdad de género, respeto a la diversidad cultural y étnica, diálogo intergeneracional y participación ciudadana.

#### **Fundamentos Estratégicos**

Los fundamentos estratégicos del presente Plan se corresponde a los planteados en la Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos:

- Ejercicio de Derechos sexuales y derechos reproductivos
- Intersectorialidad
- Promoción de la igualdad entre hombres y mujeres
- Construcción de ciudadanía y participación social
- Respeto a la diversidad cultural y étnica

### **Objetivo General**

Contribuir a disminuir el embarazo en adolescentes mediante el fortalecimiento institucional de los servicios de salud, educación y protección social, en un marco de coordinación interinstitucional e intersectorial con activa participación de la sociedad civil.

### **Objetivos Específicos**

- Implementar un Sistema Nacional de Información, sobre la situación del embarazo en adolescentes que permita la construcción de políticas públicas integrales e intersectoriales acordes a la realidad nacional y local incluido un sistema integrado de monitoreo y evaluación.
- Fortalecer la rectoría del Estado para la protección integral de adolescentes.
- Implementar y fortalecer los servicios de atención integral de calidad para adolescentes en el primer nivel de atención, con énfasis en Salud sexual y salud reproductiva, y prevención del embarazo en adolescentes.
- Garantizar la participación de adolescentes en la construcción e implementación de políticas públicas integrales e intersectoriales de prevención del embarazo en adolescentes a nivel nacional y local.

### **El Modelo de Atención Integral para Adolescentes**

#### **Características de la atención de calidad para adolescentes:**

- Integral: el /la adolescente debe ser considerado en su totalidad biopsicosocial, considerando los diferentes aspectos del problema que le causa sufrimiento.
- Integrada: es necesario ser capaz de seleccionar en cada momento el apropiado enfoque para mantener, restablecer y mejorar la salud ofreciendo una



combinación óptima de atención curativa, preventiva, promoción y rehabilitación en función de las necesidades y/ o de los riesgos.

- Continua: la atención no debe limitarse solamente al momento de la consulta, sino asumir la responsabilidad por la persona hasta que finalice o hasta que se solucione el problema de salud, para lo cual es necesario un seguimiento y trabajo en equipo y además en red para juntos, ayudar en la solución. La falta de continuidad en la atención reduce la eficacia de la atención de salud e incrementa los costos. La continuidad asegura que la atención sea de calidad y de calidez por parte del equipo de salud. Esto es esencial para evitar situaciones en las que el /la adolescente, por falta de información, incomprensión o acogida inadecuada no entienda la importancia o no acepte seguir en contacto con el personal de salud.
- Participativa: para que las soluciones propuestas sean negociadas de acuerdo a las prioridades del paciente.

#### **Características de los Servicios:**

- Permanencia: el servicio debe ser permanente, mientras más tiempo estén abiertos los servicios, con horarios alternativos, se facilita el acceso de adolescentes.
- Polivalencia: los servicios deben ser multifuncionales, manejar todos los problemas presentados por la población, ya sea en forma directa o haciendo la referencia al nivel correspondiente.
- Accesibilidad: los servicios deben ser accesibles geográficamente ya que se ha demostrado como la accesibilidad disminuye a medida que aumenta la distancia del domicilio del /la paciente. La accesibilidad económica, ya que un obstáculo financiero puede ser penoso e insuperable para los /las adolescentes que generalmente tienen dificultades económicas. También debe ser accesible socioculturalmente puesto que algunas formas de prestación de atención pueden ser inaceptables para las personas y finalmente, deben tener accesibilidad funcional que provea los servicios requeridos por la comunidad.

#### **Características de los Niveles Operacionales:**

El **primer nivel** es la puerta de entrada al sistema de salud, y su funciones son de contacto con la población y de síntesis de la información que es la que conduce a la toma de decisiones ya que si se tiene que referir a un paciente, la información necesaria debe ser transferida al nivel de referencia para ser completada y que retorne al primer nivel

donde se continuará con la atención. Otra función del primer nivel es la resolución de problemas ya que el 85 % de los problemas de salud se resuelven en ese nivel.

El **segundo nivel** o nivel de referencia complementa la capacidad resolutoria del primer nivel. Su rol es asegurar la continuidad de la atención curativa a las personas que no pueden ser tratadas ambulatoriamente o que requieren técnicas que no están disponibles en el primer nivel. Forma parte de un sistema integrado donde todos los elementos están dispuestos, organizados y coordinados en concordancia de un objetivo común: la responsabilidad de la salud de la población adolescente. (Guijarro, 2010)

## **PERCEPCIONES Y ACTITUDES**

### **PERCEPCIONES**

#### **Definición**

La percepción es el conjunto de procesos y actividades relacionados con la estimulación que alcanza a los sentidos, mediante los cuales obtenemos información respecto a nuestro hábitat, las acciones que efectuamos en él y nuestros propios estados internos. También se la define como la imagen mental que se forma con ayuda de la experiencia y necesidades. Es resultado de un proceso de selección, interpretación y corrección de sensaciones.

#### **Componentes**

Aunque los estímulos sensoriales pueden ser los mismos, para todas las personas, cada una de ellas percibirá cosas distintas. Este fenómeno nos lleva a concebir la percepción como resultado de dos tipos de cosas:

- 1- Las **sensaciones o el estímulo físico** que proviene del medio externo, en forma de imágenes, sonidos, aromas, etc.
- 2- Los **inputs internos** que provienen del individuo, como son las necesidades, motivaciones y experiencia previa, y que proporcionarán una elaboración psicológica distinta de cada uno de los estímulos externos. (Campos, 2002)

#### **Proceso de la Percepción**

La percepción es un proceso que se realiza en tres fases: Selección, organización e interpretación.

**Selección:** Se refiere al hecho de que el sujeto percibe aquellos mensajes a que está expuesto según sus actitudes, intereses, escala de valores y necesidades. Es decir, se opera un auténtico procesamiento de la información por parte del sujeto, mediante el cual el mensaje despierta en el individuo toda una serie de juicios de valor que se traducen en reacciones de muy distinto signo.

**Organización:** Una vez seleccionados, las personas han recogido una cantidad de estímulos de forma conjunta que, en esencia, son sólo una simple colección de elementos sin sentido. Las personas los clasifican de modo rápido asignándoles un significado que varía según cómo han sido clasificadas, obteniéndose distintos resultados.

**Interpretación:** La interpretación es la última fase del proceso perceptual, que trata de dar contenido a los estímulos previamente seleccionados y organizados.

La interpretación depende de la experiencia previa del individuo, así como de sus motivaciones, intereses personales y su interacción con otras personas. Por ello, la forma de interpretar los estímulos puede variar, a medida que se enriquece la experiencia del individuo o varían sus intereses. Así, la formación de los estereotipos, corresponde en gran parte a la interpretación perceptual que el individuo da a los acontecimientos. (Departamento de Psicología-Universidad de Alicante, 2007)

### **Características**

- Subjetiva: ya que las reacciones a un mismo estímulo varían de un individuo a otro.
- Selectiva: porque la persona no puede percibir todo al mismo tiempo y selecciona su campo perceptual en función de lo que desea percibir.
- Temporal: pues la forma en que los individuos llevan a cabo el proceso de percepción evoluciona a medida que se enriquecen las experiencias, o varían las necesidades y motivaciones de los mismos.

### **Tipos**

**Percepción del espacio:** consta de 3 informaciones: verticalidad, horizontalidad y profundidad. Se da con la audición, el tacto y la vista. Percibimos el mundo en 3

dimensiones dada la separación de los ojos y su disparidad binocular, que ayuda al cerebro a calcular la distancia a la que está un objeto.

**Percepción del movimiento:** surge de una mezcla entre la facilidad de mover la cabeza y los ojos, pero además tiene su base neurología en las unidades detectoras de movimiento. También depende de la capacidad de enfoque y apertura de la retina, y de la cercanía hacia el objeto.

**Percepción del tiempo:** el tiempo es subjetivo para el cuerpo, pues no hay un receptor biológico para percibirlo. Se cree que se capta con un “reloj biológico hipotético” y con la experiencia. También existe la teoría de que uno percibe el tiempo en relación a procesos corporales, como las ondas cerebrales, el ritmo cardíaco, el sueño o la digestión.

**Percepción social:** cuando se conoce a una persona, se entra en proceso de percibirla. Se percibe su físico, pero también su comportamiento, y de este se desarrolla conclusiones y atribuciones. También se apoya en otros estímulos para asignar atributos a las personas (movimientos bruscos, sonidos suaves, olores desagradables, etc.). (Campos, 2002)

## **ACTITUDES**

### **Definición**

Son las creencias, sentimientos, y tendencias de conducta hacia objetos, grupos, eventos o símbolos.

### **Componentes**

- **Afectivos:** Respuesta emocional positiva o negativa hacia alguna persona, objeto, evento, etc.
- **De Conducta:** Intención de realizar una acción.
- **Cognitivo:** Creencias que tenemos frente a algo.

### **Formación de actitudes**

Se pueden distinguir dos tipos de teorías sobre la formación de actitudes: la Teoría del Aprendizaje y la Teoría de la Consistencia Cognitiva.

- **Teoría del Aprendizaje**

Se basa en que, al aprender, recibimos nuevos conocimientos de los cuales intentamos desarrollar unas ideas, unos sentimientos y unas conductas sociales de estos aprendizajes. El aprendizaje de estas actitudes puede ser reforzado mediante experiencias agradables.

- **Teoría de la Consistencia Cognitiva**

Consiste en el aprendizaje de nuevas actitudes relacionando la nueva información con alguna otra información que ya se conocía. Así tratamos de desarrollar ideas o actitudes compatibles entre sí.

### **El cambio de las actitudes**

Las actitudes influyen en la conducta social. Por eso quienes intentan cambiar las conductas de las personas se centran en cambiar las actitudes. Se suele decir que hay dos formas de cambiar las actitudes: incidir sobre el componente cognitivo y el componente afectivo.

- **Naturaleza cognitiva**

Se utiliza en las personas motivadas y que saben bien lo que desean. Esta es una forma muy útil y se llega a producir este cambio de actitudes durante mucho tiempo.

- **Naturaleza afectiva**

Esta forma de cambio no es tan clara como la cognitiva, sino que intenta producir un cambio mediante la incidencia en el componente sentimental. Y si se llega a producir este cambio, parece ser más temporal. (Huerta, 2008)

### **Estereotipos y prejuicios**

El **estereotipo** es un concepto simple y muy común aceptado por un grupo o sociedad y, por ende, por la persona. Son moldes mentales que capta la experiencia. El estereotipo cumple una función que se adapta perfectamente, es ordenado y simplifica la información que necesita el sujeto para poder reaccionar con una mayor rapidez.

Los **prejuicios** son unos sentimientos negativos o positivos, normalmente se forman por creencias o pensamientos estereotipados. (Departamento de Psicología-Universidad de Alicante, 2007)

### **Medición de las Actitudes**

Al igual que cualquier objeto de la naturaleza, un ser humano es susceptible de medición: se le puede medir la estatura, el peso, la temperatura corporal, tensión arterial, el umbral auditivo, la visión e incluso la personalidad.

Por lo que es evidente, que para cada una de las dimensiones a medir se necesita un instrumento específico capaz de lograrlo. Puesto que las actitudes no son susceptibles de observación directa, su existencia e intensidad deben inferirse de lo que puede ser observado. Esto puede llevarse a cabo por medio de entrevistas, aunque es más eficaz y se tiene mayor precisión valiéndose de escalas y cuestionarios escritos. (Cornejo, 2007)

### **Técnicas de Medición Indirecta**

Aquellas en que el sujeto no conoce que su actitud está siendo evaluada. El investigador interpreta las respuestas en base a dimensiones y categorías diferentes a las que tuvo presentes el sujeto mientras contestaba.

#### **Técnicas:**

- Dilatación de la pupila y reacción psicogalvánica.
- Elección de error de Hammond: serie de ítems de elección múltiple.
- Preferencia de compañero: varias personas en colaboración con el investigador expresan ciertas actitudes y después se pide al sujeto cuya actitud se va a medir que indique su preferencia social por uno o más de estas personas.

### **Técnicas de Medición Directa (Diferencial semántico)**

- Se pide a los sujetos que evalúen un objeto actitudinal en una serie de escalas bipolares semánticas.
- Es un método objetivo de observación y medición del significado psicológico de los conceptos.

### **Escalas Tipo Thurstone**

El modelo de Thurstone (método de comparación por pares) consiste en presentar a una muestra representativa de la población una lista previa de enunciados que, se piensa, pueden ser pertinentes para medir el grado de favorabilidad/desfavorabilidad de los individuos hacia cierto objeto. Sin embargo, los sujetos de esta muestra no actúan como

sujetos que responden con su opinión a los enunciados o ítems, sino que hacen de jueces para discriminar la favorabilidad de esos enunciados.

Es decir, no expresan su opinión sobre la afirmación que se les presenta, lo que se les pide es que manifiesten cuál es el grado de favorabilidad que expresan los enunciados con respecto al objeto de que tratan.

En el método de comparación por pares los jueces tienen que comparar dos a dos todos los ítems que componen la escala indicando cuál de los dos es más favorable hacia el objeto de la actitud. Este método resulta enormemente costoso por la cantidad de comparaciones que deben realizar los jueces, razón por la cual Thurstone desarrolló otros métodos más ágiles como el método de intervalos aparentemente iguales.

### **Ventajas**

- 1) Permite hacer una calificación actitudinal de un grupo dado a lo largo de un continuo que va del polo positivo al negativo.
- 2) Supone un refinamiento en la medida.
- 3) Si el sistema de medida es el intervalo, proporciona un método adecuado para comparar puntajes actitudinales y cambios actitudinales en los individuos y en los grupos.

### **Desventajas**

- 1) El proceso de elaboración de la escala es largo y complejo.
- 2) Su contenido y elaboración la convierte en una escala a nivel ordinaria.
- 3) Influencia que ejercen los jueces en la valoración de los ítems. (Iñiguez, 2004)

### **Escala Tipo Likert**

Estas escalas están formadas por un conjunto de afirmaciones de idéntico valor, a cada una de las cuales se debe responder matizando al grado de acuerdo o desacuerdo que se tiene con ellas. Si sumamos todas las puntuaciones dadas de todas las preguntas de la escala, se obtiene la puntuación de “la actitud” del sujeto en concreto.

La técnica de Likert asume un nivel de medida ordinal en la que los sujetos son ordenados según su posición favorable o no hacia la actitud en cuestión. Los ítems se

presentan en forma de enunciados. La puntuación se asigna de acuerdo a la dirección del ítem sea esta positiva o negativa.

### **Ventajas**

- 1) Permite la utilización de ítems que no están directamente relacionados con la actitud que se pretende medir.
- 2) Su construcción es sencilla.
- 3) El nº de ítems que se necesitan para su confección suele ser menor que en las de Thurstone. Su fiabilidad suele ser elevada.

### **Desventajas**

- 1) La magnitud comparativa no expresa en cuanto es más favorable un sujeto en la actitud respecto de otro.
- 2) La puntuación de un sujeto suele tener significado algo confuso. (Núñez, 2005)

## **REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD**

### **Anticonceptivos**

Los métodos anticonceptivos son objetos, sustancias, y procedimientos que se utilizan de manera voluntaria para regular la capacidad reproductiva de una persona o una pareja con el fin de evitar un embarazo no planeado.

### **Importancia de utilizar Anticonceptivos**

El conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos permite tomar decisiones oportunas y adecuadas sobre la reproducción de manera libre, responsable e informada y contribuye al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas y a mejorar y a mantener el nivel de salud. (Aguilar, 2008)

### **Asesoría en Anticoncepción en Adolescentes**

El normativo de planificación familiar del MSP, menciona en uno de sus acápites varios parámetros y pasos a tomarse en cuenta al momento de brindar asesoría en anticoncepción al grupo adolescente, así tenemos que se recomienda al personal de salud:



- Brindar prioridad de atención a los/las adolescentes, su disponibilidad de horario y la incompatibilidad con el horario de la unidad de salud puede dificultar o impedir su acceso efectivo a la anticoncepción y sus ventajas.
- Evitar tener una actitud paternalista, crítica u hostil; el/la adolescente requiere confiar en usted para resolver sus necesidades y deseo actuales.
- Brinde una asesoría en un lugar privado, fomente la reserva y asegure una mayor confidencialidad y dedicación.
- La asesoría en usuarias jóvenes o menores de edad NO requiere que sus padres o tutores otorguen el consentimiento para recibir la información sobre métodos anticonceptivos.
- Demuestre que disfruta el trabajar con adolescentes.
- Brinde un servicio con calidez, use lenguaje sencillo, evite términos médicos complicados.
- Tómese el tiempo necesario para investigar si existe un proyecto de vida claro en las/los adolescentes.
- Tómese el tiempo necesario para realizar una explicación clara, aclarar dudas y mitos sobre los anticonceptivos, relaciones sexuales, desarrollo sexual e infecciones de transmisión sexual.
- Es muy importante evaluar el riesgo de ITS/VIH y SIDA y aplicar las estrategias para reducirlo.
- Trabaje en equipo multi e interdisciplinario integrado por médicos, enfermeros/as, obstetrices, odontólogos/as, nutricionistas, educadores, psicólogos, trabajadoras sociales.
- Prefiera métodos anticonceptivos de fácil uso y con menos efectos secundarios en lo posible. Asesore detenidamente acerca de los motivos reales de discontinuación del método por estos efectos no deseados.
- Si detecta riesgos de ITS/VIH y SIDA recomiende SIEMPRE el uso del condón masculino o femenino.
- Explique la opción de Anticoncepción de Emergencia, ya que adolescentes y jóvenes no la solicitarán si no la conocen.
- La elección del método debe ser voluntaria y basada en una adecuada asesoría.
- Felicite al adolescente por cuidar su salud y confiar en el servicio de salud sexual y salud reproductiva.

### **Métodos Anticonceptivos y Adolescentes**

Para poder ofrecer un método anticonceptivo a los adolescentes es necesario investigar los siguientes antecedentes:

1. Vida sexual activa.
2. Número de parejas sexuales.
3. Planeación de las relaciones sexuales.
4. Prácticas sexuales de riesgo.
5. Frecuencia de relaciones sexuales.
6. Tipo de relaciones (oral, anal, vaginal)
7. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos.
8. Antecedentes de embarazo, parto, cesárea o aborto, y
9. Antecedentes de infecciones de transmisión sexual (ITS).

En la actualidad se cuenta con métodos anticonceptivos seguros y prácticamente sin repercusiones en la salud. La mayoría de los métodos temporales pueden ser utilizados por los adolescentes. Los métodos que ofrecen una mayor seguridad anticonceptiva son: los hormonales (pastillas e inyecciones) y el DIU.

### **Métodos Anticonceptivos Hormonales Combinados**

- **Anticoncepción Oral Combinada**

Métodos anticonceptivos que consisten en la toma de una tableta diaria que contiene dos hormonas, un progestágeno y un estrógeno. La usuaria puede iniciar la toma del anticonceptivo oral combinado dentro de los 5 días de haber iniciado la menstruación, idealmente el primer día.

Si el paquete de anticonceptivos es de 21 tabletas, la usuaria debe tomar una tableta diaria por 21 días, terminadas las tabletas debe esperar 7 días e iniciar un nuevo paquete.

- **Anticoncepción Inyectable Combinada**

Métodos anticonceptivos que consisten en la administración de una inyección mensual que contiene dos hormonas, un progestágeno y un estrógeno. La usuaria puede iniciar la aplicación del anticonceptivo inyectable combinado idealmente el primer día de la

menstruación. Las inyecciones subsecuentes deben ser colocadas el mismo día de mes de la inyección inicial +/- 3 días.

- **Anticoncepción Transdérmica**

Métodos anticonceptivos que consisten en la administración de un parche que contiene dos hormonas: un progestágeno y un estrógeno. La usuaria puede iniciar la colocación del anticonceptivo transdérmico combinado idealmente el primer día de la menstruación. La aplicación del parche debe ser en un lugar limpio y seco en cualquiera de los siguientes lugares: parte superior externa del brazo, espalda, estómago, abdomen o nalgas. Se debe evitar la colocación en las mamas o su cercanía y se debe aplicar un nuevo parche cada semana por 3 semanas seguidas y hacerlo en el mismo día siempre.

#### **Mecanismo de Acción**

- Evitan la ovulación.
- Aumentan la consistencia del moco cervical.
- Produce cambios en el endometrio.
- Reduce el transporte de los espermatozoides a nivel de las trompas de Falopio.

#### **Ventajas**

- Puede suministrarse en cualquier momento que la mujer lo solicite siempre que no existan contraindicaciones temporales o definitivas.
- Previene el embarazo no planificado eficazmente.
- Es un método muy seguro, conveniente y eficaz.
- Cómodos, puede usarse a largo plazo.
- No interfiere con las relaciones sexuales.
- No afecta su vida cotidiana ni sexual a futuro. Retorno inmediato a la fertilidad luego de la discontinuación.
- No es abortivo. No interfiere en la implantación o en la evolución de un embarazo ya implantado.
- Brinda protección contra: embarazo ectópico, cáncer de endometrio, cáncer de ovario, enfermedad pélvica inflamatoria, quistes ováricos y anemia por deficiencia de hierro
- Reduce: dismenorrea, alteraciones del patrón de sangrado menstrual, dolor de ovulación, vello excesivo en rostro o cuerpo, síntomas de síndrome de ovario poliquístico y síntomas de endometriosis.

### **Desventajas**

- NO previene las ITS incluyendo VIH y SIDA
- Puede tener efectos secundarios: cambios en los patrones de sangrado, cefalea, mareo, náusea, dolor mamario.
- No se recomienda en mujeres en período de lactancia.
- Dependen de la toma o administración correcta para mantener su elevada eficacia. El olvido o toma incorrecta disminuye la eficacia.

### **Contraindicaciones**

- Embarazo.
- Mujeres con lactancia parcial y menos de 6 semanas posparto.
- Mujeres con lactancia exclusiva y menos de 6 meses posparto.
- Mujeres sin lactancia y menos de 3 semanas posparto.
- Sangrado vaginal de etiología desconocida.
- Mujeres fumadoras mayores de 35 años
- Mujeres con antecedentes de trombosis venosa profunda, embolia pulmonar o enfermedad actual cardiovascular.
- Hiperlipidemias graves o con otros factores de riesgo asociados
- Cáncer mamario, genital o hepático.
- Hepatitis viral activa, cirrosis hepática, tumores hepáticos.
- Tratamiento con rifampicina, fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona o topiramato.
- Cefalea migrañosa sin aura en mayores de 35 años y con aura a cualquier edad.
- Usuaris con cirugía mayor con inmovilización prolongada (1 semana o más).

### **Métodos Anticonceptivos Hormonales solo con Progestina**

- **Anticoncepción inyectable a base de Progestina sola**

Este método anticonceptivo que consiste en la inyección intramuscular glútea o deltoidea de una ampolla trimestral. Se inicia el método luego de las 6 semanas pos parto o dentro de los 7 primeros días de haber iniciado la menstruación.

- **Implantes Subdérmicos**

Métodos anticonceptivos que consisten en la colocación subdérmica de 1, 2 o 6 cartuchos o cápsulas cilíndricas plásticas no biodegradables que contienen un progestágeno de depósito: etonorgestrel (ENG) o levonorgestrel (LNG) que se libera progresivamente durante 3 a 5 años respectivamente, que es su tiempo de uso.

- **Anticonceptivo Oral que contiene solo Progestina**

La usuaria puede iniciar la toma del Anticonceptivo sólo de Progestágeno a las 6 semanas posparto o antes si el riesgo de embarazo es alto y no existen otras alternativas anticonceptivas aceptables o disponibles. Se debe tomar una tableta diaria, a la misma hora, y sin olvidos.

### **Mecanismo de Acción**

- Evitan la ovulación.
- Aumenta la consistencia del moco cervical.
- Reducción del transporte de espermatozoides.
- No tiene efecto sobre la implantación. No es abortivo.

### **Ventajas**

- Previene el embarazo no planificado muy eficazmente.
- Es un método muy seguro y conveniente.
- Cómodo, puede usarse a largo plazo.
- No interfiere con las relaciones sexuales.
- No es abortivo. No interfiere en la implantación o en la evolución de un embarazo ya implantado.
- Muy efectivo en mujeres en PERIODO DE LACTANCIA.
- No afecta la cantidad ni la calidad de la leche materna, en mujeres que estén dando de lactar luego de las 6 semanas posparto.
- No tienen los efectos secundarios de los estrógenos.
- No hay sangrado menstrual (ventaja para algunas mujeres).
- Puede utilizarse en las mujeres en tratamiento con drogas anticonvulsivantes.

### **Desventajas**

Similares a las presentadas en los anticonceptivos hormonales combinados.

## **Anticonceptivo Oral de Emergencia**

Método anticonceptivo de emergencia que pueden utilizar las mujeres en los 5 días siguientes a una relación sexual sin protección anticonceptiva con el fin de evitar un embarazo no planificado. Debe usarse exclusivamente como método de emergencia y no como una forma regular de anticoncepción.

La AOE es segura para todas las mujeres, incluso en los casos en que no pueden utilizar métodos hormonales en forma continua.

### **Mecanismo de Acción**

- Inhibe o retrasa la ovulación.
- No tiene efecto sobre la implantación.
- No tiene efecto sobre un embarazo ya existente. NO ES ABORTIVO.
- Alteración del moco cervical
- Alteración del transporte y viabilidad de los espermatozoides.

### **Indicaciones**

- Relación sexual sin uso de un método anticonceptivo,
- Uso incorrecto o accidental de un método anticonceptivo:
  - Ruptura, filtración, deslizamiento o retención del condón masculino o femenino.
  - Desplazamiento o retiro temprano del condón masculino, femenino o diafragma.
  - Expulsión total o parcial del dispositivo intrauterino.
  - Relaciones en el período fértil
  - Olvido de una o varias tabletas anticonceptivas
- En caso de violencia sexual, si la mujer no está usando un método anticonceptivo.
- Exposición a sustancia teratógena confirmada.

### **Forma de Uso**

Si está dentro de los 5 días posteriores a la relación sexual no protegida, tomar por vía oral:

- Dos dosis de 0,75 mg de Levonorgestrel (LNG) separadas por un lapso de 12 horas.
- Una dosis de 1,5 mg de Levonorgestrel (LNG).

Si la toma es más cercana a la relación sin protección, más eficaz será el método.

### **Efectos Adversos**

- Sangrado irregular: usualmente leve 1 o 2 días después de su administración
- Náusea y vómito. Si la paciente vomita en las dos horas siguientes a la administración hormonal, debe repetirse esa dosis. (Suministre una dosis extra de AOE) Si la náusea y vómito son importantes puede sugerirse el uso de metoclopramida como antiemético.
- Cefalea, mastalgia, sensibilidad mamaria aumentada: casi siempre no duran más de 24 horas.

### **Métodos Temporales Intrauterinos**

- **Dispositivo Intrauterino de Cobre:** Su uso puede ser por 10 años.
- **Dispositivo Intrauterino liberador de Levonorgestrel:** Su uso puede ser por 5 años

### **Indicaciones**

- Mujeres que han tenido hijos.
- En mujeres que no han tenido hijos.
- Mujeres en puerperio postparto mayor de 4 semanas, con lactancia exclusiva o parcial
- Mujeres post aborto inmediato sin infección.
- Mujeres de cualquier edad, incluyendo adolescentes y mujeres de más de 35 años.
- Mujeres que fuman.
- Mujeres que padezcan de cualquier enfermedad sistémica que no afecten la coagulación.
- Anticoncepción intrauterina de emergencia.

### **Indicaciones particulares para el DIU hormonal**

- Menorragia idiopática.
- Hiperplasia endometrial sin atipias.
- Miomatosis Uterina.

### **Mecanismo de Acción**

DIU de Cobre: Mecánico, impide el encuentro del espermatozoide con el óvulo mediante cambios en el endometrio y mediante un efecto directo sobre la motilidad espermática.

DIU de LNG: Evita el encuentro entre el óvulo y el espermatozoide, produce una fuerte supresión del crecimiento endometrial, aumenta la viscosidad del moco cervical e inhibe la capacitación o la supervivencia de los espermatozoides.

### **Contraindicaciones**

- Sepsis puerperal pos evento obstétrico
- SIDA
- EPI actual
- Sangrado genital de etiología desconocida
- Cáncer cervical o Cáncer de endometrio en espera de tratamiento.
- Anomalías uterinas y tumoraciones uterinas que distorsionan la cavidad uterina
- Enfermedad trofoblástica benigna o maligna

### **Ventajas**

- Puede suministrarse en cualquier momento que la mujer lo solicite siempre que no existan contraindicaciones.
- Su uso es autorizado inclusive en adolescentes, mujeres con capacidades especiales y mujeres próximas a la menopausia
- Es seguro, conveniente y eficaz.
- Cómodos, son de uso a largo plazo.
- Discreto, nadie se da cuenta que utiliza un DIU.
- No interfiere con las relaciones sexuales.
- Retorno inmediato a la fertilidad luego de la discontinuación.
- No es abortivo. No interfiere en la implantación o en la evolución de un embarazo ya implantado.
- El DIU de cobre lo pueden utilizar mujeres que fuman y mujeres que padezcan de cualquier enfermedad sistémica que no afecten la coagulación.

### **Desventajas**

- NO previene las ITS incluyendo VIH y SIDA
- No es sugerido en mujeres con múltiples parejas sexuales.
- Una ITS no tratada en usuaria de DIU puede llevar a mayor riesgo de embarazo ectópico o una EPI y potenciales cuadros de dolor pélvico crónico e infertilidad.
- Puede tener efectos secundarios como dismenorrea y menorragia.
- Depende de un proveedor capacitado para la colocación y el retiro.



- Tiene riesgos bajos de infección, expulsión y perforación uterina.
- Dependen de la inserción correcta para mantener su elevada eficacia. La inserción posparto inmediato tiene mayor posibilidad de expulsión.

## **Métodos Temporales de Barrera**

### **Condón o Preservativo**

Método de barrera que impide el contacto entre el semen y la mucosa vaginal. ÚNICO MÉTODO que también protege contra infecciones de transmisión sexual.

### **Condón Masculino**

Funda o cubierta de látex que se coloca sobre el pene erecto del hombre.

### **Condón Femenino**

Funda o cubierta de poliuretano que se inserta en la vagina de la mujer. Viene pre-lubricada con un líquido a base de silicona, consta de un anillo interno en el extremo cerrado que sirve para la inserción y otro anillo externo, más amplio que queda fuera de la vagina y recubre los genitales externos femeninos.

### **Mecanismo de Acción**

Forma una barrera que impide la entrada de espermatozoides y gérmenes infecciosos a la vagina cuando se lo usa correctamente, por ello puede evitar un embarazo y prevenir la transmisión de ITS/VIH y SIDA.

### **Indicaciones**

- Relaciones sexuales esporádicas o poco frecuentes al mes.
- Dudas de la monogamia de la pareja.
- Más de una pareja sexual.
- El usuario/a o su pareja tienen una infección que puede transmitirse por relaciones sexuales (VIH y SIDA, Hepatitis B y C).
- Como apoyo a otros métodos anticonceptivos.
- Como apoyo durante las primeras 20 - 30 eyaculaciones posteriores a la realización de vasectomía.

### **Contraindicaciones**

- Alergia conocida al látex.

### **Ventajas**

- Previene el embarazo eficazmente.
- Ayuda a prevenir el contagio de ITS/VIH y SIDA, EPI, cervicitis.
- El hombre toma responsabilidad en la salud sexual de la pareja
- Puede ayudar a proteger contra patologías secundarias a las ITS, cervical.
- No posee efectos secundarios de tipo hormonal
- Retorno inmediato a la fertilidad luego de la discontinuación de su uso.
- Fáciles de obtener. No necesita ser suministrado por un proveedor de salud.
- El condón femenino es más resistentes que el masculino.
- El condón femenino por su textura suave y lubricada, no afecta la sensación durante el acto sexual.
- Algunas mujeres reportan mayor estimulación sexual por el contacto con el anillo externo del condón femenino.

### **Desventajas**

- Algunos usuarios se quejan de disminución de sensibilidad o pérdida de la erección.
- El usuario/a y la pareja deben estar bien asesoradas sobre el uso correcto del condón.
- Pueden causar irritación de los genitales por alergia al látex
- La alergia al látex del condón masculino puede causar discomfort.
- Pueden debilitarse, deslizarse o romperse durante su uso.
- El condón femenino puede ser ruidoso durante la relación sexual.
- Las mujeres en riesgo de embarazo deben ser claramente informadas que un uso no correcto del preservativo se relaciona a falla del método.

### **Métodos Naturales**

- **Método de Lactancia Materna**

Es un método de planificación familiar temporal, basado en la lactancia exclusiva en el que la mujer debe cumplir obligatoriamente con 3 condiciones:

- Lactancia materna a libre demanda, de día y de noche, sin uso de fórmulas o sucedáneos de leche materna

- Amenorrea
- Recién nacido/a menor de 6 meses

- **Conductas anticonceptivas basadas en el conocimiento de la fertilidad**

Para determinar el período fértil femenino existen 2 métodos:

- Uso del calendario, determinan los días fértiles en base al ciclo menstrual.
- Uso de los signos y síntomas del período fértil, como son: moco cervical y temperatura corporal basal

Las mujeres para quienes un embarazo podría representar una condición no aceptada y conllevaría riesgos para su salud y su vida deben ser informadas que estas conductas podrían no ser apropiadas para ellas debido a su ALTO PORCENTAJE DE FALLAS. Inclusive el uso correcto de estas conductas determina alta probabilidad de embarazo.

### **Métodos Definitivos Quirúrgicos**

- **Ligadura de Trompas, Salpingoclasia o Salpingoligadura**

Intervención quirúrgica en la cual se realiza anticoncepción quirúrgica femenina mediante la sección, corte y ligadura bilateral de las Trompas de Falopio. Puede realizarse posparto, transcesárea o en el intervalo intergenésico.

- **Vasectomía**

Intervención quirúrgica en la cual se realiza anticoncepción quirúrgica masculina mediante la sección, corte y ligadura bilateral de los conductos deferentes.

### **Ventajas**

- Son métodos seguros, eficaces y permanentes.
- La posibilidad de falla tanto de la ligadura como de la vasectomía es mínima (con adecuada técnica quirúrgica).
- No interfiere con las relaciones sexuales.
- No afecta su vida cotidiana ni sexual a futuro.
- Las complicaciones posquirúrgicas son raras

- La ligadura de trompas es efectiva inmediatamente. No requiere otro método de refuerzo.
- La vasectomía es efectiva luego de 20 a 30 eyaculaciones, por lo que se recomienda el uso de preservativo por tres meses aproximadamente luego de la cirugía.
- En la vasectomía el paciente se involucra responsablemente en la salud sexual y salud reproductiva de la pareja.

### **Desventajas**

- Son métodos permanentes, definitivos.
- Cambio de decisión o arrepentimiento pos vasectomía.
- Los riesgos quirúrgicos son raros, incluyen: infección, sangrado y fracaso en mínima proporción.
- La vasectomía es totalmente efectiva 12 semanas después del procedimiento (o 20-30 eyaculaciones con preservativo después de la vasectomía).
- NO previenen las ITS incluyendo VIH y SIDA (recomiende el uso correcto de condón, si existe riesgo de ITS). (MSP, 2010)

## **SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

### **Definición**

El concepto de Salud Sexual y Reproductiva es definido por el Fondo de Población de Naciones Unidas como un “enfoque integral para analizar y responder a las necesidades de hombres y mujeres respecto a la sexualidad y la reproducción”.

Esta definición tiene su origen en la “Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas” (CIPD) que tuvo lugar en El Cairo el año 1994. Hasta entonces, lo que hoy todos entendemos por salud sexual y reproductiva, nunca había estado como tal en los documentos ni en las iniciativas internacionales. Hubo de recorrerse un largo camino hasta llegar a concebirlo en 1995.

### **Salud Sexual**

La Salud Sexual queda definida por la WAS (World Association For Sexology) como un “Estado de bienestar físico, psíquico, emocional y social en relación a la sexualidad; no es

solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un enfoque respetuoso y positivo hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como hacia la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para poder alcanzar y mantener la salud sexual, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y satisfechos”.

### **Salud Reproductiva**

La Salud Reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Entraña además la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.

### **Componentes de la Salud Sexual y Reproductiva**

Los componentes de la salud sexual y reproductiva son los siguientes:

- Servicios de información, asesoramiento, educación y comunicación en materia de anticoncepción y salud reproductiva.
- Educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgo y posparto.
- Cuidados de salud para los y las recién nacidas/os.
- Acceso a métodos anticonceptivos seguros y modernos.
- Información y tratamiento para las infecciones de transmisión sexual.
- Servicios de aborto seguro, y tratamiento de sus posibles complicaciones.
- Prevención y tratamiento apropiado de la infertilidad.
- Información, educación y asesoramiento sobre sexualidad, salud reproductiva y maternidad y paternidad responsable.
- Servicios de prevención y atención en materia de violencia de género.

### **Estrategias fundamentales de la promoción de la Salud Sexual y Reproductiva**

**TRANSVERSALIZACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO:** busca la incorporación de la perspectiva de igualdad de género a las políticas de salud en todos los niveles.

**ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD:** se centra en la cobertura y acceso a servicios de primer nivel y en la educación para la salud.

**EDUCACIÓN PARA LA SALUD:** parte integrante de la Atención Primaria en Salud, que se dirige a mejorar la información y participación de la población para desarrollar su capacidad de controlar y tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva.

**EMPODERAMIENTO DE LAS MUJERES:** estrategia que busca incrementar el poder de las mujeres en la toma de decisiones sobre su salud y sobre el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. (Mazarrasa, 2012)

### **Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes**

La adolescencia marca el comienzo del camino de una persona en su desarrollo sexual y su sexualidad. Puede ser un tiempo de emociones, sensaciones placenteras, pero también de temores, y/o dificultades. En esta etapa los adolescentes comienzan a ser conscientes de su propia sexualidad y toman decisiones sobre el comportamiento sexual que tienen implicaciones a lo largo de toda la vida.

Los problemas de salud sexual de los adolescentes surgen cuando no tienen control sobre las consecuencias de su propia vida sexual, porque están poco informados o porque no disponen de medios para ejercer un manejo autónomo y responsable sobre sus vidas. (Villacís, 2010)

De esta manera surgen varias situaciones de riesgo en esta población, entre las principales tenemos:

- ✓ El inicio no elegido, involuntario y/o desprotegido de su vida sexual.
- ✓ La exposición a embarazos no planeados, no deseados, o en condiciones de riesgo.
- ✓ La exposición a una infección de transmisión sexual (ITS), cuya expresión más dramática es el VIH/Sida. (Rivera, 2012)

El trabajo en materia de salud sexual y reproductiva entre los adolescentes es una prioridad, ya que las acciones efectuadas tendrán un importante efecto en la calidad de vida y en las tendencias poblacionales de las siguientes décadas.

Este trabajo requiere la comprensión de las vulnerabilidades y limitaciones de los adolescentes, así como de sus potencialidades y capacidades, a fin de involucrarlos en el proceso de formulación, desarrollo y decisión de estrategias eficaces.

Actualmente los servicios de salud sexual y reproductiva pretenden garantizar que los adolescentes puedan proteger su salud durante cada etapa del desarrollo. Sus metas incluyen retrasar el primer embarazo, reducir la mortalidad materna, mejorar los resultados en materia de salud para las mujeres y sus niños, contribuir a los objetivos de desarrollo y reducir la pobreza. (UNHCR, 2012)

### **Barreras para Adolescentes para el acceso a los Servicios de Salud**

Si bien en varias investigaciones se ha visto que casi todos los adolescentes conocen los diferentes métodos anticonceptivos y dónde obtenerlos, muchas barreras reales (logísticas) y percibidas limitan su acceso a los servicios de salud reproductiva.

Entre las barreras logísticas se encuentran las restricciones de costo y tiempo, falta de seguro o de otras formas de pagar las consultas de atención de salud, larga espera, lugares inaccesibles, falta de transporte e inflexibilidad en el horario de funcionamiento.

Las barreras percibidas incluyen el temor de que no se respete la confidencialidad, miedo de que los padres se enteren, vergüenza, información errónea sobre los riesgos del embarazo y de las Enfermedades de Transmisión Sexual, miedo de procedimientos como exámenes de sangre o de la pelvis, temor de efectos secundarios, ignorancia de la necesidad de anticoncepción (especialmente en adolescentes de corta edad), incomodidad con el personal del establecimiento de salud y desconocimiento de los derechos legales a servicios de planificación familiar.

Si bien las barreras logísticas se pueden superar fácilmente con buena planificación, las barreras percibidas, a saber, temor e información errónea, están más generalizadas y son más difíciles de cambiar. Los estudios hechos muestran que hoy en día, como en el pasado, muchos adolescentes carecen de conocimientos precisos sobre los métodos anticonceptivos y tienen creencias exageradas sobre sus efectos secundarios. (Advocates for Youth, 2001) (Frenk, 2002)

## **2.5. Hipótesis**

La Regularización del acceso y disponibilidad de Métodos Anticonceptivos incide en las Percepciones y Actitudes de Adolescentes de la Unidad Educativa Bolívar.

## **2.6. Señalamiento de las variables**

**Variable Independiente:** Evaluación de la Influencia de la Regularización del acceso y disponibilidad de Métodos Anticonceptivos.

**Variable Dependiente:** Percepción y Actitudes de Adolescentes de la Unidad Educativa Bolívar.



## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1. Modalidad Básica de la Investigación**

Investigación de campo, pues el estudio se llevó a cabo en contacto directo con los estudiantes de la Unidad Educativa “Bolívar” para poder conocer sus percepciones y actitudes frente a la nueva regularización del acceso a anticonceptivos.

#### **3.2. Nivel o Tipo de Investigación**

Estudio descriptivo, por cuanto se muestra la influencia de la “Regularización del acceso y disponibilidad de métodos anticonceptivos” en las percepciones y actitudes de adolescentes.

#### **3.3. Población y Muestra**

##### **Población**

Todos los adolescentes estudiantes de la Unidad Educativa “Bolívar” que cumplieron con los criterios de inclusión. El número total de estudiantes en la institución es de 3548 alumnos.

##### **Muestra y Tamaño de la Muestra**

El tamaño de la muestra se calculó de la siguiente manera:

$$n = \frac{N}{E^2(N - 1) + 1}$$

$$n = \frac{3548}{(0.05)^2(3548 - 1) + 1}$$

$$n = \frac{3548}{9.86}$$

$$n=359.83$$

n= tamaño de la muestra

N= población

E= error de muestreo = 5

| CURSOS                        |                |                     |                |                     |                |                     |                |      |
|-------------------------------|----------------|---------------------|----------------|---------------------|----------------|---------------------|----------------|------|
| DÉCIMO AÑO                    |                | 1RO DE BACHILLERATO |                | 2DO DE BACHILLERATO |                | 3RO DE BACHILLERATO |                |      |
| PARALELOS                     | Nº Estudiantes | PARALELOS           | Nº Estudiantes | PARALELOS           | Nº Estudiantes | PARALELOS           | Nº Estudiantes |      |
| 1                             | 32             | 1                   | 30             | 1                   | 38             | 1                   | 38             |      |
| 2                             | 39             | 2                   | 31             | 2                   | 39             | 2                   | 34             |      |
| 3                             | 30             | 3                   | 33             | 3                   | 34             | 3                   | 35             |      |
| 4                             | 37             | 4                   | 36             | 4                   | 35             | 4                   | 46             |      |
| 5                             | 36             | 5                   | 34             | 5                   | 36             | 5                   | 39             |      |
| 6                             | 34             | 6                   | 39             | 6                   | 35             | 6                   | 41             |      |
| 7                             | 36             | 7                   | 38             | 7                   | 36             | 7                   | 40             |      |
| 8                             | 38             | 8                   | 37             | 8                   | 29             | 8                   | 39             |      |
| 9                             | 35             | 9                   | 34             | 9                   | 38             | 9                   | 38             |      |
| 10                            | 40             | 10                  | 32             | 10                  | 30             | 10                  | 42             |      |
| 11                            | 39             | 11                  | 30             | 11                  | 41             | 11                  | 41             |      |
| 12                            | 36             | 12                  | 35             | 12                  | 38             | 12                  | 34             |      |
| 13                            | 38             | 13                  | 35             | 13                  | 38             |                     |                |      |
| 14                            | 30             | 14                  | 33             | 14                  | 37             |                     |                |      |
| 15                            | 38             | 15                  | 35             | 15                  | 39             |                     |                |      |
| 16                            | 37             | 16                  | 36             | 16                  | 35             |                     |                |      |
| 17                            | 31             | 17                  | 39             | 17                  | 39             |                     |                |      |
| 18                            | 32             | 18                  | 38             | 18                  | 40             |                     |                |      |
| 19                            | 36             | 19                  | 37             | 19                  | 35             |                     |                |      |
| 20                            | 33             | 20                  | 36             | 20                  | 37             |                     |                |      |
| 21                            | 39             | 21                  | 36             | 21                  | 36             |                     |                |      |
| 22                            | 38             | 22                  | 39             | 22                  | 36             |                     |                |      |
| 23                            | 40             | 23                  | 37             |                     |                |                     |                |      |
| 24                            | 38             | 24                  | 31             |                     |                |                     |                |      |
| 25                            | 36             | 25                  | 32             |                     |                |                     |                |      |
| <b>Total</b>                  | 898            |                     | 873            |                     | 801            |                     | 467            | 3039 |
| <b>Total Sección Nocturna</b> |                |                     |                |                     |                |                     |                | 509  |
| <b>Total Estudiantes</b>      |                |                     |                |                     |                |                     |                | 3548 |

El número total de estudiantes en la Unidad Educativa “Bolívar” corresponde a 3548, los mismos que están repartidos en 4 cursos, desde Décimo Año hasta 3ro de bachillerato, más los estudiantes de la sección nocturna que no fueron incluidos porque se encontraban dentro del rango de edades superior a la adolescencia y por lo tanto no cumplían con el criterio de inclusión.

Como la muestra calculada para la investigación fue de 360 estudiantes, se procedió a seleccionar de manera intencional (por criterio de la investigadora) 10 paralelos de diferentes cursos, mismos que participarían en la investigación.

Los paralelos seleccionados y el número de estudiantes en cada uno de ellos, fue:

| <b>CURSOS</b>       | <b>PARALELOS SELECCIONADOS</b> | <b>NÚMERO DE ESTUDIANTES POR PARALELO</b> |
|---------------------|--------------------------------|---|
| Décimo Año          | 10                             | 40  |
|                     | 22                             | 38  |
| 1ro de Bachillerato | 17                             | 39  |
|                     | 15                             | 35  |
| 2do de Bachillerato | 11                             | 41  |
|                     | 16                             | 35  |
|                     | 10                             | 30  |
|                     | 8                              | 29  |
| 3ro de Bachillerato | 5                              | 39  |
|                     | 12                             | 34  |
| <b>TOTAL</b>        |                                | <b>360</b>                                |

### **Criterios de Inclusión**

- Adolescentes estudiantes del colegio “Bolívar” matriculados en el período Septiembre-Julio 2013-2014
- Adolescentes que se encuentren en edades entre los 10-19 años de edad

### **Criterios de Exclusión**

- Adolescentes que por diversos motivos, ya sean éstos, enfermedad, calamidad doméstica, asistencia en otras laborales académicas, etc., no pudieron estar presentes al momento de la aplicación del cuestionario.

### **Criterios Éticos**

- Confidencialidad: Se garantizó a los estudiantes que la información obtenida a través de las encuestas iba a ser accesible sólo para los interesados en el trabajo de investigación, recalando además el anonimato de los cuestionarios y

respetando la individualidad y el espacio del alumno al momento de contestar las preguntas, sin que exista manipulación de terceras personas para sus respuestas.

- Anonimato: Los cuestionarios no solicitaron el nombre del estudiante dentro de los datos informativos.

### 3.4. Operacionalización de las Variables

#### Variable Independiente

Regularización del Acceso y Disponibilidad de Métodos Anticonceptivos

| CONCEPTUALIZACIÓN  | DIMENSIONES   | INDICADORES  | ÍTEMS BÁSICOS   | TÉCNICAS/<br>INSTRUMENTOS   |
|--|---|--|---|---|
| Reglamento emitido en marzo del 2013 cuyos objetivos son: brindar información y asesoría en Salud Sexual y Reproductiva, y facilitar la entrega y acceso a métodos anticonceptivos a toda persona que lo requiera. | Información y Asesoría en Salud Sexual y Reproductiva | Temas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Planificación Familiar</li> <li>• Anticoncepción</li> <li>• ITS (VIH-SIDA)</li> <li>• Embarazo adolescente o no planificado</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué tipo de información sobre Salud Sexual y Reproductiva se reciben en los servicios de salud?</li> </ul>  | Técnica:<br>Encuesta  |
|  | Entrega y Acceso a Métodos Anticonceptivos            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipos de Anticonceptivos entregados por los Servicios de Salud del MSP</li> <li>• Control y entrega subsecuente de Métodos Anticonceptivos</li> <li>• Confidencialidad del usuario</li> <li>• Decisión libre e independiente en anticoncepción</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuáles son los tipos de métodos anticonceptivos con los que se cuenta en los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública?</li> <li>• ¿En qué consiste el control y la entrega subsecuente de métodos anticonceptivos?</li> <li>• ¿Quiénes pueden recibir métodos anticonceptivos?</li> <li>• ¿Qué se necesita para acceder a los métodos anticonceptivos?</li> </ul> | Instrumento:<br>Cuestionario que incluye alternativas de respuesta tipo escala de Likert y opciones de respuesta dicotómicas Si/No. |

### Variable Dependiente

Percepciones y Actitudes

| CONCEPTUALIZACIÓN   | DIMENSIONES  | INDICADORES   | ÍTEMS BÁSICOS   | TÉCNICAS/<br>INSTRUMENTOS  |
|---|--------------|---|---|--|
| <p><b>Percepción:</b> Es el conjunto de procesos y actividades relacionadas con la estimulación que alcanza a los sentidos.</p> <p><b>Actitud:</b> Creencia sentimiento, tendencia de conducta hacia objetos, personas, eventos, o símbolos</p> | Percepciones | <p>Componentes</p> <p>4. Estímulo Externo</p> <p>5. Elemento Interno</p> <hr/> <p>Tipos</p> <p>6. Espacio</p> <p>7. Tiempo</p> <hr/> <p>Características</p> <p>8. Subjetiva</p> <p>9. Selectiva</p> <p>10. Temporal</p> | <p>¿Ha escuchado de la nueva regularización del acceso a métodos anticonceptivos?</p> <p>¿Considera necesario que los adolescentes tengan acceso libre a métodos anticonceptivos?</p> <hr/> <p>¿En el área en donde vive existen establecimientos que expenden métodos anticonceptivos?</p> <p>¿Cree Ud. que ha existido un cambio en cuanto al acceso a anticonceptivos en el grupo adolescente?</p> <hr/> <p>¿El adolescente necesita la autorización de su padre o madre para obtener algún método anticonceptivo?</p> <p>¿Con qué persona habla Ud. sobre temas de sexualidad?</p> <p>¿Recuerda si en su infancia le hablaron sobre sexualidad?</p> | <p>Técnica:<br/>Encuesta</p> <p>Instrumento:<br/>Cuestionario que incluye alternativas de respuesta tipo escala de Likert y opciones de respuesta dicotómicas Si/No.</p> |

|  |           |  |   |  |
|--|-----------|--|---|--|
|  | Actitudes | Formación de Actitudes<br>11. Teoría del Aprendizaje<br>12. Teoría de Consistencia Cognitiva | ¿A través de quién conoció el acceso a métodos anticonceptivos?<br><br>¿Al hablar con sus padres o maestros amplió sus conocimientos sobre anticoncepción?  |  |
|  |           | Componentes<br>13. Afectivo<br>14. De Conducta<br>15. Cognitivos                             | ¿El uso de métodos anticonceptivos es una decisión de pareja?<br><br>¿Se debe acudir a un establecimiento de salud para recibir información y asesoría sobre sexualidad y anticoncepción?<br><br>¿Es importante hablar sobre temas de sexualidad? |  |

### **3.5. Plan de Recolección de Información**

Partiendo de que el objetivo de la investigación, fue conocer las percepciones y actitudes de los adolescentes, frente a la “Regularización del Acceso y Disponibilidad de Métodos Anticonceptivos”, se elaboró un cuestionario que incluía preguntas dirigidas tanto para la medición de las percepciones, como las actitudes de los estudiantes.

Este cuestionario constó de varias partes, la primera que correspondió a los Datos Informativos del alumno, que fueron: Edad, Sexo o Género, Etnia, y Nivel de Educación.

La segunda parte, fueron las instrucciones de las preguntas, con ejemplos para que los estudiantes comprendan de mejor manera cómo debían contestarlas.

Un tercer bloque incluyó 10 preguntas dirigidas a la medición de las actitudes, basadas en alternativas de respuesta tipo escala de Likert: es decir el encuestado marcaba una respuesta según su grado de aceptabilidad o no, al ítem planteado. Siendo las opciones de respuesta: totalmente en desacuerdo, desacuerdo, indiferente, acuerdo, y totalmente de acuerdo.

El cuarto y último bloque contenía 9 preguntas con opciones de respuesta de Si y No, y éstas preguntas incluían tanto enunciados para la valoración de percepciones como actitudes de los investigados.

Una vez elaborado el instrumento de investigación (Ver Anexo 1), se procedió a solicitar a través de oficio, la autorización respectiva en la Unidad Educativa “Bolívar” para la aplicación de los cuestionarios, obteniéndose así el permiso respectivo (Ver Anexo 3).

Con la colaboración del inspector general, se ingresó a cada uno de los paralelos previamente seleccionados (como se lo explica en el acápite de población y muestra) para el levantamiento de la información, la misma que se recolectó en un solo día, asistiendo tanto a la jornada diurna como vespertina de la institución, ya que los alumnos del 1ro, 2do y 3ro de bachillerato recibían sus clases en la sección diurna, y lo alumnos del décimo año en la sección vespertina.



Se procedió a entregar a cada estudiante un cuestionario, y previamente se explicó en forma global, el objetivo de la investigación, señalando además la forma correcta de contestar las preguntas. Finalmente, el tiempo aproximado para cada curso fue de 20 minutos.

### **3.6. Plan de Procesamiento de la Información**

#### **Procesamiento de la Información**

Para el procesamiento de la información, se creó una base de datos de las respuestas marcadas en las encuestas, utilizando el programa IBM SPSS Statistics 20 (Statistical Package for Social Sciences) que es un sistema de análisis estadístico y gestión de datos.

#### **Análisis e Interpretación de Resultados**

Con el programa IBM SPSS Statistics 20 se procedió a realizar la tabulación de resultados, lo que significa que con la información de la muestra resumida se realizó la asociación de determinados números a cada modalidad, lo que representó el número de veces que ha aparecido su proporción con respecto a otros valores de la variable, obteniéndose así las frecuencias respectivas.

En el caso de la escala de Likert, se realizó además la puntuación de cada test para cada uno de los estudiantes, se calculó luego la media del total de la puntuación obtenida, y de esta manera se dividió a los resultados de ésta puntuación en dos grupos: 1ro Actitud Favorable (16- 33 puntos) y 2do Actitud Desfavorable (34-49 puntos).

Se realizó un análisis descriptivo de los datos, junto con la elaboración de gráficos y tablas, para una mejor interpretación.

Y finalmente se evaluaron ciertas variables, para determinar la existencia o no de independencia. Se aplicó el estadígrafo Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) de Spermán y todos los valores de  $p < 0.05$  fueron considerados como significativos.

## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

#### 4.1. Características Demográficas de la población

##### 4.1.1 Edad

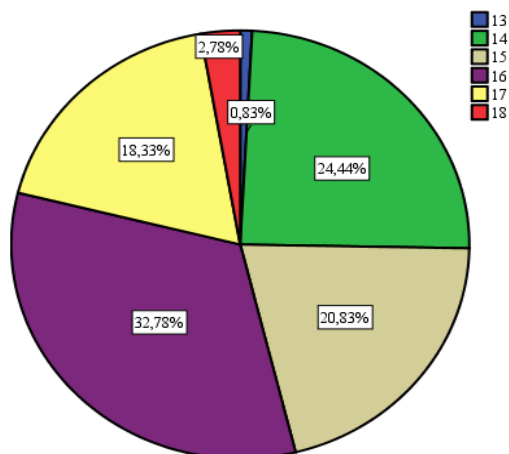
**Tabla 1. Edad**

| Edades       | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|------------|
| 13 años      | 3          | ,8         |
| 14 años      | 88         | 24,4       |
| 15 años      | 75         | 20,8       |
| 16 años      | 118        | 32,8       |
| 17 años      | 66         | 18,3       |
| 18 años      | 10         | 2,8        |
| <b>Total</b> | 360        | 100,0      |

Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Andrea Cevallos Teneda

**Gráfico 2. Edad**



Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Andrea Cevallos Teneda

Las personas que formaron parte de la investigación contaban con edades desde los 13 hasta los 18 años de edad, siendo el grupo de los estudiantes de 16 años el mayor, con un porcentaje del 32,78%, y seguido del grupo de 14 años de edad que correspondió al 24,44%.

Se establece que el grupo encuestado se encuentra en la etapa de la adolescencia y que además cumple con los criterios de inclusión de la investigación. Según la OMS la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. (OMS, 2014). De los estudiantes encuestados el 25.27% se encuentran en la etapa de adolescencia temprana, y el 74.73% en la etapa de adolescencia tardía.

#### 4.1.2 Sexo

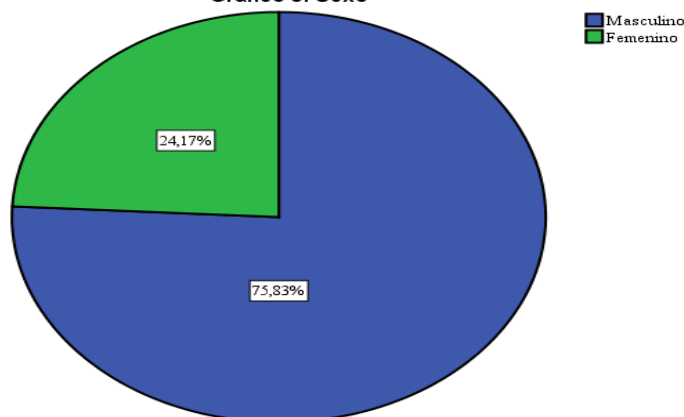
**Tabla 2. Sexo**

| Sexo         | Frecuencia | Porcentaje   |
|--------------|------------|--------------|
| Masculino    | 273        | 75,8         |
| Femenino     | 87         | 24,2         |
| <b>Total</b> | <b>360</b> | <b>100,0</b> |

Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Andrea Cevallos Teneda

**Gráfico 3. Sexo**



Fuente: Base de Datos

Realizado por: Andrea Cevallos Teneda

La población estudiada tiene un 75.83% de adolescentes de sexo masculino, mientras que el 24.1% representan al sexo femenino.

Existe una gran diferencia de porcentajes (51.66%) entre los alumnos de sexo masculino y femenino, predominando el primer grupo de estudiantes. Esto se debe, a que la institución educativa evaluada anteriormente fue exclusiva para el alumnado masculino; y a partir del año 2007 se vuelve mixta; esto cumpliendo la disposición dada por el Ministerio de Educación que planteó la conversión total de los planteles de enseñanza diferencial hacia un régimen inclusivo de hombres y mujeres. (Diario "El Telégrafo", 2011)

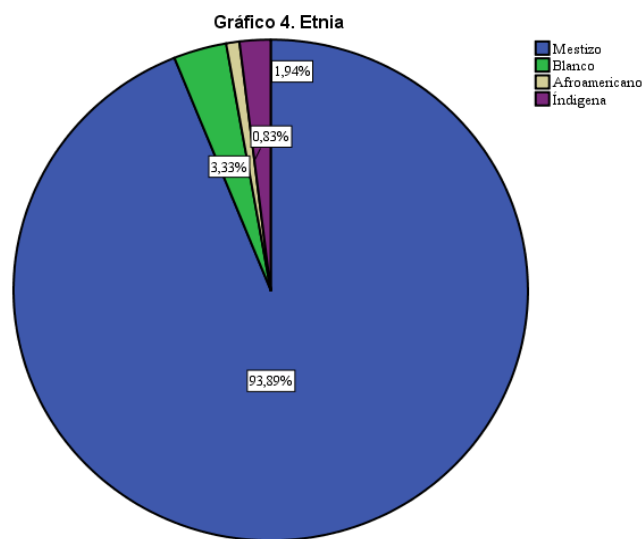
#### 4.1.3 Etnia

**Tabla 3. Etnia**

| Etnia         | Frecuencia | Porcentaje   |
|---------------|------------|--------------|
| Mestizo       | 338        | 93,9         |
| Blanco        | 12         | 3,3          |
| Afroamericano | 3          | ,8           |
| Indígena      | 7          | 1,9          |
| <b>Total</b>  | <b>360</b> | <b>100,0</b> |

Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Andrea Cevallos Teneda



El 93.89% de estudiantes encuestados se identificaron dentro del grupo étnico mestizo, por lo tanto la población a estudiarse fue predominante mestiza, seguida por un porcentaje menor de estudiantes indígenas; y los grupos blanco y afroamericano presentaron bajas prevalencias.

#### 4.1.4 Nivel de Educación

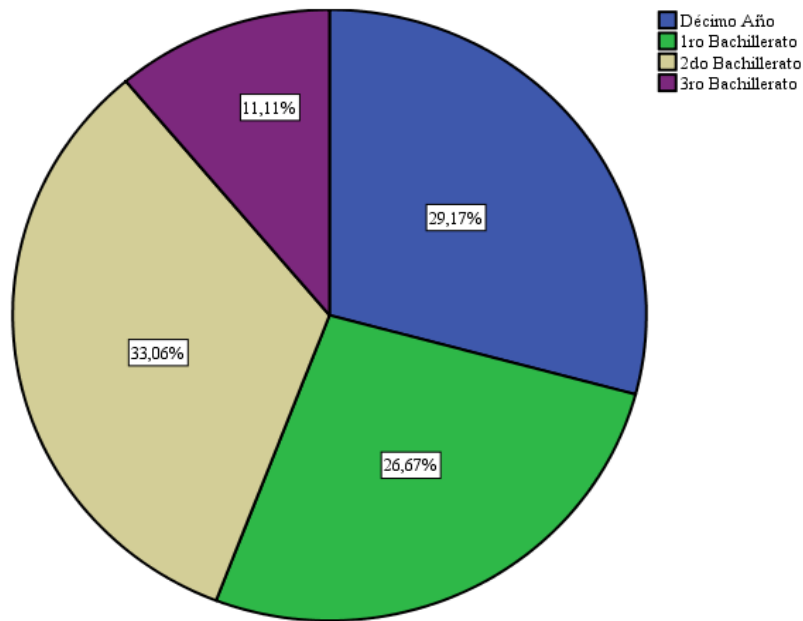
**Tabla 4. Nivel de Educación**

| Nivel de Educación | Frecuencia | Porcentaje   |
|--------------------|------------|--------------|
| Décimo Año         | 105        | 29,2         |
| 1ro Bachillerato   | 96         | 26,7         |
| 2do Bachillerato   | 119        | 33,1         |
| 3ro Bachillerato   | 40         | 11,1         |
| <b>Total</b>       | <b>360</b> | <b>100,0</b> |

Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Andrea Cevallos Teneda

**Gráfico 5. Nivel de Educación**



Fuente: Base de Datos

Realizado por: Andrea Cevallos Teneda

Al momento de la aplicación del instrumento para la recolección de la información, el 33.06% de los estudiantes cursaban el 2do año de bachillerato, el 29.17% pertenecían al décimo año, y el 26.67% y 11.11% se encontraban en el 1ro y 3ro año de bachillerato respectivamente. Por lo tanto el nivel educativo predominante de los evaluados correspondía al 2do año de bachillerato (5to curso).

#### 4.2. Medición de Actitudes (Escala de Likert)

##### 4.2.1 Importancia de hablar sobre sexualidad

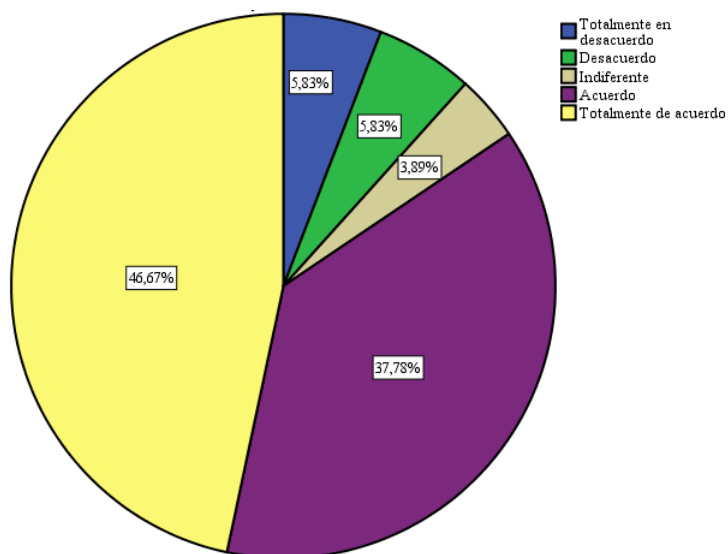
**Tabla 5. Importancia de hablar sobre sexualidad**

| Respuesta                | Frecuencia | Porcentaje   |
|--------------------------|------------|--------------|
| Totalmente en desacuerdo | 21         | 5,8          |
| Desacuerdo               | 21         | 5,8          |
| Indiferente              | 14         | 3,9          |
| Acuerdo                  | 136        | 37,8         |
| Totalmente de acuerdo    | 168        | 46,7         |
| <b>Total</b>             | <b>360</b> | <b>100,0</b> |

Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Andrea Cevallos Teneda

**Gráfico 6. Importancia de hablar sobre sexualidad**



Fuente: Base de Datos

Realizado por: Andrea Cevallos Teneda

Al interrogar a los estudiantes sobre la importancia que tenía para ellos hablar sobre temas de sexualidad, se encontró que el 46.67% refirieron estar totalmente de acuerdo con éste aspecto, un 37.78% estuvo de acuerdo y un 3.89% se mostró indiferente. Además con porcentajes iguales del 5.83% los estudiantes indicaron estar en desacuerdo y totalmente en desacuerdo en tratar estos temas.

Un gran porcentaje de los alumnos (84.45%) mostró algún grado de aceptabilidad para hablar temas de sexualidad y solo a un bajo porcentaje (11.21%) no les pareció adecuado tratar esto. Lo que demuestra que en general los estudiantes están interesados en recibir información sexual. Pues los adolescentes son personas que pueden y quieren entender aspectos de salud sexual y reproductiva, y que también desean conocerse y construirse a sí mismos positivamente.

#### 4.2.2 Discusión de temas de anticoncepción en el hogar

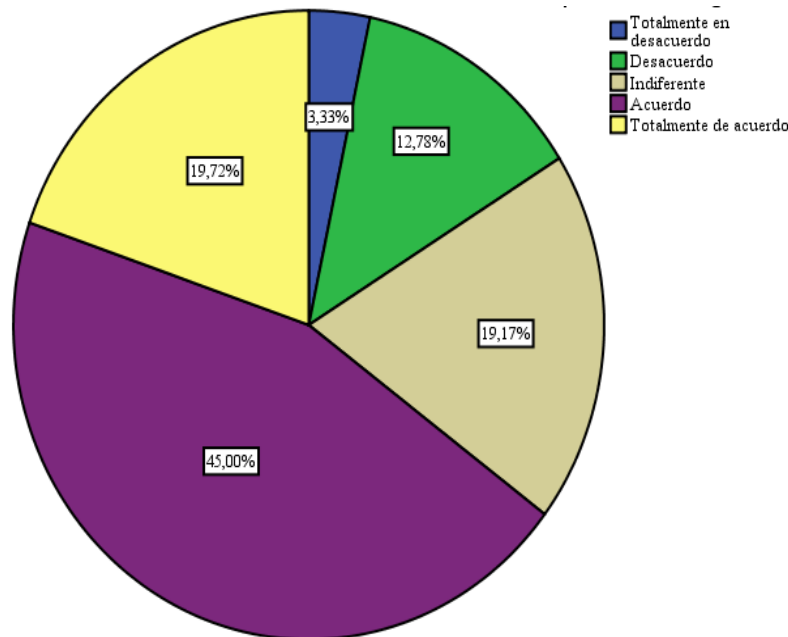
**Tabla 6. Discusión de temas de anticoncepción en el hogar**

| Respuesta                | Frecuencia | Porcentaje   |
|--------------------------|------------|--------------|
| Totalmente en desacuerdo | 12         | 3,3          |
| Desacuerdo               | 46         | 12,8         |
| Indiferente              | 69         | 19,2         |
| Acuerdo                  | 162        | 45,0         |
| Totalmente de acuerdo    | 71         | 19,7         |
| <b>Total</b>             | <b>360</b> | <b>100,0</b> |

Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Andrea Cevallos Teneda

**Gráfico 7. Discusión de temas de anticoncepción en el hogar**



Fuente: Base de Datos

Realizado por: Andrea Cevallos Teneda

Aunque a la mayoría de los participantes (64.72%) de la investigación les parece adecuado hablar sobre anticoncepción en sus hogares, un 16.11% de ellos muestran algún grado de rechazo al tema; y con igual o mayor preocupación a 69 estudiantes de los encuestados no parece interesarles discutir esto con sus familias.

El porcentaje mayoritario de aceptación puede significar que hay una mirada innovadora de la información de sexualidad proveniente de la familia, lo que representa posiblemente mayor confianza y comprensión que reciben los jóvenes de sus hogares; dejando atrás actitudes que planteaban barreras impenetrables entre padres e hijos.

Pero, aún existe un porcentaje de la población que se resiste a discutir estos temas en casa, probablemente por temor a ser cuestionados o poco entendidos. (Cvetkovich, 2010) Según: María Victoria Ramírez psicóloga y sexóloga: “Durante esta edad se desarrolla mucho pudor. Pudor por el cuerpo pero también por las ideas. Es un pudor pasajero, pero hay que respetarlo, y por ello, no tratar de “forzar confiancias”. En esta edad, es más importante que aprendan a escucharnos a que nos cuenten.” (Ramírez, 2006)

#### **4.2.3 Discusión de temas de anticoncepción en el colegio**

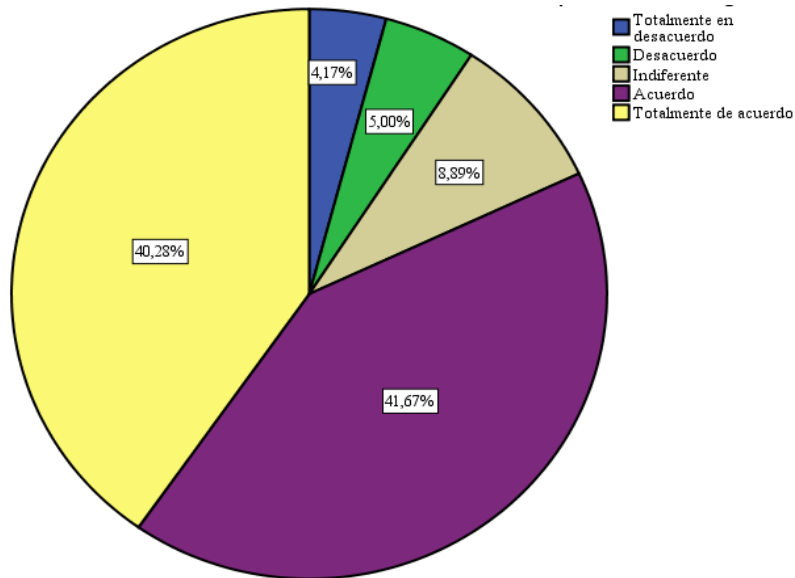
**Tabla 7. Discusión de temas de anticoncepción en el colegio**

| Respuesta                | Frecuencia | Porcentaje   |
|--------------------------|------------|--------------|
| Totalmente en desacuerdo | 15         | 4,2          |
| Desacuerdo               | 18         | 5,0          |
| Indiferente              | 32         | 8,9          |
| Acuerdo                  | 150        | 41,7         |
| Totalmente de acuerdo    | 145        | 40,3         |
| <b>Total</b>             | <b>360</b> | <b>100,0</b> |

Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Andrea Cevallos Teneda

**Gráfico 8. Discusión de temas de anticoncepción en el colegio**



Fuente: Base de Datos

Realizado por: Andrea Cevallos Teneda

Cuando se preguntó a los estudiantes sobre la necesidad de discutir temas de anticoncepción en su colegio, se reveló que el 41.67% de los alumnos se muestra de acuerdo y un 40.28% está totalmente de acuerdo. A un 8.89% de la población le parece indiferente la discusión de este tema, y un 5% y 4.17% de adolescentes manifestaron estar en desacuerdo y total desacuerdo respectivamente.

Al interpretar estos resultados nos encontramos que existe una gran diferencia (72.78%) entre los estudiantes con algún grado de acuerdo (81.95%) vs los alumnos con algún grado de desacuerdo (9.17%), respecto a la pregunta planteada. Y si revisamos el ítem planteado anteriormente (necesidad de discutir temas de anticoncepción en el hogar), tenemos que a 233 (64.72%) estudiantes les parecía en algún grado importante hablar de anticoncepción en sus hogares vs 295 alumnos (81.95%) que consideraron adecuado



tratar estos temas en su colegio. Así también mientras que 58 (16.1%) estudiantes tuvieron algún grado de desacuerdo en la necesidad de abordar temas de anticoncepción en sus hogares, 33 (9.2%) alumnos indicaron estar en desacuerdo en tratar temas de anticoncepción en su colegio.

Esto nos lleva a dilucidar que los adolescentes prefieren tratar y recibir este tipo información en la unidad educativa, y de hecho el Ministerio de Educación trabaja articuladamente con otras instituciones del Estado ecuatoriano en el marco de la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENIPLA), con el objetivo principal de reducir el número de embarazos adolescentes y la mortalidad materna en nuestro país. En el caso del Ministerio de Educación, su competencia específica es a través de estrategias educativas para prevenir el embarazo adolescente.

Además dentro de los objetivos señalados por el Ministerio de Educación en cuanto a salud sexual en los jóvenes, es cultivar en ellos el conocimiento y respeto por la integridad de su propio cuerpo, el desarrollo de la identidad sexual y sus consecuencias psicológicas y sociales, la responsabilidad de la paternidad y la maternidad. Para lo cual plantea que la atención a estas temáticas será planificada y ejecutada por los docentes al desarrollar sus clases y las diversas tareas de aprendizaje, con el apoyo de actividades extraescolares de proyección institucional. (Ministerio de Educación, 2012). Sin embargo y a todo esto, queda aún por cuestionar la calidad de dicha información impartida y su verdadera repercusión en los adolescentes, lo cual debería ser abordado en nuevas investigaciones.

#### 4.2.4 Criterio sobre el conocimiento del uso adecuado de métodos anticonceptivos

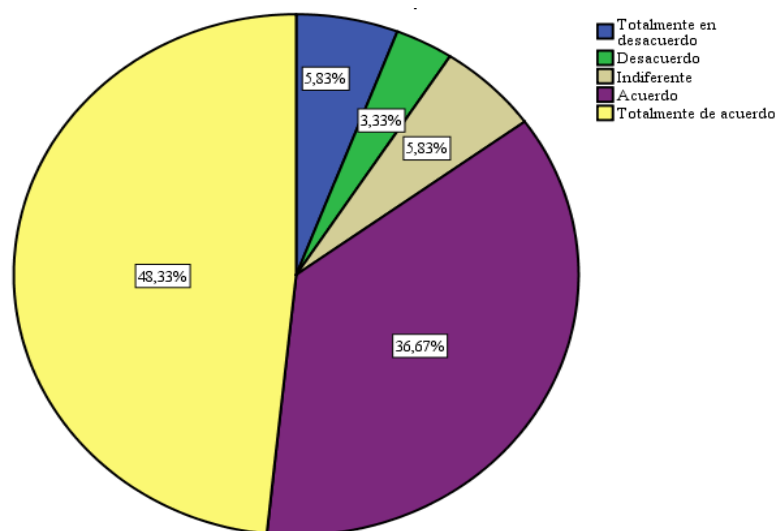
**Tabla 8. Criterio sobre el conocimiento del uso adecuado de métodos anticonceptivos**

| Respuesta                | Frecuencia | Porcentaje   |
|--------------------------|------------|--------------|
| Totalmente en desacuerdo | 21         | 5,8          |
| Desacuerdo               | 12         | 3,3          |
| Indiferente              | 21         | 5,8          |
| Acuerdo                  | 132        | 36,7         |
| Totalmente de acuerdo    | 174        | 48,3         |
| <b>Total</b>             | <b>360</b> | <b>100,0</b> |

**Fuente:** Base de Datos

**Elaborado por:** Andrea Cevallos Teneda

**Gráfico 9. Criterio sobre el conocimiento del uso adecuado de métodos anticonceptivos**



Fuente: Base de Datos

Realizado por: Andrea Cevallos Teneda

Los estudiantes, en cuanto a si deberían conocer el uso adecuado de métodos anticonceptivos, manifestaron que, están totalmente de acuerdo, y de acuerdo en un 48.33% y 36.67% respectivamente. Al 5.83% de los alumnos les pareció indiferente el tema; y existieron bajos porcentajes de desacuerdo con un 3.33%, y de total desacuerdo con el 5.83% de la población.

Los adolescentes muestran una actitud favorable en cuanto a conocer sobre el uso adecuado de anticonceptivos; lo que evidencia el interés por su salud sexual y reproductiva; pues no basta que haya disponibilidad de métodos de anticoncepción; es importante la enseñanza del uso correcto de los mismos.

#### 4.2.5 Criterio sobre el rol de los Servicios de Salud en información y asesoría sobre temas de sexualidad y anticoncepción

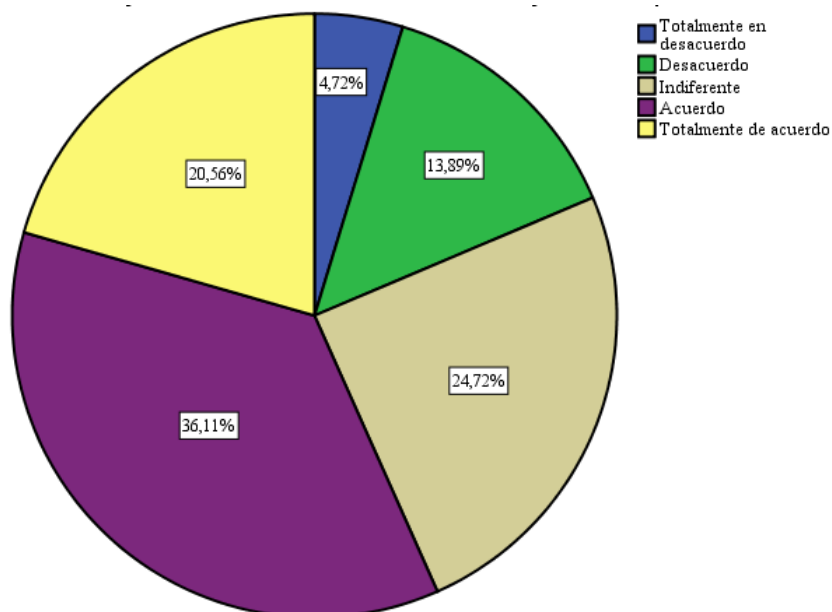
**Tabla 9. Criterio sobre el rol de los Servicios de Salud en información y asesoría sobre temas de sexualidad y anticoncepción**

| Respuesta                | Frecuencia | Porcentaje   |
|--------------------------|------------|--------------|
| Totalmente en desacuerdo | 17         | 4,7          |
| Desacuerdo               | 50         | 13,9         |
| Indiferente              | 89         | 24,7         |
| Acuerdo                  | 130        | 36,1         |
| Totalmente de acuerdo    | 74         | 20,6         |
| <b>Total</b>             | <b>360</b> | <b>100,0</b> |

Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Andrea Cevallos Teneda

**Gráfico 10. Criterio sobre el rol de los Servicios de Salud en información y asesoría sobre temas de sexualidad y anticoncepción**



Fuente: Base de Datos

Realizado por: Andrea Cevallos Teneda

El ítem de la escala de actitudes que indaga sobre la necesidad de acudir a un establecimiento de salud para recibir información y asesoría sobre temas de sexualidad y anticoncepción, reveló que el 36.11% de los alumnos dijo estar de acuerdo, el 24.72% mostró una actitud de indiferencia; y el 13.89% mantuvo criterios de desacuerdo.

Aunque se evidencia que los estudiantes mostraron una mayor tendencia a estar en algún grado de aceptabilidad con el ítem planteado; no se debe restar la importancia que tiene la actitud de indiferencia entre los estudiantes y el grado de desacuerdo en algunos de ellos.

Esto suceda posiblemente porque los establecimientos de salud les generan poca confianza a los jóvenes, y aunque el Sistema Nacional de Salud obedece a ciertas políticas entre las que se encuentran temas de sexualidad y embarazo adolescente, parece que no están teniendo el impacto esperado; haciendo que todavía los jóvenes no vean a los establecimientos de salud como sitios a dónde puedan acudir para obtener información de calidad en temas de sexualidad y la confidencialidad que necesitan.

#### **4.2.6 Criterio sobre la asistencia a un establecimiento de salud para la obtención de métodos anticonceptivos**

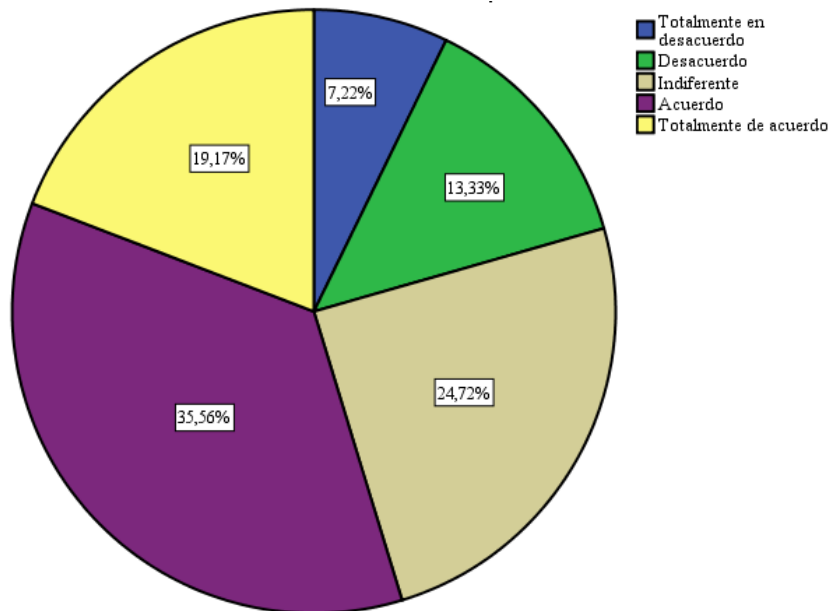
**Tabla 10. Criterio sobre la asistencia a un establecimiento de salud para la obtención de métodos anticonceptivos**

| Respuesta                | Frecuencia | Porcentaje   |
|--------------------------|------------|--------------|
| Totalmente en desacuerdo | 26         | 7,2          |
| Desacuerdo               | 48         | 13,3         |
| Indiferente              | 89         | 24,7         |
| Acuerdo                  | 128        | 35,6         |
| Totalmente de acuerdo    | 69         | 19,2         |
| <b>Total</b>             | <b>360</b> | <b>100,0</b> |

Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Andrea Cevallos Teneda

**Gráfico 11. Criterio sobre la asistencia a un establecimiento de salud para la obtención de métodos anticonceptivos**



Fuente: Base de Datos

Realizado por: Andrea Cevallos Teneda

El 54.73% de los adolescentes manifestó algún grado de aceptabilidad al enunciado planteado; sin embargo el grupo de estudiantes con respuesta indiferente al tema es también importante; evidenciándose que los adolescentes no están seguros de acudir a los establecimientos de salud en caso de requerir anticonceptivos; y además un 20.55% del alumnado no considera apropiado acudir a estas unidades de salud para adquirirlos.

Estos porcentajes de “indiferencia”, “desacuerdo” y “total desacuerdo”, constituyen un factor de riesgo para el uso incorrecto de anticonceptivos y el no uso de éstos, pues los adolescentes posiblemente obtengan los anticonceptivos en otros lugares, lo que no

asegura una correcta asesoría previa para la utilización de los mismos, como también puede ocurrir que se abstengan a utilizarlos.

Al comparar estos resultados, con el enunciado anterior, vemos que existen semejanzas bastante cercanas entre los adolescentes que aceptaron acudir a los establecimientos de salud para recibir información de sexualidad 56.67%, con los que aceptaron acudir a estas unidades para obtener métodos anticonceptivos 54.73%. De igual manera los resultados son similares entre los alumnos que indicaron estar en algún grado de desacuerdo en obtener información de sexualidad en estos centros 18.61% y los que no consideraban adecuado obtener anticonceptivos en estos lugares 20.55%

Lo que nos lleva a pensar que el grupo de población investigado manifestó en general actitudes de aceptabilidad para las instituciones públicas de salud, quedando aún una minoría que no le agrada la idea de acudir a estos lugares en caso de necesitar ayuda de información sexual o anticonceptiva.

#### **4.2.7 Necesidad de la autorización del padre o madre del adolescente para obtener algún método anticonceptivo**

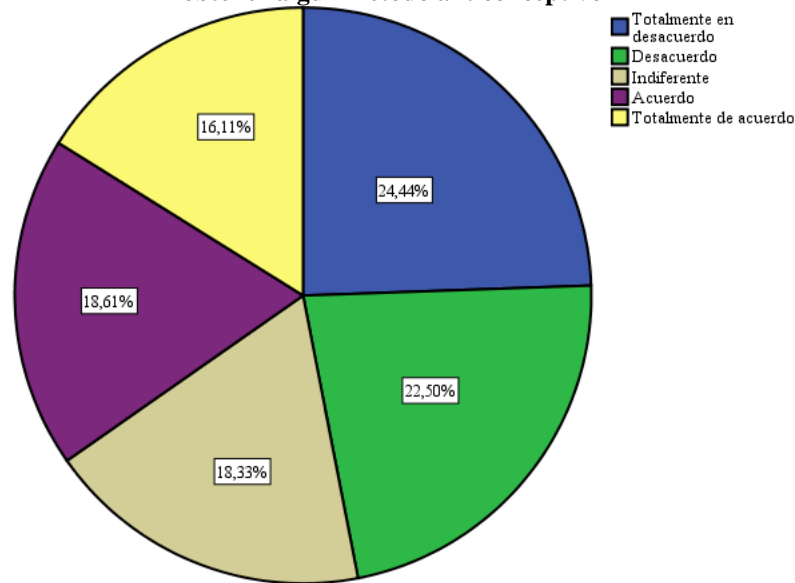
**Tabla 11. Necesidad de la autorización del padre o madre del adolescente para obtener algún método anticonceptivo**

| <b>Respuesta</b>         | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> |
|--------------------------|-------------------|-------------------|
| Totalmente en desacuerdo | 88                | 24,4              |
| Desacuerdo               | 81                | 22,5              |
| Indiferente              | 66                | 18,3              |
| Acuerdo                  | 67                | 18,6              |
| Totalmente de acuerdo    | 58                | 16,1              |
| <b>Total</b>             | <b>360</b>        | <b>100,0</b>      |

**Fuente:** Base de Datos

**Elaborado por:** Andrea Cevallos Teneda

**Gráfico 12. Necesidad de la autorización del padre o madre del adolescente para obtener algún método anticonceptivo**



Fuente: Base de Datos

Realizado por: Andrea Cevallos Teneda

Se interrogó a los estudiantes si ellos necesitan la autorización de su padre o madre para la obtención de algún método anticonceptivo; a lo que un 24.44% de ellos respondió estar totalmente en desacuerdo y un 22.50% en desacuerdo. Además se evidenció que el 18.33% de los estudiantes indicó estar indiferente al tema; y en lo que respecta a las respuestas contrarias, se encontró que el 18.61% del alumnado estuvo de acuerdo, y un 16.11% totalmente de acuerdo.

Se comprueba entonces que en su mayoría, los estudiantes tienen una actitud positiva en cuanto a ejercer su derecho de libre decisión de métodos anticonceptivos; sin embargo 125 (34.72%) estudiantes consideran que este tipo de decisiones se las debe realizar con la autorización de sus familias.

Esto nos conlleva a pensar en que probablemente los jóvenes no conozcan sus derechos sexuales y reproductivos los mismos que están ligados profundamente a la salud sexual del individuo. Pues como está reflejado en el Programa de Acción de la CIPD, que indica que, “si bien los padres tienen la responsabilidad de guiar las decisiones de las/ los adolescentes, no tienen el derecho absoluto a tomar decisiones sobre sus vidas o su salud. Se enfatiza que los derechos de los padres deben equilibrarse con los derechos de los y las adolescentes al más alto nivel posible de salud, privacidad, confidencialidad, educación y consentimiento informado. También insta a que se eliminen los obstáculos sociales y

legales al acceso de las y los adolescentes a los servicios de salud reproductiva”.  
(Ahumada, 2006) (Vásquez, 2009)

#### 4.2.8 Necesidad de la autorización de la pareja para elegir y acceder por algún método anticonceptivo

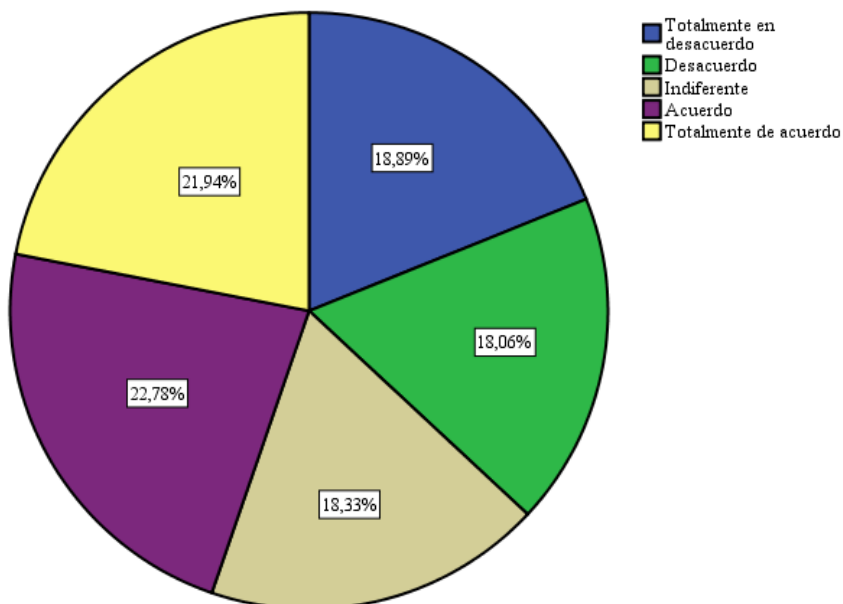
**Tabla 12. Necesidad de la autorización de la pareja para elegir y acceder por algún método anticonceptivo**

| Respuesta                | Frecuencia | Porcentaje   |
|--------------------------|------------|--------------|
| Totalmente en desacuerdo | 68         | 18,9         |
| Desacuerdo               | 65         | 18,1         |
| Indiferente              | 66         | 18,3         |
| Acuerdo                  | 82         | 22,8         |
| Totalmente de acuerdo    | 79         | 21,9         |
| <b>Total</b>             | <b>360</b> | <b>100,0</b> |

Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Andrea Cevallos Teneda

**Gráfico 13. Necesidad de la autorización de la pareja para elegir y acceder por algún método anticonceptivo**



Fuente: Base de Datos

Realizado por: Andrea Cevallos Teneda

En cuanto a la necesidad del adolescente de tener la autorización de su pareja para elegir y acceder por algún método anticonceptivo, se constató que: el 22.78% estuvo de

acuerdo, un 18.33% de la población se mantuvo indiferente y el 18.89% estuvo en total desacuerdo.

Los resultados obtenidos revelan pequeñas diferencias entre los participantes, teniendo así que entre el grupo que manifestó algún grado de acuerdo vs el grupo con algún grado de desacuerdo, únicamente existió una diferencia porcentual del 7.77%.

Al parecer el desconocimiento de algunas normas en cuanto a decisiones reproductivas, conllevan a obtener los resultados presentados; pues la nueva “Regularización del Acceso y Disponibilidad de Métodos Anticonceptivos” manifiesta en su artículo 3: “El Ministerio de Salud Pública proveerá información, asesoría y entregará métodos anticonceptivos, a través de sus Establecimientos de Salud... En ninguno de los casos se requerirá autorización de la pareja ni de ningún familiar, para el uso de un método anticonceptivo.” (Acuerdo Ministerial-Ecuador, 2013). Esta reglamentación coincide además en lo que enunciado en la Norma y Protocolo de Planificación Familiar del MSP, que expresa que “no se requiere del consentimiento o aceptación de la pareja para la elección de cualquier método anticonceptivo, incluyendo los quirúrgicos.” (MSP, 2010)

Pero también se puede presumir que los resultados obtenidos que muestran una actitud negativa de los adolescentes, se deba a que tengan problemas en discernir, entre la diferencia que existe en: elegir adecuadamente y de forma mutua (hombre y mujer) un método anticonceptivo vs el de tener la autorización obligada de la pareja para acceder por alguno de estos métodos.

#### 4.2.9 Entrega del AOE (anticonceptivo oral de emergencia o “píldora del día después”) sin restricción en los establecimientos de salud

**Tabla 13. Entrega del AOE sin restricción en los establecimientos de salud**

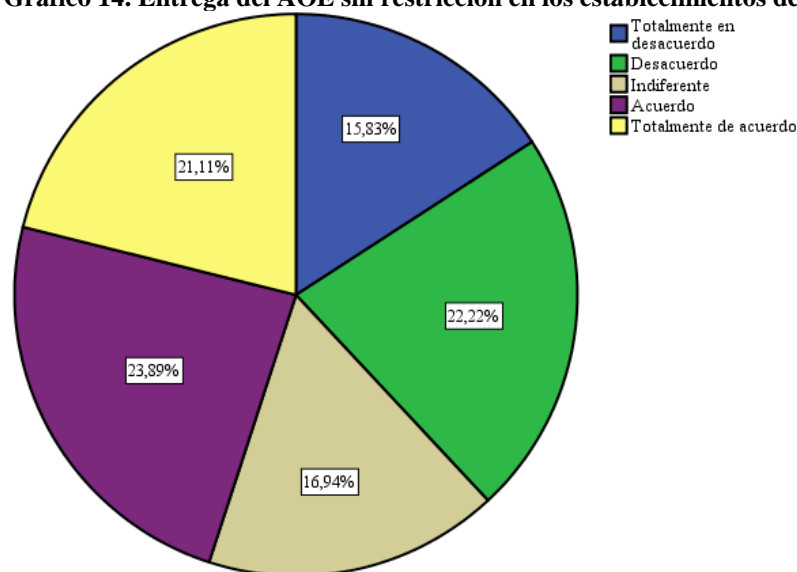
| Respuesta                | Frecuencia | Porcentaje   |
|--------------------------|------------|--------------|
| Totalmente en desacuerdo | 57         | 15,8         |
| Desacuerdo               | 80         | 22,2         |
| Indiferente              | 61         | 16,9         |
| Acuerdo                  | 86         | 23,9         |
| Totalmente de acuerdo    | 76         | 21,1         |
| <b>Total</b>             | <b>360</b> | <b>100,0</b> |

**Fuente:** Base de Datos

**Elaborado por:** Andrea Cevallos Teneda



**Gráfico 14. Entrega del AOE sin restricción en los establecimientos de salud**



Fuente: Base de Datos

Realizado por: Andrea Cevallos Teneda

Al preguntarles a los adolescentes acerca de si el AOE se debe entregar sin restricción en los establecimientos de salud, respondieron estar totalmente de acuerdo y de acuerdo un 21.11% y 23.89% de la población respectivamente. El 16.94% contestó estar indiferente, un 22.22% estuvo en desacuerdo y el 15.83% se mantuvo en total desacuerdo respecto al tema.

Los adolescentes muestran una actitud positiva en cuanto a la entrega del AOE sin restricción, pero la diferencia entre éstos y los que no lo están no es muy notoria, de hecho es de únicamente 25 estudiantes entre ambos grupos. Además los estudiantes que se muestran indiferentes al tema representan también un porcentaje importante.

Dichos resultados nos revela el criterio dividido entre los adolescentes, probablemente por el tipo de información o la ninguna información que tenga sobre este método anticonceptivo, lo que podría también explicar el porcentaje de la respuesta del grupo “indiferente”.

**4.2.10. Utilización del AOE (anticonceptivo oral de emergencia o “píldora del día después”) en caso de requerirlo**

**Tabla 14. Utilización del AOE en caso de requerirlo**

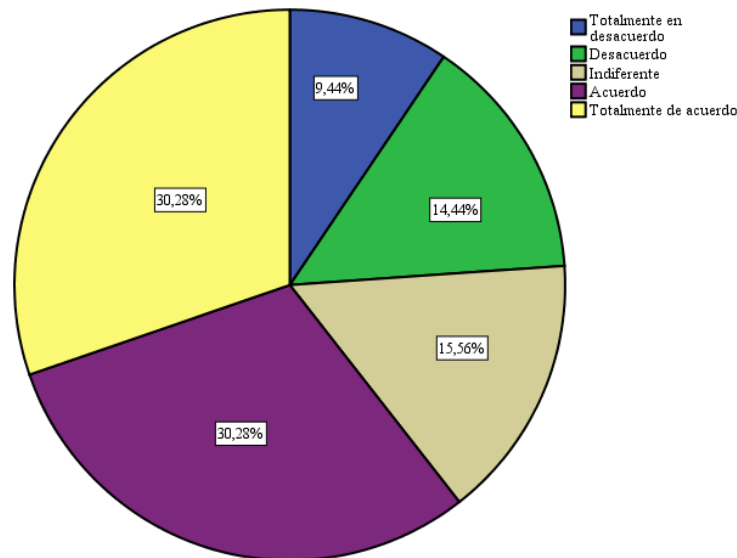
| Respuesta                | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------------|------------|------------|
| Totalmente en desacuerdo | 34         | 9,4        |
| Desacuerdo               | 52         | 14,4       |

|                       |            |              |
|-----------------------|------------|--------------|
| Indiferente           | 56         | 15,6         |
| Acuerdo               | 109        | 30,3         |
| Totalmente de acuerdo | 109        | 30,3         |
| <b>Total</b>          | <b>360</b> | <b>100,0</b> |

Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Andrea Cevallos Teneda

**Gráfico 15. Utilización del AOE en caso de requerirlo**



Fuente: Base de Datos

Realizado por: Andrea Cevallos Teneda

El enunciado que abarca el utilizar el AOE en caso de requerirlo arrojó los siguientes resultados: en iguales porcentajes del 30.28% los estudiantes estuvieron de acuerdo y en total acuerdo, el 15.56% de los estudiantes contestó estar indiferente, y el 14.44% y 9.44% de los alumnos dijo estar en desacuerdo y total desacuerdo respectivamente.

Como se evidencia existe entre los estudiantes una actitud positiva en cuanto al uso del anticonceptivo oral de emergencia con un 60.56% del alumnado vs el 30% de ellos que no lo están. Lo que representó un porcentaje mayor en relación al enunciado formulado anteriormente sobre el si el AEO debería entregarse sin restricción en las unidades de salud.

Esto marca criterios un poco contradictorios, pues si bien los estudiantes consideran que se debe utilizar el AOE en caso de necesitarlo, muchos también se oponen a su entrega en los establecimientos del MSP; y también persiste en ellos la actitud indiferente entre la

población investigada. Por lo tanto, nuevamente se pone en cuestionamiento el conocer qué tanto saben los adolescentes sobre el AOE y si estos conocimientos son los que influyen en sus respuestas en cuanto a distribución y uso del medicamento.

### 4.3. Medición de Percepciones y Actitudes (Respuestas SI/NO)

#### Medición de Percepciones

#### 4.3.1 Criterio sobre el uso de algún método anticonceptivo al tener relaciones sexuales.

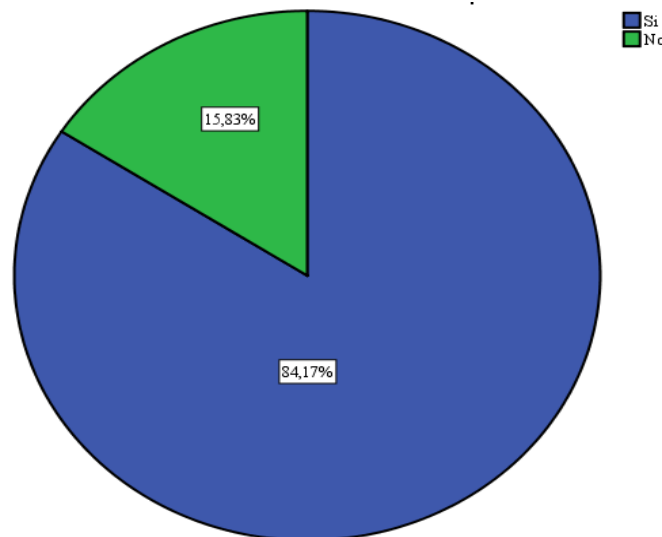
Tabla 15. Criterio sobre el uso de algún método anticonceptivo al tener relaciones sexuales

| Respuesta    | Frecuencia | Porcentaje   |
|--------------|------------|--------------|
| Si           | 303        | 84,2         |
| No           | 57         | 15,8         |
| <b>Total</b> | <b>360</b> | <b>100,0</b> |

Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Andrea Cevallos Teneda

Gráfico 16. Criterio sobre el uso de algún método anticonceptivo al tener relaciones sexuales



Fuente: Base de Datos

Realizado por: Andrea Cevallos Teneda

La pregunta: piensas que si para tener relaciones sexuales se debe utilizar algún método anticonceptivo, demostró que el 84.17% de la población estuvo de acuerdo con ello, y un 15.83% no lo estaba.

En la población investigada existe por lo tanto, una mayoría significativa que considera adecuado el uso de anticonceptivos al momento de tener relaciones sexuales; lo que

marca un factor protector entre la población adolescente, que se muestra aparentemente responsable en su sexualidad y consciente de la importancia de medidas anticonceptivas.

Sin embargo, no hay que dejar de lado el grupo de encuestados que manifestaron que no se debería utilizar anticonceptivos para tener relaciones sexuales; esto podría estar relacionado a factores como las Fantasías de Esterilidad en adolescentes y/o falta o distorsión de la información que hace que resten importancia e interés al uso de métodos anticonceptivos, pensando que a ellos no les podría ocurrir el hecho de ser padres o madres adolescentes e inclusive el contraer alguna enfermedad de transmisión sexual. Según: Baron y Brown: “los adolescentes tienen la creencia de que son inmunes, al daño potencial de las conductas de riesgo lo que se conoce como la invulnerabilidad del adolescente” (Vargas, 2002)

#### 4.3.2 Antes existía acceso limitado de anticonceptivos para los adolescentes en los establecimientos de salud. ¿Considerabas esto correcto?

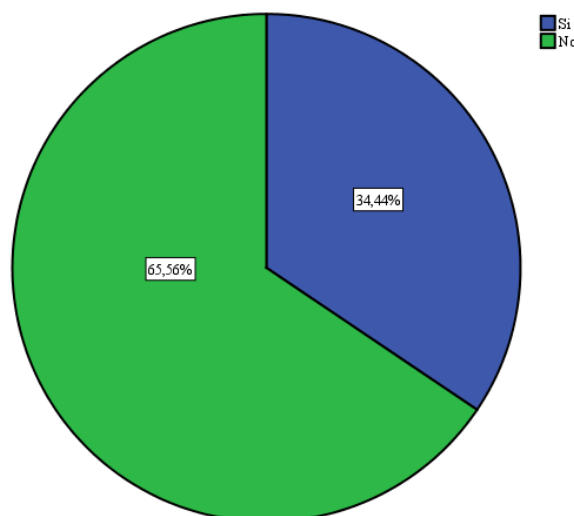
**Tabla 16. Antes existía acceso limitado de anticonceptivos para los adolescentes en los establecimientos de salud. ¿Considerabas esto correcto?**

| Respuesta    | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|------------|
| Si           | 124        | 34,4       |
| No           | 236        | 65,6       |
| <b>Total</b> | 360        | 100,0      |

Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Andrea Cevallos Teneda

**Gráfico 17. Antes existía acceso limitado de anticonceptivos para los adolescentes en los establecimientos de salud. Considerabas esto correcto?**



Fuente: Base de Datos

Realizado por: Andrea Cevallos Teneda

Un 34.44% de los estudiantes consideró correcto el que antes existiera acceso limitado a anticonceptivos para los adolescentes en los establecimientos de salud; y un 65.56% del alumnado no lo consideró así.

Es menor el porcentaje de la población que considera correcto el acceso limitado para adolescentes, lo que probablemente se deba a estereotipos sobre sexualidad, o tal vez piensen que esta medida pueda aumentar la actividad sexual entre los jóvenes; por lo que sería importante la difusión de las ventajas que se ofrecen en los establecimientos de salud en cuanto a anticoncepción, no solamente en relación a su entrega, también en la asesoría que se brinda al usuario.

Por otro lado, y de forma favorable, se evidencia que la población mayoritaria no estuvo de acuerdo con la restricción que antes existía; lo que refleja su preocupación por el cumplimiento de sus derechos sexuales y ciudadanos.

#### 4.3.3 Percepción sobre la mujer y su relación en la toma de medidas anticonceptivas

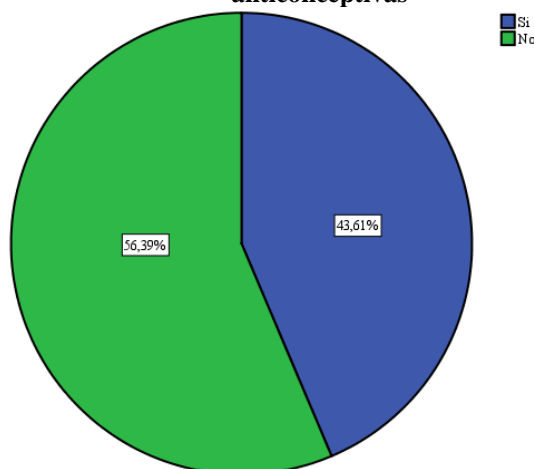
**Tabla 17. Percepción sobre la mujer y su relación en la toma de medidas anticonceptivas**

| Respuesta    | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|------------|
| Si           | 157        | 43,6       |
| No           | 203        | 56,4       |
| <b>Total</b> | 360        | 100,0      |

Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Andrea Cevallos Teneda

**Gráfico 18. Percepción sobre la mujer y su relación en la toma de medidas anticonceptivas**



Fuente: Base de Datos

Realizado por: Andrea Cevallos Teneda

De la población adolescente investigada, se obtuvo que el 43.61% considera que la mujer sea quien deba tomar medidas para no quedar embarazada; mientras que el 56.39% no lo consideró de esa manera.

Como se puede observar, y aunque con no mucha diferencia entre las respuestas, existe una buena parte de adolescentes que piensan que la mujer es la encargada de “cuidarse”; evidenciándose entre la población una marcada desigualdad de género; lo que deja en evidencia que aún se mantienen mitos que dicen que únicamente es responsabilidad de la mujer el no quedar embarazada, relegando el rol del hombre en temas anticonceptivos y de paternidad. Es necesario recalcar que la mayor parte de los estudiantes investigados correspondían al sexo masculino.

#### 4.3.4 Prejuicio social como limitación para el acceso a métodos anticonceptivos.

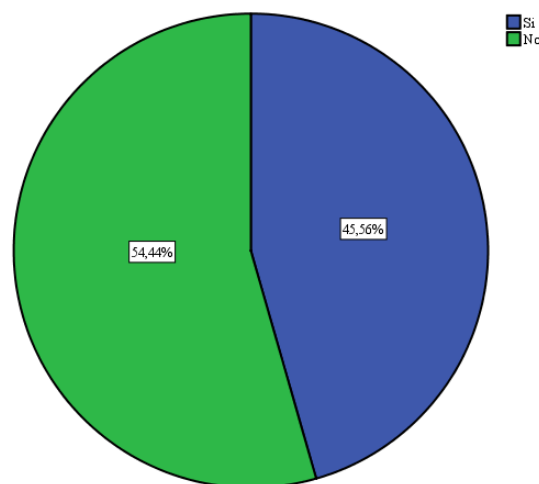
**Tabla 18. Prejuicio social como limitación para el acceso a métodos anticonceptivos**

| Respuesta    | Frecuencia | Porcentaje   |
|--------------|------------|--------------|
| Si           | 164        | 45,6         |
| No           | 196        | 54,4         |
| <b>Total</b> | <b>360</b> | <b>100,0</b> |

Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Andrea Cevallos Teneda

**Gráfico 19. Prejuicio social como limitación para el acceso a métodos anticonceptivos**



Fuente: Base de Datos

Realizado por: Andrea Cevallos Teneda

El 45.56% (164) de los estudiantes consideran que el miedo a qué dirán (prejuicio social) hace que no accedan a métodos anticonceptivos, mientras que el 54.44% (196) de los adolescentes no lo consideraban de esa manera.

Pese a que la educación sexual se ha incrementado en los últimos años, y que hoy existe acceso libre a anticonceptivos para los adolescentes; se mantiene aún entre la población conductas reprimidas y conservadoras; como lo demuestra los resultados de la encuesta.

Al parecer para los adolescentes, sigue siendo una barrera el prejuicio social al que se puedan ver sometidos si tratan de obtener anticonceptivos, aspecto que involucra no solamente a los adolescentes, sino también a la ciudadanía en general, pues tabúes o mitos de sexualidad y más aún de sexualidad adolescente, están presentes todavía tanto en jóvenes como en adultos.

#### 4.3.5 Principios religiosos como limitación para el acceso a métodos anticonceptivos

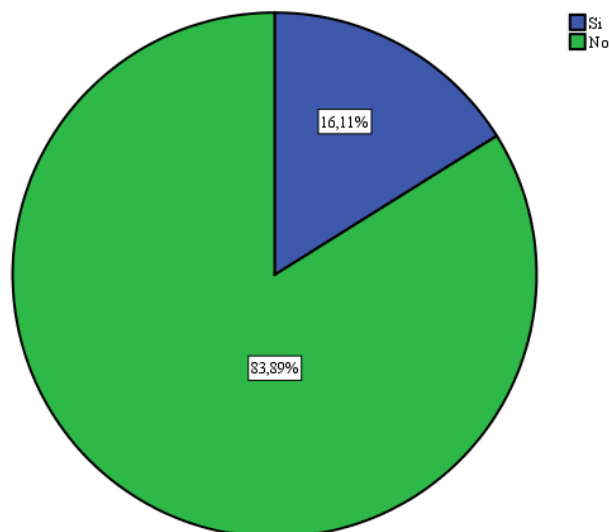
**Tabla 19. Principios religiosos como limitación para el acceso a métodos anticonceptivos**

| Respuesta | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|------------|------------|
| Si        | 58         | 16,1       |
| No        | 302        | 83,9       |
| Total     | 360        | 100,0      |

Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Andrea Cevallos Teneda

**Gráfico 20. Principios religiosos como limitación para el acceso a métodos anticonceptivos**



Fuente: Base de Datos

Realizado por: Andrea Cevallos Teneda

Los principios religiosos impiden al 16.11% de los alumnos evaluados el acceso a métodos anticonceptivos aún si los requieren; y a un 83.89% de los estudiantes no les afecta o influye.

Un gran porcentaje del alumnado no ve a la religión como un obstáculo para sus decisiones anticonceptivas, lo que marca una tendencia al cambio en relación a décadas pasadas, en donde el tema religión parecía influir notablemente en conductas de sexualidad. Pero, el grupo de estudiantes que encuentran a su religión como causa para no acceder a anticonceptivos, refleja que todavía el Ecuador tiene una sociedad estigmatizante y represiva que influye en que los adolescentes vean su sexualidad como “pecado” o como falta a la moral; así también la mayoría de hogares en los que la religiosidad se encuentra bastante arraigada en su vida, quieren perpetuarla de igual forma a sus hijos, lo que les genera una barrera al momento de adquirir anticonceptivos.

#### 4.3.6 Creencia sobre el uso de métodos anticonceptivos y la interferencia con la actividad sexual

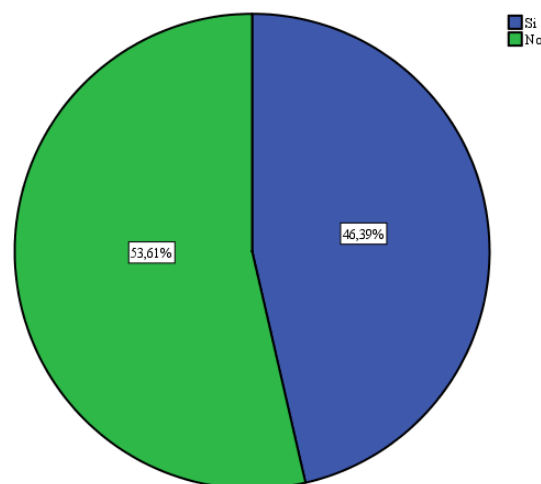
**Tabla 20. Creencia sobre el uso de métodos anticonceptivos y la interferencia con la actividad sexual**

| Respuesta | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|------------|------------|
| Si        | 167        | 46,4       |
| No        | 193        | 53,6       |
| Total     | 360        | 100,0      |

Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Andrea Cevallos Teneda

**Gráfico 21. Creencia sobre el uso de métodos anticonceptivos y la interferencia con la actividad sexual**



Fuente: Base de Datos

Realizado por: Andrea Cevallos Teneda



Al interrogar a los estudiantes si creían que el uso de métodos anticonceptivos interfiere con la actividad sexual, el 46.39% de ellos dijeron que sí lo hacía, mientras que un 53.61% consideraba que no.

Las diferencias entre ambas respuestas son bastante estrechas, correspondiendo a un 7.22%. Es evidente entonces, que los mitos sobre el uso de métodos anticonceptivos, generan en los adolescentes miedos y muchas inquietudes con respecto a su uso, la mayoría de jóvenes e inclusive adultos creen por ejemplo que el uso de condón disminuye la sensibilidad y que esto les impediría una relación sexual satisfactoria.

#### 4.3.7 ¿Consideras correcto que ahora los adolescentes tengan acceso libre a anticonceptivos en los establecimientos de salud?

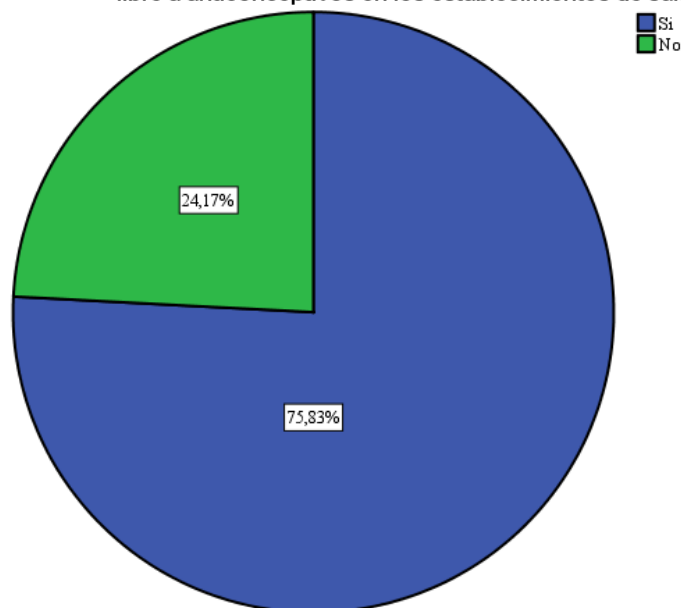
**Tabla 21. Consideras correcto que ahora los adolescentes tengan acceso libre a anticonceptivos en los establecimientos de salud?**

| Respuesta    | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|------------|
| Si           | 273        | 75,8       |
| No           | 87         | 24,2       |
| <b>Total</b> | 360        | 100,0      |

Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Andrea Cevallos Teneda

**Gráfico 22. ¿Consideras correcto que ahora los adolescentes tengan acceso libre a anticonceptivos en los establecimientos de salud?**



Fuente: Base de Datos

Realizado por: Andrea Cevallos Teneda

A 273 estudiantes, que corresponden a un porcentaje del 75.83% de la población investigada, les parece correcto que ahora los adolescentes tengan acceso libre a anticonceptivos en los establecimientos de salud; mientras que 87 alumnos, que equivalen al 24.17% no están de acuerdo con ésta medida.

El hecho de que la mayoría de la población encuestada estuvo de acuerdo con el acceso de anticonceptivos podría contribuir a una sexualidad responsable en los adolescentes. Y el bajo porcentaje que piensa que esta medida es incorrecta, puede ser quizá por falta de madurez, por poca información sobre el tema o por mitos y tabúes de sexualidad aún presentes.

Solamente con un criterio bien formado, la distribución gratuita y sin limitaciones de un anticonceptivo permitirá lograr los objetivos del programa y con ello los beneficios sociales que involucra.

### **Medición de Actitudes**

#### **4.3.8 ¿Antes de la regularización del acceso libre a anticonceptivos acudías a los establecimientos de salud por ellos?**

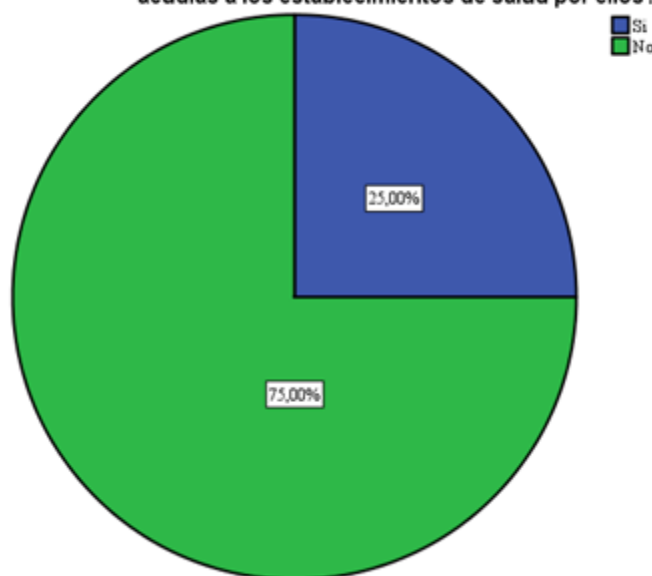
**Tabla 22. ¿Antes de la regularización del acceso libre a anticonceptivos acudías a los establecimientos de salud por ellos?**

| <b>Respuesta</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> |
|------------------|-------------------|-------------------|
| Si               | 90                | 25,0              |
| No               | 270               | 75,0              |
| Total            | 360               | 100,0             |

**Fuente:** Base de Datos

**Elaborado por:** Andrea Cevallos Teneda

**Gráfico 23 ¿Antes de la regularización del acceso libre a anticonceptivos acudías a los establecimientos de salud por ellos?**



Fuente: Base de Datos

Realizado por: Andrea Cevallos Teneda

Antes de que exista la regularización del acceso libre a anticonceptivos, el 25% de los estudiantes acudían a los establecimientos de salud por ellos, y un 75% de los adolescentes no lo hacía.

Los resultados revelan la poca afluencia de este grupo poblacional hacia las unidades de salud para la obtención de métodos anticonceptivos.

#### 4.3.9 ¿Ahora con la nueva regularización del acceso libre a anticonceptivos acudes a los establecimientos de salud por éstos?

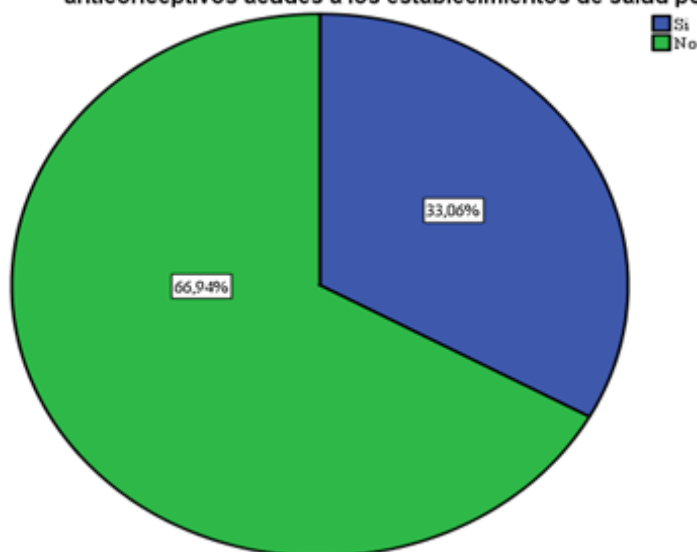
**Tabla 23. ¿Ahora con la nueva regularización del acceso libre a anticonceptivos acudes a los establecimientos de salud por éstos?**

| Respuesta | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|------------|------------|
| Sí        | 119        | 33,1       |
| No        | 241        | 66,9       |
| Total     | 360        | 100,0      |

Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Andrea Cevallos Teneda

**Gráfico 24 ¿Ahora con la nueva regularización del acceso libre a anticonceptivos acudes a los establecimientos de salud por éstos?**



Fuente: Base de Datos

Realizado por: Andrea Cevallos Teneda

Ahora con la nueva regularización del acceso libre a anticonceptivos, el 33.06% de los alumnos dijo acudir a las unidades de salud, mientras que el 66.94% de la población no lo hace.

Pese al libre acceso de anticonceptivos para adolescentes que hoy en día existe, los jóvenes no parecen ver en estos establecimientos los lugares propicios para la obtención de anticonceptivos; lo que plantea como inquietudes la falta de difusión de la nueva regularización establecida, y de las ventajas que conlleva la misma, especialmente para el grupo adolescente.

#### 4.4 Resultado de la Medición de las Actitudes (Escala de Likert)

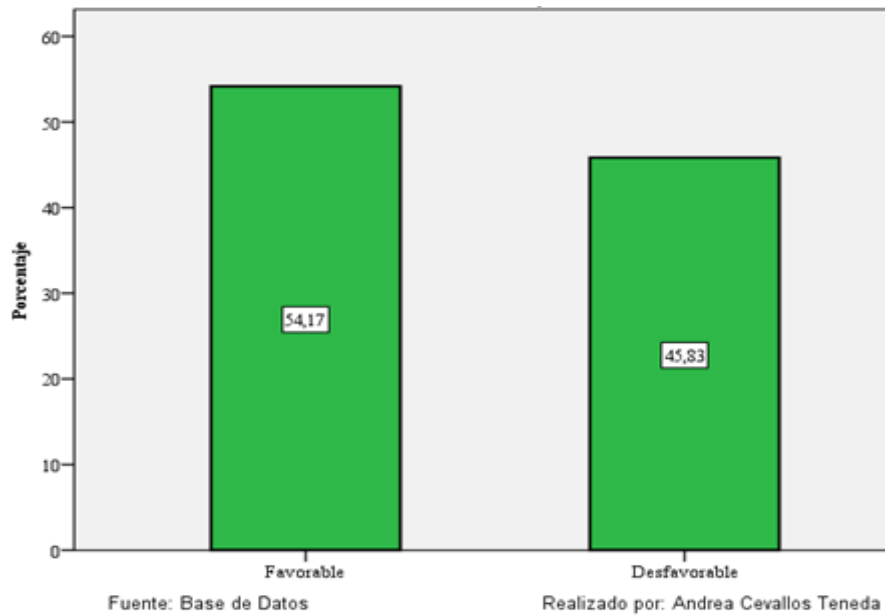
**Tabla 24. Resultado de la Medición de las Actitudes (Escala de Likert)**

| Respuesta    | Frecuencia | Porcentaje   |
|--------------|------------|--------------|
| Favorable    | 195        | 54,2         |
| Desfavorable | 165        | 45,8         |
| <b>Total</b> | <b>360</b> | <b>100,0</b> |

Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Andrea Cevallos Teneda

**Gráfico 25. Resultados de la Medición de Actitudes (Escala de Likert)**



El 54.17% de la población encuestada presentó resultados que muestran actitudes favorables, mismos que abordaron temáticas que incluían: la importancia de tratar temas de sexualidad y anticoncepción, la información y entrega de anticonceptivos en los establecimientos de salud, la autorización de los padres y pareja para el acceso a métodos anticonceptivos y las actitudes hacia el uso y distribución del anticonceptivo oral de emergencia. Por otro parte, el 45.83% de los adolescentes presentó actitudes negativas.

Con los resultados de esta investigación podemos decir que existen actitudes divididas entre los estudiantes de la investigación; pero se evidencia una tendencia hacia actitudes favorables con respecto a temas de sexualidad y anticoncepción, lo que marca una pauta importante de la educación sexual que están teniendo los jóvenes. Pues según varias teorías sobre la formación de las actitudes, se establece que éstas se desarrollan a partir de conocimientos previos, o la fusión entre los conocimientos previos y nuevos que recibe una persona.

#### **4.4. Verificación de la Hipótesis**

- **Formulación de la Hipótesis:**

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

H<sub>0</sub> = La Regularización del acceso y disponibilidad de Métodos Anticonceptivos *no* incide en las Percepciones y Actitudes de Adolescentes de la Unidad Educativa Bolívar.

- **Elección de la Prueba Estadística**

El método estadístico para comprobar las hipótesis fue chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) por ser una prueba que permitió medir la relación entre las dos variables de las hipótesis, y la relación o no de dependencia entre las mismas.

- **Nivel de Significancia**

0.05

- **Tabla de Contingencia- Variable Percepciones**

**Tabla 25. Antes existía acceso limitado de anticonceptivos para los adolescentes en los establecimientos de salud. Considerabas esto correcto? \* ¿Consideras correcto que ahora los adolescentes tengan acceso libre a anticonceptivos en los establecimientos de salud?**

|  |    |             | ¿Consideras correcto que ahora los adolescentes tengan acceso libre a anticonceptivos en los establecimientos de salud? |       | <b>TOTAL</b> |
|--|----|-------------|---|-------|--------------|
|  |    |             | Si  | No    |              |
| Antes existía acceso limitado de anticonceptivos para los adolescentes en los establecimientos de salud. | SI | Recuento    | 88  | 36    | 124          |
|  |    | % del total | 24,4%   | 10,0% | 34,4%        |
| Considerabas esto correcto?  | NO | Recuento    | 185   | 51    | 236          |
|  |    | % del total | 51,4%   | 14,2% | 65,6%        |
| <b>TOTAL</b>   |    | Recuento    | 273   | 87    | 360          |
|  |    | % del total | 75,8%   | 24,2% | 100,0%       |

**Fuente:** Base de Datos del paquete estadístico IBM SPSS Statistics 20

**Investigadora:** Andrea Cevallos Teneda

**Tabla 26. Prueba Chi-cuadrado**

|                         | Valor              | Gl | Sig. asintótica (bilateral) | Sig. exacta (bilateral) | Sig. exacta (unilateral) |
|-------------------------|--------------------|----|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 2,443 <sup>a</sup> | 1  | ,118                        |                         |                          |

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 29,97.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

**Fuente:** Base de Datos del paquete estadístico IBM SPSS Statistics 20

**Investigadora:** Andrea Cevallos Teneda

- **Decisión**

Aunque los resultados reflejan un cambio de percepciones, que equivale al 10.2% de los estudiantes; al realizar la prueba de Chi-Cuadrado se obtuvo un valor de 0.118, que es mayor al nivel de significancia 0.05, lo que nos lleva a aceptar la hipótesis nula. Estableciéndose así, que la “Regularización del acceso y disponibilidad de métodos anticonceptivos” no incide en las percepciones de los adolescentes de la Unidad Educativa Bolívar.

Probablemente esto se deba, a que las percepciones parten de las motivaciones, los intereses personales y las interacciones que se tiene con otras personas. Y los cambios de éstas, se dan a medida que se enriquece la experiencia del individuo o varían sus necesidades.

Un nuevo reglamento que regula el acceso libre a anticonceptivos, no puede modificar las percepciones de un individuo, mientras la persona continúe interpretando estos cambios de acuerdo a patrones mentales y experiencias previamente establecidas.

- **Tabla de Contingencia- Variable Actitudes**

**Tabla 27. ¿Antes de la regularización del acceso libre a anticonceptivos acudías a los establecimientos de salud por ellos? \* ¿Ahora con la nueva regularización del acceso libre a anticonceptivos acudes a los establecimientos de salud por éstos?**

|   |    |             | ¿Ahora con la nueva regularización del acceso libre a anticonceptivos acudes a los establecimientos de salud por éstos? |       | TOTAL  |
|---|----|-------------|---|-------|--------|
|   |    |             | SI  | NO    |        |
| ¿Antes de la regularización del acceso libre a anticonceptivos acudías a los establecimientos de salud por ellos? | SI | Recuento    | 47  | 43    | 90     |
|   |    | % del total | 13,1%   | 11,9% | 25,0%  |
|   | NO | Recuento    | 72  | 198   | 270    |
|   |    | % del total | 20,0%   | 55,0% | 75,0%  |
| <b>TOTAL</b>  |    | Recuento    | 119   | 241   | 360    |
|   |    | % del total | 33,1%   | 66,9% | 100,0% |

**Fuente:** Base de Datos del paquete estadístico IBM SPSS Statistics 20

**Investigadora:** Andrea Cevallos Teneda

**Tabla 28. Prueba Chi-cuadrado**

|                         | <b>Valor</b>        | <b>Gl</b> | <b>Sig. asintótica<br/>(bilateral)</b> | <b>Sig. exacta<br/>(bilateral)</b> | <b>Sig. exacta<br/>(unilateral)</b> |
|-------------------------|---------------------|-----------|--|------------------------------------|-------------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 19,921 <sup>a</sup> | 1         | ,000                                   |                                    |                                     |

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 29,75.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

**Fuente:** Base de Datos del paquete estadístico IBM SPSS Statistics 20

**Investigadora:** Andrea Cevallos Teneda

- **Decisión**

El valor del Chi-Cuadrado = 0.000, que es menor al nivel de significancia de 0.05. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula, y se acepta la alternativa. Teniendo así, que la “Regularización del Acceso y Disponibilidad de Métodos Anticonceptivos” incide en las actitudes de los adolescentes de la Unidad Educativa Bolívar.

En la investigación se comprobó que ahora son más el número de adolescentes que acuden a los establecimientos de salud por métodos anticonceptivos; lo que se puede interpretar como una actitud favorable hacia estas unidades, que ofrecen éstos métodos de manera gratuita y con asesoría sobre el uso adecuado de los mismos.

Sin embargo, el número de adolescentes que dijeron acudir a estos lugares, no representan cifras muy altas, como las que se esperaría con esta nueva regularización; lo que refleja la necesidad de la difusión adecuada de este reglamento entre el grupo adolescente.



## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **CONCLUSIONES**

- No existe influencia de la nueva “Regularización del acceso y disponibilidad de métodos anticonceptivos” en las percepciones de los estudiantes investigados, pues antes y después de la nueva reforma ellos pensaban que era incorrecta la limitación de anticonceptivos para el grupo adolescente en los establecimientos de salud.
- La “Regularización del acceso y disponibilidad de métodos anticonceptivos” influye en las actitudes de los adolescentes de la Unidad Educativa Bolívar, ya que se evidenció un aumento en el número de individuos que a partir de esta nueva reforma acuden a las unidades de salud para obtener métodos anticonceptivos.
- Los adolescentes consideran que es importante utilizar algún método anticonceptivo al momento de tener relaciones sexuales, y creen que los mismos no interfieren con la actividad sexual.
- Los estudiantes encuestados creen en su mayoría que la mujer es quien debe tomar medidas para no quedar embarazada.
- Los adolescentes no ven el miedo a qué dirán (prejuicio social), ni a sus principios religiosos como obstáculos para acceder a métodos anticonceptivos en el caso de que los requieran.
- Los adolescentes demostraron actitudes favorables para hablar de temas de sexualidad y del uso adecuado de anticonceptivos, piensan además que estas temáticas deben ser abordadas tanto en sus hogares, como en su colegio.
- Los jóvenes de la Unidad Educativa Bolívar están de acuerdo en que es importante acudir a los establecimientos de salud tanto para recibir información de sexualidad y anticoncepción, como para obtener métodos anticonceptivos.
- Los adolescentes consideran que no es indispensable la autorización de sus padres para obtener anticonceptivos, mas creen que es necesaria la autorización de su pareja para utilizarlos, lo que reflejó una actitud negativa de los alumnos en éste último punto.

- Las actitudes de los jóvenes en relación al anticonceptivo oral de emergencia fueron positivas, ellos están de acuerdo, en que este medicamento debe entregarse sin restricción en las unidades de salud, y que se lo debe utilizar en caso de necesitarlo.

## **RECOMENDACIONES**

- Difundir la nueva “Regularización del acceso y disponibilidad de métodos anticonceptivos” entre los adolescentes, a fin de que conozcan los beneficios y derechos de los usuarios que acuden a los establecimientos de salud; haciendo énfasis en la entrega gratuita y sin ningún tipo de restricción o autorización para los anticonceptivos, la asesoría que se brinda sobre el uso adecuado de éstos, y la información que se proporciona sobre otros temas de sexualidad.
- Coordinar esfuerzos entre diferentes actores sociales: docentes, padres de familia, y personal de salud, para poder educar a los adolescentes de manera integral; si bien cada uno tendrá una herramienta diferente, las metas serán las mismas: prevenir el embarazo adolescente, inculcar el respeto al amor propio y al de la pareja, disminuir las conductas sexuales de riesgo, entre otras.
- Incluir temas como la importancia de la anticoncepción, sus ventajas y mitos sobre su uso, como parte de los programas y mallas curriculares de educación sexual que se imparten a los adolescentes en las instituciones educativas.
- Discutir con los adolescentes los servicios que se ofrecen en temas de salud sexual y reproductiva en los diferentes establecimientos de salud. Esta recomendación, puede ser abordada por personal del Ministerio de Salud Pública, como parte de sus actividades de Atención Primaria de Salud.
- Evaluar periódicamente la calidad de información y el impacto que tiene en los adolescentes la educación sexual que están recibiendo por parte de sus docentes en las instituciones educativas.
- Fortalecer en los jóvenes la igualdad de género, a través de grupos focales, juegos de rol, simulaciones y otras destrezas didácticas de reflexión, con el fin de que sean personas con participación igualitaria en temas de sexualidad y en decisiones anticonceptivas.
- Crear estrategias innovadoras que incluyan la participación de los padres de familia, para el abordaje en temas de sexualidad y anticoncepción con sus hijos, de manera que se rompan las barreras existentes entre las familias en relación a estas temáticas.

## **CAPÍTULO VI**

### **PROPUESTA**

#### **6.1. Datos Informativos**

- **Título:** Difusión del reglamento de Reglamento para regular el Acceso y la Disponibilidad de Métodos Anticonceptivos en el Sistema Nacional de Salud.
- **Localización:**  
Provincia: Tungurahua  
Cantón: Ambato
- **Beneficiarios:**  
Directos: Adolescentes de la Unidad Educativa Bolívar  
Indirectos: Equipo de salud, instituciones educativas, y comunidad
- **Tiempo Estimado de duración:** 7 meses
- **Costo Aproximado:** \$21428.80
- **Equipo Responsable:**  
Ministerio de Salud Pública  
Universidad Técnica de Ambato  
Unidad Educativa Bolívar

#### **6.2. Antecedentes de la Propuesta**

Luego de la investigación realizada en la Unidad Educativa Bolívar sobre la influencia de la Regularización del Acceso y Disponibilidad de Métodos Anticonceptivos en las percepciones y actitudes de los adolescente, se observó que el 84.45% de los investigados estuvieron de acuerdo en recibir información sobre temas de sexualidad, tanto en sus hogares 64.72%, como en su colegio 81.95%; y un 85% de los estudiantes manifestó que los adolescentes deberían conocer el uso adecuado de métodos anticonceptivos.

Además los alumnos se mostraron abiertos a la idea de que los establecimientos de salud, son lugares en donde se debe acudir en caso de necesitar algún tipo de asesoría en temas de sexualidad (56.67%), como también para la obtención de métodos anticonceptivos (52.73%).

Finalmente se evidenció un aumento del 10.2% en los estudiantes investigados que consideran actualmente correcto, el que los jóvenes tengan acceso libre a anticonceptivos (Percepciones); y un aumento del 8.1% en los adolescentes que ahora acuden a las diferentes unidades de salud para la obtención de anticonceptivos (Actitudes); esto a partir de la vigencia del nuevo reglamento.

Sin embargo, el número de adolescentes que dijeron acudir a estos lugares, no representan cifras muy altas, como las que se esperaría con esta nueva regularización; lo que refleja la necesidad de la difusión adecuada de este reglamento entre el grupo adolescente.

### **6.3. Justificación**

Según la ONU: si los métodos anticonceptivos modernos estuviesen a disposición de las 201 millones de mujeres del mundo en desarrollo, se evitarían 52 millones de embarazos no deseados; ello, a su vez, impediría 23 millones de abortos inducidos, 23 millones de nacimientos no deseados, 1,4 millones de muertes de niños, 142.000 fallecimientos relacionados con embarazos, y que medio millón de menores pierdan a sus madres.

(Eroski Consumer, 2004)

Es así, que a partir del año 2013, el gobierno ecuatoriano expidió una nueva reglamentación, que regula el acceso a métodos anticonceptivos en los establecimientos del sistema nacional de salud; esto con varios objetivos, uno de ellos, disminuir la cantidad de embarazos adolescentes y no planificados que existen en nuestro país.

Sin embargo, para ello es necesario que los jóvenes conozcan esta nueva regularización, a fin de que sepan las ventajas que ésta les ofrece y puedan ejercer sus derechos sexuales y reproductivos.

Este desafío, requiere del trabajo de un equipo multidisciplinario, que imparta y difunda entre los jóvenes, los servicios que se ofrecen en las diferentes unidades de salud en temas de sexualidad y anticoncepción; y que además complementen con elementos de educación sexual que rompan mitos y barreras sobre el uso de anticonceptivos y fomenten en los estudiantes el amor por la pareja y el suyo propio.

El impacto que se espera con la difusión de esta nueva regularización, es disminuir entre los adolescentes las conductas sexuales de riesgo y el embarazo adolescente. Dejando en claro que, la “mejora del acceso de los adolescentes a los métodos anticonceptivos no ha permitido comprobar que los anime a aumentar la actividad sexual o a iniciarla más pronto de lo que lo habrían hecho de otro modo. (Advocates for Youth, 2001) (Garris, 2010)

#### **6.4. Objetivos**

##### **Objetivo General**

- Diseñar un programa de difusión del Reglamento para regular el Acceso y la Disponibilidad de Métodos Anticonceptivos en el Sistema Nacional de Salud dirigido a estudiantes de la Unidad Educativa Bolívar.

##### **Objetivos Específicos**

- Comunicar a los adolescentes sus derechos como usuarios de las diferentes unidades de salud del sistema nacional, en relación a la atención integral en materia de salud sexual y reproductiva.
- Educar a los adolescentes sobre la importancia de acudir a los establecimientos de salud para recibir información y asesoría en temas de sexualidad.
- Esclarecer entre los estudiantes algunos temas de sexualidad afines, como mitos en anticoncepción y otros.
- Orientar a los estudiantes cómo acceder a métodos anticonceptivos en el sistema nacional de salud.

#### **6.5. Análisis de Factibilidad**

La siguiente propuesta es factible por las siguientes razones:

##### **Análisis de Mercado**

El número total de estudiantes de la Unidad Educativa Bolívar es de 3548 alumnos.

Actualmente en la malla curricular de la institución no existe una asignatura que sea únicamente dirigida a Educación Sexual; sin embargo se abordan ciertos asuntos referentes al tema dentro de otras asignaturas.

Así por ejemplo, en el décimo año, dentro de la materia de Ciencias Naturales se encuentran en el bloque #5 los siguientes tópicos:

- Etapas de la Reproducción Humana
- Paternidad y Maternidad responsables
- Causas y consecuencias de las Enfermedades de Transmisión Sexual
- Métodos anticonceptivos: químicos (píldora, inyección, jaleas, óvulos, espumas), naturales (Billing, abstinencia, coito interruptos), quirúrgicos (ligadura de trompas, vasectomía) y mecánicos (preservativo o condón, diafragma y dispositivo intrauterino). De éstos métodos, se abordan la eficiencia y el mecanismo de acción. (Ministerio de Educación del Ecuador, 2010)

El tercero de bachillerato, cuenta con una materia optativa, que puede ser elegida o no por los estudiantes, se trata de la asignatura de Psicología, que incluye algunos temas como:

- Características socio emocionales:
  - Autocontrol
  - Amor y relación de pareja
  - Matrimonio entre adolescentes
  - Identidad del yo
  - Independencia - autoafirmación
  - Roles: ciudadano, estudiante, hijo.
  - Relaciones intrapersonal e interpersonal
  - Amistad y fraternidad
  - Elección de su pareja
  - Identidad sexual
- Características físicas y cognitivas:
  - Desarrollo físico
  - Desarrollo cognitivo
  - Problemas emocionales
  - Alcoholismo, tabaquismo y drogadicción (Ministerio de Educación, 2010)

En las mallas curriculares expuestas, se puede evidenciar que no existe y no se aborda, sobre el acceso a métodos anticonceptivos, tampoco se habla acerca de los derechos

sexuales y reproductivos de los adolescentes, los mitos de anticoncepción y otros puntos relevantes.

Por otra parte, la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENIPLA), a través de su página “Habla Serio-Sexualidad sin Misterios”, presenta un foro de discusión abierto a inquietudes de los adolescentes, y un acápite en el que habla cómo acceder a métodos anticonceptivos en el Sistema Nacional de Salud, y resume en 5 puntos el Acuerdo que regula el acceso a estos medicamentos.

Sin embargo, quedan aún inquietudes en los adolescentes, lo que plantea la difusión y sociabilización directa de este reglamento con los estudiantes. Así, lo expresa, por ejemplo ‘Mayra’ estudiante de 16 años, en una entrevista de un periódico local, en la que explicó que es necesario darles más información sobre el tema, ya que la entrega de la pastilla les ha creado confusión en la cabeza, incluso muchas de sus compañeras creen que es abortiva, además explicó que todos hablan del tema de los adolescentes, pero nadie ha preguntado qué es lo que ellos piensan. (La Hora, 2013)

### **Análisis Técnico**

Factible porque se cuenta con la participación de personal calificado en la materia, que aportará en el desarrollo y cumplimiento de la propuesta; así tenemos la intervención de tres instituciones cuyas funciones serían:

#### **Ministerio de Salud Pública**

*Personal de Atención Primaria de Salud del Ministerio de Salud Pública, correspondiente a la Zona de la Unidad Educativa*

- Guiar y coordinar la difusión del nuevo reglamento de “Regularización del Acceso y Disponibilidad de Métodos Anticonceptivos”.
- Organizar talleres y charlas que contesten dudas e inquietudes de los estudiantes en temas salud sexual y reproductiva.
- Proporcionar panfletos y otros materiales didácticos relacionados a Sexualidad Adolescente.

#### **Universidad Técnica de Ambato**

*Estudiantes de la Carrera de Medicina- Noveno Semestre*

- Dar a conocer al alumnado el nuevo reglamento de “Regularización del Acceso y Disponibilidad de Métodos Anticonceptivos”.
- Impartir talleres de educación sexual a través de grupos focales, que incluyan temas como: embarazo adolescente, mitos de sexualidad y anticoncepción, y derechos sexuales y reproductivos.

**Unidad Educativa Bolívar**

*Psicólogo de la Unidad Educativa Bolívar y Personal de Consejería Estudiantil*

- Evaluación periódica del impacto del aprendizaje recibido en los estudiantes.
- Plantear mejoras en el sistema de enseñanza educativa, basadas en la conducta y actitudes de los adolescentes de la institución.

**Análisis Financiero**

- **Presupuesto**

| <b>Tabla 29. PRESUPUESTO PROPUESTA</b>  |   |                 |                         |                       |                 |            |              |
|---|---|-----------------|-------------------------|-----------------------|-----------------|------------|--------------|
| <b>Ítem</b>   | <b>Detalle</b>                                | <b>Cantidad</b> | <b>Unidad de Medida</b> | <b>Valor Unitario</b> | <b>MSP</b>      | <b>UTA</b> | <b>U.E.B</b> |
| <b>Talento Humano</b>   |   |                 |                         |                       |                 |            |              |
| A1  | Médico  | 1               | 7 meses                 | 800.00                | 5600.00         |            |              |
| A2  | Estudiantes de Medicina                       | 50              | 7 meses                 |                       |                 |            |              |
| A3  | Personal de consejería estudiantil- Psicólogo | 1               | 7 meses                 | 600.00                |                 |            | 4200.00      |
| <b>Subtotal A</b>   |   |                 |                         |                       | 5600.00         |            | 4200.00      |
| <b>Materiales e Insumos</b>   |   |                 |                         |                       |                 |            |              |
| B1  | Folletos                                      | 3700            | Unidad                  | 3.00                  | 11.100          |            |              |
| B2  | Marcadores                                    | 3               | Cajas                   | 9.60                  | 28.80           |            |              |
| B3  | Afiches                                       | 500             | Unidad                  | 1.00                  | 500.00          |            |              |
| <b>Subtotal B</b>   |   |                 |                         |                       | 11.628.80       |            |              |
| <b>Subtotal A + B</b>   |   |                 |                         |                       | 17228.80        |            | 4200.00      |
| <b>TOTAL</b>  |   |                 |                         |                       | <b>21428.80</b> |            |              |
| <b>Son: Veinte y un mil cuatrocientos veinte y ocho con 80/100 dólares americanos</b> |   |                 |                         |                       |                 |            |              |

Elaborado por: Andrea Cevallos Teneda



- **Relación Costo Beneficio**

$$C/B = \frac{21428.80}{3548}$$

$$C/B = 6.03$$

El costo por estudiante es de \$6.03 por 7 meses, es decir \$0.86 mensuales, por concepto de recibir información sobre temas de sexualidad y anticoncepción, y orientación para el acceso a los establecimientos de salud del sistema nacional.

Cabe destacar, que el pago a los profesionales involucrados (médico y psicólogo), son cubiertos por los Ministerios de Salud y Educación respectivamente

## **6.6. Fundamentación**

### **Reglamento para regular el Acceso y la Disponibilidad de Métodos Anticonceptivos en el Sistema Nacional de Salud**

#### **Definición**

Es un reglamento, que asegura el acceso a anticonceptivos en el Ecuador, como estrategia para garantizar los derechos de los ciudadanos y planificar una vida sexual y reproductiva.

#### **Vigencia**

El presente acuerdo ministerial 2490, está vigente desde el 25 de marzo del 2013 en todo el territorio ecuatoriano.

#### **Principales Artículos**

##### **CAPITULO I**

##### **DEL OBJETO**

Art. 1.- El presente Reglamento tiene como objeto poner a disposición de mujeres y hombres del territorio nacional, servicios para atención integral de calidad así como toda la información que sea requerida sobre planificación familiar, anticoncepción, prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluido el VIH Sida, anticoncepción oral de emergencia (AOE), salud sexual y reproductiva y prevención de embarazos en la adolescencia o no planificados.

Art. 2.- Los Establecimientos del Sistema Nacional de Salud, proveerán la información y asesoría sobre el uso de métodos anticonceptivos; y entregarán los mismos de acuerdo al

Nivel de Atención, incluida la anticoncepción oral de emergencia (AOE), a toda la población en general, especialmente a adolescentes, jóvenes, hombres y mujeres que lo requieran. La edad, la etnia, el sexo, la identidad sexo-genérica, la condición migratoria, el nivel de instrucción no serán, en ningún caso, condicionamientos para brindar esta información. Ninguna persona requiere autorización de sus familiares o de su pareja para acceder a la misma.

En hospitales y hospitales de especialidades, los profesionales de la salud brindarán información sobre anticoncepción y planificación familiar, como parte del protocolo post-operatorio o post-evento obstétrico, entregando o colocando métodos anticonceptivos a demanda de la usuaria, sin necesidad de autorización alguna de sus familiares o de su pareja. Este servicio será complementario de los servicios de asesoría y planificación familiar que cada hospital tenga.

Art. 3.- El Ministerio de Salud Pública proveerá información, asesoría y entregará métodos anticonceptivos, a través de sus Establecimientos de Salud, siendo obligación de éstos garantizar el acceso a los mismos de forma gratuita y oportuna, incluida la anticoncepción oral de emergencia a toda la población en general, especialmente a adolescentes, jóvenes y mujeres que lo requieran.

Este servicio se brindará según el Nivel de Atención, siendo el Primer Nivel el que se encargará de brindar asesoría sobre planificación familiar y anticoncepción en general, a demanda de las/os usuarias/os. En el Segundo y Tercer Nivel, los profesionales de la Salud asesorarán sobre anticoncepción y planificación familiar en servicios post-operatorios y post evento obstétrico, dando a las personas, sin importar su edad, etnia, etc. toda la información necesaria para que puedan decidir el uso de un método anticonceptivo y entregando o colocando el mismo, en caso de ser requerido por la usuaria.

En ninguno de los casos se requerirá autorización de la pareja ni de ningún familiar, para el uso de un método anticonceptivo. Por el principio de confidencialidad el personal de salud está obligado a no divulgar esta información. En caso de que no se cumpla esta disposición se sancionará de acuerdo a las normas pertinentes.

Art. 4.- Todos los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención, contarán con la cantidad suficiente de métodos anticonceptivos, incluida la anticoncepción oral de emergencia, verificando su fecha de caducidad. Los métodos anticonceptivos se entregarán de acuerdo a su necesidad específica, y son los siguientes:

- a) Anticoncepción oral simple y combinada;
- b) Anticoncepción inyectable simple y combinada;
- c) Anticoncepción subdérmica;

- d) Anticoncepción oral de emergencia;
- e) Métodos temporales de barrera; y,
- f) Métodos temporales intrauterinos.

## CAPITULO II

### DE LOS DERECHOS DE LAS/OS USUARIAS/OS

Art. 5.- Toda persona sin importar su etnia, edad, sexo, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, condición socio-económica, migración económica, identidad sexo-genérica, estado de salud, ser portador de VIH/sida, discapacidad, diferencia física, u otra condición, que solicite atención en las Unidades de Salud de acuerdo al Nivel de Atención, tiene derecho a:

- a) Tomar decisiones informadas y libres sobre el tratamiento o método anticonceptivo que utilizará, sin que se le someta a elegir uno, bajo presión u hostigamiento, para lo cual el personal de salud ofertará todas las opciones en anticoncepción, previa orientación y asesoría.
- b) Acudir cuantas veces considere necesarias a los servicios de salud sexual y reproductiva para recibir atención, aclarar dudas relativas al método anticonceptivo elegido y/o solicitar cambio o terminación de la opción anticonceptiva elegida. Esta atención será gratuita.
- c) Los y las usuarios/as, recibirán la asesoría/consejería y la atención integral de calidad en salud sexual y salud reproductiva y/o anticoncepción, con el tiempo adecuado para tal actividad, estipulándose 45 minutos para la primera consulta y/o inserción de Diu o implante, y 30 minutos para consejería/asesoría y/o consulta subsecuente.

## CAPITULO III

### DE LA INFORMACION

Art. 6.- Los Establecimientos del Sistema Nacional de Salud garantizarán:

- a) Información completa actualizada, clara, veraz y objetiva sobre sexualidad, salud sexual y salud reproductiva y anticoncepción en el tiempo adecuado.
- b) Información sin juicios morales ni religiosos sobre el método anticonceptivo elegido, brindando respuestas que se sujeten a las inquietudes de quien las requiera.
- c) Información basada en evidencia científica sobre la eficacia de métodos anticonceptivos para mujeres u hombres, incluyendo características, efectos secundarios, beneficios y criterios de elegibilidad, sin discriminación de edad, estado civil, nivel de

instrucción, condición económica, identidad sexo-genérica, condición migratoria, etnia y/o género, con una atención basada en la confidencialidad.

d) Información sobre cómo prevenir y protegerse contra el VIH/sida e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), sin discriminación de edad, estado civil, grado de instrucción, condición migratoria, condición económica, identidad sexo-genérica, etnia y/o género, con una atención basada en la confidencialidad.

e) Entrega del anticonceptivo requerido por la/el usuaria/o. No se permite al personal de salud inducir a la persona requirente, sobre el uso de un método anticonceptivo en particular.

Art. 9.- La información sobre la anticoncepción oral de emergencia (AOE), será proporcionada de manera objetiva, ágil, oportuna y eficiente, en base a evidencia científica.

A todas las personas que requieran la AOE, se informará que:

a) Existen dos tipos de anticoncepción oral de emergencia: 1. Píldoras específicas usadas para este fin, compuestas principalmente de Levonorgestrel; y, 2. El método de Yuzpe.

b) La AOE interfiere o inhibe el proceso de ovulación, impide que los espermatozoides y el óvulo se encuentren, debido a que genera una alteración del moco cervical; y, sobre todo no impide la implantación del óvulo fecundado, no interrumpe un embarazo ya en curso, ni causa un aborto.

c) Cualquier mujer sin importar su edad, etnia, estado civil, grado de instrucción, o condición económica o social, puede usar la anticoncepción oral de emergencia.

d) La anticoncepción oral de emergencia es un método seguro para la salud de las mujeres. No existen condiciones médicas conocidas en la cuales no debe usarse AOE. Dado que las píldoras anticonceptivas se usan por un tiempo tan corto, los expertos opinan que las precauciones asociadas al uso continuo de anticonceptivos orales, no se aplican a la AOE, lo cual será informado de manera expresa a través de asesoría.

e) Es un método anticonceptivo de excepción y no de rutina, por lo que no reemplaza el uso continuo y planificado de otros métodos anticonceptivos.

f) Después del uso de la anticoncepción oral de emergencia, la usuaria inmediatamente puede comenzar a utilizar otro método anticonceptivo de manera regular. El profesional de la salud brindará la asesoría necesaria sobre el uso de métodos anticonceptivos regulares y, si fuere el caso, se hará la entrega del mismo o se procederá con la colocación del método.

g) La anticoncepción oral de emergencia se debe usar como máximo dentro de los cinco (5) días después del coito sin protección, sin embargo, es fundamental entregarla a la

brevedad posible para aumentar su efectividad, preferiblemente antes de los tres (3) días de la relación sexual insegura.

h) La anticoncepción oral de emergencia no previene las infecciones de transmisión sexual ni el VIH/sida. Se informará sobre la prevención de ITS y VIH/sida.

i) En caso de que la persona que solicita AOE, sea víctima o haya sido víctima de violencia sexual, se seguirán las normas y protocolos para atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida.

j) Pueden producirse efectos secundarios en las usuarias de AOE, los mismos que son leves, sin riesgo para la mujer, no tienen repercusiones en el estado de salud y pueden tener la duración de hasta una semana. Estos son: leve sangrado irregular durante 1 o 2 días, después de tomar la anticoncepción oral de emergencia, menstruación que inicia antes o después de lo esperado, náusea, dolor abdominal, fatiga, dolor de cabeza, tensión mamaria, mareos y vómito.

Estos síntomas no se presentan en todos los casos, todo depende de la forma de asimilación del medicamento por parte del cuerpo de la mujer. (Acuerdo Ministerial-Ecuador, 2013)

### **Cómo acceder a métodos anticonceptivos en el sistema nacional de salud**

#### **Métodos anticonceptivos temporales:**

- Solicita un turno para consulta médica: en ella recibirás un trato cordial y asesoría sobre los métodos anticonceptivos para que decidas cuál es el más adecuado para ti. Además te facilitarán el método anticonceptivo elegido.
- Entrega de carné: En la primera consulta los profesionales de salud te entregarán un carné que te sirve para solicitar tu método anticonceptivo de acuerdo al tratamiento elegido, cuando lo requieras y según las indicaciones del médico.
- Si es necesario y de acuerdo al método a utilizarse, se podrá establecer una nueva consulta para acompañamiento o si tienes dudas al respecto.
- Acércate a farmacia y solicita tu método anticonceptivo en forma gratuita.

#### **AOE (Anticoncepción Oral de Emergencia):**

- Puedes acercarte a la Unidad de Salud más cercana y solicitar la Anticoncepción Oral de Emergencia.

- No requieres receta médica, consulta ginecológica previa o algún documento como requisito para la entrega.
- Recuerda que la información y el acceso a ella es tu derecho, nadie puede negártelo, ya sea en el caso de una violación o en cualquier otra situación que te coloque en riesgo de embarazo no planificado (se rompió el condón, no usaron ninguna protección, olvidaste tomar la pastilla anticonceptiva normal, olvidaste colocarte la inyección, etc.).
- Exige asesoría sobre el tema, en las Unidades de Salud deberán responder todas tus dudas e inquietudes.
- No necesitas la autorización de una tercera persona: padres, familiares o parejas.

**Preservativos o condones:**

- Existen dispensadores de condones masculinos y femeninos en lugares visibles de las Unidades de Salud.
- Son gratuitos. (ENIPLA, 2012)

## 6.7. Metodología – Modelo Operativo

**Tabla 30. Metodología de Intervención y/o Implementación de la Propuesta**

| <b>Fases</b>                    | <b>Metas</b>   | <b>Actividades</b>   | <b>Responsables</b>               | <b>Tiempo</b>  | <b>Recursos</b>                            |
|---------------------------------|--|--|-----------------------------------|--|--|
| <b>Fase I<br/>Planificación</b> | Organizar talleres que incluyan la difusión del Reglamento para regular el Acceso y la Disponibilidad de Métodos Anticonceptivos en el Sistema Nacional de Salud | <b>Taller 1:</b> Definición, Vigencia, Objeto, Derechos de las/los usuarios.   | MSP:<br>Médicos APS               | 1 semana   | Talento Humano<br><br>Materiales e Insumos |
|                                 |  | <b>Taller 2:</b> Información y Asesoría en Temas de Sexualidad   |                                   | 1 semana   |  |
|                                 |  | <b>Taller 3:</b> Acceso a Métodos Anticonceptivos  |                                   | 1 semana   |  |
|                                 |  | <b>Taller 4:</b> AOE (Anticonceptivo Oral de Emergencia)   |                                   | 1 semana   |  |
|                                 |  | <b>Taller 5:</b> Temas afines que incluyan generalidades sobre: derechos sexuales y reproductivos, embarazo adolescente (realidad ecuatoriana), y mitos sobre anticoncepción y sexualidad. |                                   | 4 semanas  |  |
| <b>Fase II<br/>Ejecución</b>    | Dar a conocer a los estudiantes los temas planificados, mediante grupos focales y charlas.   | Realizar grupos de trabajo para la ejecución de los talleres.  | UTA:<br>Estudiantes -<br>Medicina | 2 h/ semanales por cada taller planificado, y 3h en el último taller | Talento Humano<br><br>Materiales e Insumos |

|                               |  |   |   |   |   |
|-------------------------------|--|---|---|---|---|
|                               |  | Impartir charlas que despejen dudas e inquietudes de los temas tratados.  | MSP: Médicos APS  | Charlas al final de la impartición de los talleres: 3 meses |   |
| <b>Fase III<br/>Monitoreo</b> | Realizar ajustes en el caso de incumplimiento de las actividades.  | Dar seguimiento a las actividades planificadas.   | MSP: Médicos APS  | 13 semanas  | Talento Humano<br>Materiales e<br>Insumos |
| <b>Fase IV<br/>Evaluación</b> | Determinar el impacto de la propuesta.   | Evaluación periódica del impacto del aprendizaje recibido en los estudiantes.<br><br>Plantear mejoras en el sistema de enseñanza educativa, basadas en la conducta y actitudes de los adolescentes de la institución. | U.E.B:<br>Departamento de<br>Consejería<br>Estudiantil<br>Psicólogo | 7 semanas   | Talento Humano<br>Materiales e<br>Insumos |
| <b>Fase V<br/>Réplica</b>     | Ejecución de la propuesta en otras instituciones educativas si los resultados de la evaluación son favorables. | Repetir las actividades de la propuesta planteada, junto con las mejoras formuladas luego de su primera ejecución.  | MSP<br>UTA  | Indefinido  | Talento Humano<br>Materiales e<br>Insumos |

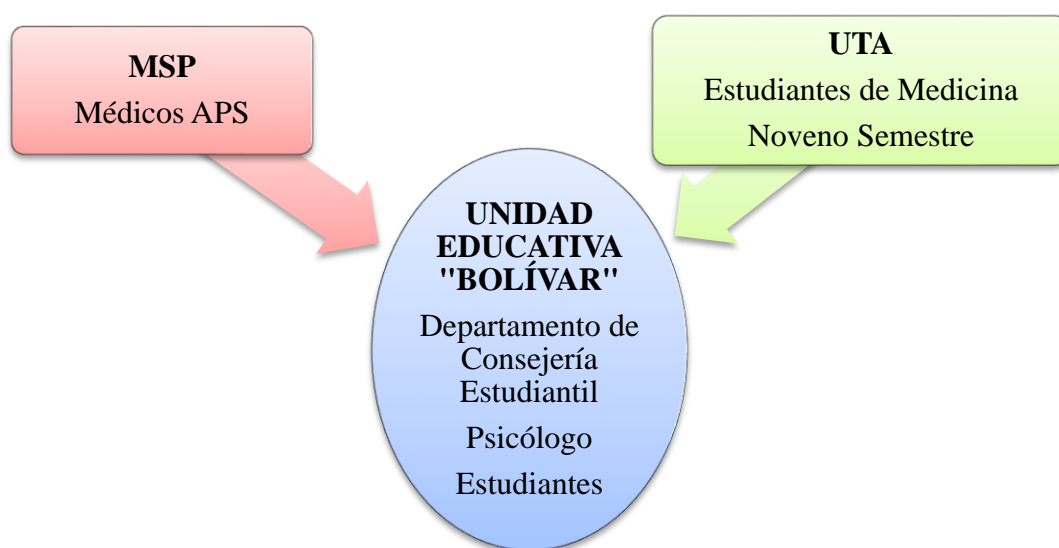
Realizado por: Andrea Cevallos Teneda



### 6.8. Administración

La difusión de Reglamento para regular el Acceso y la Disponibilidad de Métodos Anticonceptivos en el Sistema Nacional de Salud se realizará con la colaboración de las autoridades de cada institución participante y el personal administrativo, a fin de conseguir la apertura necesaria para la sociabilización y ejecución de la propuesta.

Gráfico 26. Diseño Organizacional de la Propuesta



Elaborado por: Andrea Cevallos Teneda

### Cronograma

Tabla 31. Cronograma

| ÍTEM | ACTIVIDAD     | PERÍODO    |   |   |   |         |   |   |   |           |   |   |   |           |   |   |   |       |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |
|------|---------------|------------|---|---|---|---------|---|---|---|-----------|---|---|---|-----------|---|---|---|-------|---|---|---|---------|---|---|---|-------|---|---|---|---|---|---|---|
|      |               | Septiembre |   |   |   | Octubre |   |   |   | Noviembre |   |   |   | Diciembre |   |   |   | Enero |   |   |   | Febrero |   |   |   | Marzo |   |   |   |   |   |   |   |
|      |               | 1          | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 | 1         | 2 | 3 | 4 | 1         | 2 | 3 | 4 | 1     | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 | 1     | 2 | 3 | 4 |   |   |   |   |
| 1    | Planificación | ■          | ■ | ■ | ■ | ■       | ■ | ■ | ■ |           |   |   |   |           |   |   |   |       |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |
| 2    | Ejecución     |            |   |   |   |         |   |   |   | ■         |   |   |   |           |   |   |   |       |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |
| 2.1  | Taller I      |            |   |   |   |         |   |   |   | ■         |   |   |   |           |   |   |   |       |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |
| 2.2  | Taller II     |            |   |   |   |         |   |   |   |           | ■ |   |   |           |   |   |   |       |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |
| 2.3  | Taller III    |            |   |   |   |         |   |   |   |           |   | ■ |   |           |   |   |   |       |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |
| 2.4  | Taller IV     |            |   |   |   |         |   |   |   |           |   |   | ■ |           |   |   |   |       |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |
| 2.5  | Taller V      |            |   |   |   |         |   |   |   |           |   |   |   | ■         |   |   |   |       |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |   |   |   |   |
| 2.6  | Charlas       |            |   |   |   |         |   |   |   |           |   |   |   | ■         | ■ | ■ | ■ | ■     | ■ | ■ | ■ | ■       | ■ | ■ | ■ | ■     | ■ | ■ | ■ |   |   |   |   |
| 3    | Monitoreo     |            |   |   |   |         |   |   |   | ■         | ■ | ■ | ■ | ■         | ■ | ■ | ■ | ■     | ■ | ■ | ■ | ■       | ■ | ■ | ■ |       |   |   |   |   |   |   |   |
| 4    | Evaluación    |            |   |   |   |         |   |   |   |           |   |   |   |           |   |   |   |       |   |   |   |         |   |   |   | ■     | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |

Elaborado por: Andrea Cevallos Teneda

## **6.9. Previsión de la Evaluación**

Se realizara una evaluación al final de las actividades planificadas en la propuesta, esta evaluación buscará medir el impacto que ha tenido en los estudiantes de la institución la difusión del reglamento.

Se identificaran, las fortalezas y debilidades del programa, a fin de realizar correcciones respectivas; y además si el impacto del programa es igual o mayor al 70% de lo planificado, se considerará que la propuesta es idónea a ser ejecutada en otras instituciones educativas, a fin de fortalecer en los adolescentes de la ciudad el acceso a los establecimientos de salud para recibir información y ayuda anticonceptiva.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### BIBLIOGRAFÍA

Campos, S. (2002). *La Percepción*. Colombia: Cajamarca.

Huerta, J. M. (2008). *Actitudes Sociales, Actitudes Humanas*. Mexico D.F: IMSERSO.

Núñez, M. E. (2005). *Actitudes Humanas*. Veracruz: PHS.

### LINKOGRAFÍA

Acuerdo Ministerial-Ecuador. (25 de Marzo de 2013). *Reglamento para regular el acceso y disponibilidad de métodos anticonceptivos*. Recuperado el 01 de Agosto de 2013, de [http://storage.silec.com.ec/Biblioteca\\_Silec/Noticias/2013-04-22-Acuerdo%20Ministerial%202490.pdf](http://storage.silec.com.ec/Biblioteca_Silec/Noticias/2013-04-22-Acuerdo%20Ministerial%202490.pdf)

Advocates for Youth. (2001). *Mejora del acceso de los adolescentes a los métodos anticonceptivos*. Recuperado el 15 de Septiembre de 2013, de <http://www.advocatesforyouth.org/storage/advfy/documents/comunidadesresponden4.pdf>

AECI. (2005). *“Guía para programas y proyectos de salud sexual y reproductiva en África”*. Recuperado el 24 de Noviembre de 2013, de [http://fcsai.isciii.es/formacion/pdf/Guia\\_para\\_Programas\\_y\\_Proyectos\\_Salud\\_Sexual\\_y\\_Reproductiva\\_en\\_Africa.pdf](http://fcsai.isciii.es/formacion/pdf/Guia_para_Programas_y_Proyectos_Salud_Sexual_y_Reproductiva_en_Africa.pdf)

Aguilar, J. (Febrero de 2008). *Métodos Anticonceptivos para Adolescentes*. Recuperado el 30 de Diciembre de 2013, de [http://www.dgespe.sep.gob.mx/public/genero/PDF/LECTURAS/S\\_01\\_20\\_Embarazo%20adolescente.pdf](http://www.dgespe.sep.gob.mx/public/genero/PDF/LECTURAS/S_01_20_Embarazo%20adolescente.pdf)

Ahumada, C. (2006). *Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos-Guía para Activistas Jóvenes*. Recuperado el 02 de Octubre de 2013, de [http://www.espolea.org/uploads/8/7/2/7/8727772/guia\\_activista\\_dsdr\\_\\_withcover.pdf](http://www.espolea.org/uploads/8/7/2/7/8727772/guia_activista_dsdr__withcover.pdf)

Bill, A. (2010). *La Conducta Sexual de los Adolescentes y la Comunicación entre padres e Hijos*. Recuperado el 12 de Febrero de 2014, de [http://www.plannedparenthood.org/images/JustTheFacts\\_SPA\\_091213\\_vF.pdf](http://www.plannedparenthood.org/images/JustTheFacts_SPA_091213_vF.pdf)

Brasa, A. (2007). *Contracepción de emergencia. Una perspectiva desde la adolescencia*. Recuperado el 09 de Marzo de 2014, de

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962007000100005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000100005)

- Calderón, J. (30 de Octubre de 2012). *Niñas de 13 años reciben anticonceptivos sin permiso de padres en Reino Unido*. Recuperado el 09 de Noviembre de 2013, de <http://jcaldero.over-blog.es/article-ninas-de-13-anos-reciben-anticonceptivos-sin-permiso-de-padres-en-reino-unido-111901687.html>
- CEPAL. (Enero de 2011). *Una mirada desde América Latina y el Caribe al ODM de acceso universal a la salud reproductiva*. Recuperado el 14 de Septiembre de 2013, de <http://www.feim.org.ar/pdf/csw58-ong.pdf>
- CEPEP. (Octubre de 2011). *Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes y Jóvenes*. Recuperado el 09 de Diciembre de 2013, de <http://www.unfpa.org.py/download/Informe%20ADOLESCENTES%20a%203%20colores.pdf>
- Consejo Nacional de Salud. (Agosto de 2007). *Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos*. Recuperado el 3 de Octubre de 2013, de [https://www.healthresearchweb.org/files/Políticas\\_Nacionales\\_Salud-Ecuador\\_2007.pdf](https://www.healthresearchweb.org/files/Políticas_Nacionales_Salud-Ecuador_2007.pdf)
- Constitución del Ecuador. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Recuperado el 19 de Octubre de 2013, de [http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion\\_de\\_bolsillo.pdf](http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf)
- Convención Iberoamericana de los Derechos de los Jóvenes. (11 de Octubre de 2005). *Propuesta del Proyecto de Convención Iberoamericana de los Derechos de los Jóvenes*. Recuperado el 08 de Diciembre de 2013, de [http://www.crin.org/docs/FileManager/ibero\\_american\\_convention\\_youth.pdf](http://www.crin.org/docs/FileManager/ibero_american_convention_youth.pdf)
- Cordero, M. (Octubre de 2006). *Políticas que Promueven el acceso a los medicamentos en América Latina*. Recuperado el 30 de Septiembre de 2013, de <http://cies.org.pe/files/Libros-web/Políticas-que-promueven-el-acceso-a-medicamentos-en-america-latina.pdf>
- Cornejo, W. P. (2007). *Medición de las Actitudes*. Recuperado el 04 de Enero de 2014, de <http://es.scribd.com/doc/55314100/Como-Medir-Las-Actitudes>
- Departamento de Psicología-Universidad de Alicante. (2007). *Psicología Básica-Sensación, Percepción y Atención*. Recuperado el 07 de Enero de 2014, de <http://www.psb.ua.es>
- Diario "El Telégrafo". (25 de Septiembre de 2011). *Colegios mixtos disputan espacio con tradiciones*. Recuperado el 25 de Enero de 2014, de <http://www.telegrafo.com.ec/sociedad/item/colegios-mixtos-disputan-espacio-con-tradiciones.html>

- El Comercio. (2012). *Resumen de la ENIPLA-Documento para Periodistas*. Recuperado el 15 de Septiembre de 2013, de [http://www.elcomercio.com/sociedad/Estrategia-Nacional-Intersectorial-Planificacion-Familiar\\_ECMFIL20111010\\_0004.pdf](http://www.elcomercio.com/sociedad/Estrategia-Nacional-Intersectorial-Planificacion-Familiar_ECMFIL20111010_0004.pdf)
- ENIPLA. (31 de Octubre de 2012). *Estrategias del ENIPLA*. Recuperado el 05 de Diciembre de 2013, de <http://www.desarrollosocial.gob.ec/tag/enipla/>
- Eroski Consumer. (04 de Febrero de 2004). *La extensión de métodos anticonceptivos en los países en desarrollo salvaría la vida de un millón de mujeres cada año, según la ONU*. Recuperado el 20 de Enero de 2014, de <http://www.consumer.es/web/es/salud/2004/02/04/95190.php>
- Espiño, I. (04 de Diciembre de 2009). *Aborto, no solo cuestión de leyes*. Recuperado el 03 de Enero de 2014, de <http://www.elmundo.es/elmundo/2009/12/02/espana/1259785157.html>
- Feito, A. (2001). *Necesidades percibidas por los padres relacionadas con la educación de la sexualidad de sus hijos*. Recuperado el 11 de Noviembre de 2013, de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862101737230>
- Flores, E. (Febrero de 2008). *El estado de la salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe*. Recuperado el 06 de Octubre de 2013, de [http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/search/resources/santiago\\_pubwp-632\\_esp.pdf](http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/search/resources/santiago_pubwp-632_esp.pdf)
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2003). *Educación Sexual Padres e Hijos*. Recuperado el 21 de Noviembre de 2013, de [http://www.unfpa.org.mx/ssr\\_adolescentes.php](http://www.unfpa.org.mx/ssr_adolescentes.php)
- Foro Mundial para la Investigación sobre la Salud. (2007). *Aspectos de la Investigación sobre la Salud Sexual y Reproductiva en países con ingresos bajo e intermedios*. Recuperado el 19 de Febrero de 2014, de [http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9241593334\\_es.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9241593334_es.pdf)
- Frenk, J. (2002). *La Salud Sexual y Reproductiva en la adolescencia: un derecho a conquistar*. Recuperado el 02 de Septiembre de 2013, de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7199.pdf>
- Gómez, I. (Febrero de 2009). *Percepciones del uso de anticonceptivos en Bogotá Colombia.2009. Estudio Cualitativo*. Recuperado el 15 de Febrero de 2014, de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74342010000100005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74342010000100005&script=sci_arttext)
- Guaita, M. (2009). *Balance político normativo sobre el acceso de las y los adolescentes a los servicios de salud sexual, salud reproductiva y prevención del VIH SIDA*. Recuperado el 29 de Diciembre de 2013, de

[http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/search/resources/santiago\\_minsa-unfpa-balance-normativo.pdf](http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/search/resources/santiago_minsa-unfpa-balance-normativo.pdf)

- Guevara, S. (Abril de 2012). *Psicología Social*. Recuperado el 01 de Diciembre de 2013, de <http://www.sisman.utm.edu.ec/libros/FACULTAD%20DE%20CIENCIAS%20HUMAN%C3%8DSTICAS%20Y%20SOCIALES/CARRERA%20DE%20PSICOLOG%C3%8DA%20CL%C3%8DNICA/01/psicologia%20general/Psicologia%20Social.pdf>
- Guijarro, S. (2010). *Plan de Prevención del Embarazo en Adolescentes*. Recuperado el 16 de Septiembre de 2013, de [http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Plan%20de%20prevenci%C3%B3n%20del%20embarazo%20en%20adolescentes%20\(Ecuador\).pdf](http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Plan%20de%20prevenci%C3%B3n%20del%20embarazo%20en%20adolescentes%20(Ecuador).pdf)
- Hernández, A. (Mayo-Junio de 2009). *Efectividad de un programa de educación sexual en adolescentes acerca de la adquisición de conocimientos y cambios de actitud ante el empleo de métodos anticonceptivos*. Recuperado el 07 de Octubre de 2013, de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862109000187>
- Iñiguez, L. (2004). *Construcción de escalas de actitud tipo Thurst y Likert*. Recuperado el 28 de Octubre de 2013, de <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/ceo/article/viewFile/6820/6246>
- IPPF. (1996). *Derechos Sexuales y Reproductivos de la Federación Internacional de Planificación Familiar*. Recuperado el 06 de Octubre de 2013, de <http://www.fpfe.org/carta-de-los-derechos-sexuales-y-derechos-reproductivos/>
- La Hora. (09 de Abril de 2013). *Sexualidad Segura, Métodos Anticonceptivos Gratis*. Recuperado el 18 de Septiembre de 2013, de [http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101489835/-1/Sexualidad\\_segura,\\_m%C3%A9todos\\_anticonceptivos\\_gratis.html#.Uw0sr-N5Oek](http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101489835/-1/Sexualidad_segura,_m%C3%A9todos_anticonceptivos_gratis.html#.Uw0sr-N5Oek)
- Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. (25 de Septiembre de 2002). *Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud*. Recuperado el 18 de Febrero de 2014, de [http://www.gparlamentario.org/spip/IMG/pdf/Ley\\_80\\_de\\_25-9-2002\\_Sistema\\_Nacional\\_de\\_Salud\\_-\\_Ecuador.pdf](http://www.gparlamentario.org/spip/IMG/pdf/Ley_80_de_25-9-2002_Sistema_Nacional_de_Salud_-_Ecuador.pdf)
- Martin, A. (2004). *La anticoncepción de emergencia en América Latina y el Caribe*. Recuperado el 19 de Febrero de 2014, de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v16n6/23691.pdf>

- Martínez, Á. C. (30 de Mayo de 2013). *Sin acceso a anticonceptivos, 26% de mujeres en edad reproductiva*. Recuperado el 22 de Noviembre de 2013, de <http://www.jornada.unam.mx/2013/05/30/sociedad/039n1soc>
- Mazarrasa, L. (Febrero de 2012). *Salud Sexual y Reproductiva*. Recuperado el 16 de Enero de 2014, de [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/13modulo\\_12.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/13modulo_12.pdf)
- MIES. (26 de Junio de 2008). *Salud en la Adolescencia*. Recuperado el 04 de Diciembre de 2013, de <http://prenatal.tv/lecturas/ecuador/EMBARAZOADOLESCENCIA-ecu.pdf>
- Ministerio de Educación. (2010). *Lineamientos Curriculares para el Bachillerato General Unificado*. Recuperado el 05 de Marzo de 2014, de [http://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/09/LINEAMIENTOS\\_CURRICULARES\\_PSICOLOGIA.pdf](http://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/09/LINEAMIENTOS_CURRICULARES_PSICOLOGIA.pdf)
- Ministerio de Educación. (2012). *Educación Sexual para Jóvenes*. Recuperado el 28 de Diciembre de 2013, de <http://educacion.gob.ec/2013/02/page/4/>
- Ministerio de Educación del Ecuador. (2010). *Actualización y fortalecimiento curricular de educación general básica 2010*. Recuperado el 29 de Enero de 2014, de <http://www.educar.ec/noticias/7moanio.pdf>
- MIR de Medicina Preventiva y Salud Pública. (2010). *Salud Sexual y Reproductiva*. Recuperado el 06 de Enero de 2014, de [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/13modulo\\_12.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/13modulo_12.pdf)
- Morlachetti, A. (Febrero de 2010). *Políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes y jóvenes*. Recuperado el 13 de Noviembre de 2013, de [http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/1/32261/lcg2346-P\\_4.pdf](http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/1/32261/lcg2346-P_4.pdf)
- MSP. (2010). *Norma y Protocolo de Planificación Familiar*. Recuperado el 13 de Septiembre de 2013, de <http://es.scribd.com/doc/75990233/Norma-y-Protocolo-de-Planificacion-Familiar>
- MSP. (Agosto de 2010). *Norma y Protocolo de Planificación Familiar*. Recuperado el 05 de Marzo de 2014
- Naciones Unidas. (5 de Septiembre de 1994). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo*. Recuperado el 28 de Septiembre de 2013, de [http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd\\_spa.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd_spa.pdf)

- OMS. (2010). *Estadísticas Sanitaria Mundiales*. Recuperado el 15 de Diciembre de 2013, de [http://www.who.int/whosis/whostat/ES\\_WHS10\\_Full.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS10_Full.pdf)
- OMS. (2014). *Salud del Adolescente*. Recuperado el 22 de Octubre de 2013, de [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/es/)
- Organismo Regional Andino de Salud. (Marzo de 2008). *Plan Andino de Prevención del Embarazo en la Adolescencia*. Recuperado el 11 de Septiembre de 2013, de <http://orasconhu.org/documentos/Diagnostico%20Final%20-%20Embarazo%20en%20adolescentes.pdf>
- Paredes, A. (Junio de 2013). *Evaluación de la influencia del programa "Bebé piénsalo Bien" en las percepciones, conocimientos y actitudes sobre sexualidad y maternidad y paternidad en adolescentes de un establecimiento educativo del noroccidente de la provincia de Pichincha 2012*. Recuperado el 01 de Septiembre de 2013, de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1911/1/T-UCE-0010-288.pdf>
- Patpatian, J. (Septiembre de 2004). *Rol de los padres en la educación sexual de sus hijos*. Recuperado el 16 de Octubre de 2013, de <http://www.panamae.com/edusexual.pdf>
- Ramírez, M. V. (Junio de 2006). *Sexualidad Adolescente*. Recuperado el 09 de Noviembre de 2013, de [http://www.masalto.com/familia/template\\_familiaarticulo.phtml?consecutivo=5597&subsecc=6&cat=25&subcat=66&subj=160&pais=esp](http://www.masalto.com/familia/template_familiaarticulo.phtml?consecutivo=5597&subsecc=6&cat=25&subcat=66&subj=160&pais=esp)
- Rev Panam Salud Publica. (2004). *La anticoncepción de emergencia en América Latina y el Caribe*. Recuperado el 19 de Febrero de 2014, de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v16n6/23691.pdf>
- Rivera, M. (Marzo de 2012). *Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes*. Recuperado el 15 de Diciembre de 2013, de [http://www.unfpa.org.mx/ssr\\_adolescentes.php](http://www.unfpa.org.mx/ssr_adolescentes.php)
- Sandoval, L. (Mayo de 2011). *Introducción a la Psicología*. Recuperado el 21 de Enero de 2014, de <http://iesjmbza.educa.aragon.es/Documentos/Distancia/minimos%20tema1.pdf>
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2013). *Buen Vivir- Plan Nacional 2013-2017*. Recuperado el 28 de Enero de 2014, de <http://www.slideshare.net/radioencantada/plan-nacional-para-el-buen-vivir-2013-2017>
- Sempertegui, P. (2012). *Programa educativo para mejorar conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en adolescentes de colegios rurales; estudio experimental abierto*. Recuperado el 06 de Diciembre de 2013,



de

<http://dspace.ucuenca.edu.ec:8080/bitstream/123456789/3917/1/doi754.pdf>

Sociedad Española de Contracepción. (03 de Marzo de 2010). *La nueva ley de Salud Sexual y Reproductiva y de Interrupción Voluntaria del embarazo*. Recuperado el 14 de Enero de 2014, de

[http://www.sec.es/area\\_cientifica/manuales\\_sec/manual\\_anticoncepcion\\_urgencia/Nueva\\_ley.php](http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/manual_anticoncepcion_urgencia/Nueva_ley.php)

UNFPA. (2013). *Maternidad en la Niñez-Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes*. Recuperado el 17 de Febrero de 2014, de

<https://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/swp2013/SP-SWOP2013.pdf>

UNHCR. (Diciembre de 2012). *Programas de salud sexual y reproductiva para adolescentes en entornos humanitarios*. Recuperado el 26 de Febrero de 2014, de

[http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2013/ASRH\\_good\\_practice\\_documentation\\_1-25-2013\\_SPANISH\\_FINAL\\_4\\_logos.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2013/ASRH_good_practice_documentation_1-25-2013_SPANISH_FINAL_4_logos.pdf)

Vargas, E. (2002). *Adolescencia, Relaciones Románticas y Actividad Sexual*. Recuperado el 09 de Febrero de 2014, de

<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/1203/1753>

Vásquez, M. (2009). *Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en Cooperación Internacional-Guía Metodológica*. Recuperado el 08 de Diciembre de 2013, de

[http://pazydesarrollo.org/pdf/guia\\_derechos\\_sexuales\\_y\\_reproductivos.pdf](http://pazydesarrollo.org/pdf/guia_derechos_sexuales_y_reproductivos.pdf)

Villacís, N. (Octubre de 2010). *Salud Sexual y Reproductiva*. Recuperado el 23 de Noviembre de 2013, de

<http://www.orasconhu.org/sites/default/files/Politica%20Andina%20SSR%20Adolescentes%2021Nov12%20Bog.pdf>

## **CITAS BIBLIOGRÁFICAS-BASES DE DATOS UTA**

TANDFONLINE. Cvetkovich, G. (11 de Enero de 2010). *On the psychology of adolescents' use of contraceptives*. Recuperado el 02 de Febrero de 2014, disponible en

<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00224497509550900#.Ux35-D95Oek>

TANDFONLINE. Garris, L. (11 de Enero de 2010). *The relationship between oral contraceptives and adolescent sexual behavior*. Recuperado el 18 de Diciembre de 2013, disponible en <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.100/00224497550930#.Ux35ST95Oek>

TANDFONLINE. Olivo, A. (23 de Enero de 2014). *Patrones de comportamiento sexual y contraceptivo en la adolescencia*. Recuperado el 08 de Septiembre de 2013, disponible en [http://www.tandfonline.com/na101/home/literatum/publisher/tandf/journals/content/riya20/1997/riya20.v020.i01/021037097761403235/20140228/021037097761403235.fp.png\\_v03](http://www.tandfonline.com/na101/home/literatum/publisher/tandf/journals/content/riya20/1997/riya20.v020.i01/021037097761403235/20140228/021037097761403235.fp.png_v03)

SPRINGER. Shoupe, D. (Marzo de 2009). *Barrier Contraceptive-Male Condoms, Vaginal Spermicides and Cervical Barrier Methods*. Recuperado el 21 de Enero de 2014, disponible en [http://link.springer.com/static-content/lookinside/987/chp%253A10.1007%252F978-1-59745-150-5\\_10/000.png](http://link.springer.com/static-content/lookinside/987/chp%253A10.1007%252F978-1-59745-150-5_10/000.png)

SPRINGER. Speroff, L. (2003). *Which oral contraceptive pill should be described?* Recuperado el 25 de Enero de 2014, disponible en [http://link.springer.com/static-content/lookinside/272/chp%253A10.1007%252F978-1-4612-2730-4\\_10/000.png](http://link.springer.com/static-content/lookinside/272/chp%253A10.1007%252F978-1-4612-2730-4_10/000.png)

TANDFONLINE. Stokes, W. (11 de Enero de 2010). *Should mothers inform their teenage daughters on contraceptives?* Recuperado el 16 de Diciembre de 2013, disponible en <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00224496609550499#.Ux35MT95Oek>



## ANEXOS

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA



Estimado estudiante, el presente test tiene como objetivo evaluar sus Percepciones y Actitudes a cerca de la Disponibilidad y Acceso a Métodos Anticonceptivos, el mismo que es parte del trabajo de investigación que estoy llevando a cabo como requisito previo a la obtención del título de Médico General.

Solicito de la manera más atenta su colaboración y que las preguntas sean contestadas de la manera más SINCERA posible.

### DATOS INFORMATIVOS

| Edad                 | Etnia             | Nivel de Educación   |
|----------------------|-------------------|----------------------|
| .....                | Mestizo ( )       | Décimo Año ( )       |
|                      | Blanco ( )        | 1ro bachillerato ( ) |
| <b>Sexo o Género</b> | Afroamericano ( ) | 2do bachillerato ( ) |
| Masculino ( )        | Indígena ( )      | 3ro bachillerato ( ) |
| Femenino ( )         | Otro ( )          |                      |

### INSTRUCCIONES

A continuación se presentará una serie de ítems con 5 alternativas de respuesta, las cuales se muestran de la siguiente forma:

- **TD:** Totalmente en desacuerdo
- **D:** Desacuerdo
- **I:** Indiferente
- **A:** Acuerdo
- **TA:** totalmente de acuerdo

Elige para cada ítem SOLO una respuesta y marque con una (X) la respuesta que creas conveniente.

| N° | ÍTEM  | TD | D | I | A | TA |
|----|---|----|---|---|---|----|
| 1  | La vida es una escuela de oportunidades                                   |    | X |   |   |    |
| 2  | Una persona que tienen confianza en sí misma logro todo lo que se propone |    |   |   | X |    |

A continuación se presenta un ejemplo:

Al final también encontrarás varias preguntas cuyas opciones de respuesta son SI o NO. Marque con una X solamente una de las opciones.

Ejemplo:

| N° | ÍTEM   | SI | NO |
|----|--|----|----|
| 1  | ¿Está de acuerdo con las campañas políticas? |    | X  |

## ENCUESTA

| N° | ÍTEM   | TD | D | I | A | TA |
|----|--|----|---|---|---|----|
| 1  | Es importante hablar sobre temas de sexualidad   |    |   |   |   |    |
| 2  | Se necesita discutir temas de anticoncepción en su hogar   |    |   |   |   |    |
| 3  | Se necesita discutir temas de anticoncepción en su colegio   |    |   |   |   |    |
| 4  | El adolescente debe conocer sobre el uso adecuado de métodos anticonceptivos   |    |   |   |   |    |
| 5  | Se debe acudir a un establecimiento de salud para recibir información y asesoría sobre temas de sexualidad y anticoncepción              |    |   |   |   |    |
| 6  | Se debe acudir a un establecimiento de salud para la obtención de métodos anticonceptivos  |    |   |   |   |    |
| 7  | El adolescente necesita la autorización de su padre o madre para obtener algún método anticonceptivo                                     |    |   |   |   |    |
| 8  | El adolescente necesita la autorización de su pareja (novio/novia) para elegir y acceder por algún método anticonceptivo                 |    |   |   |   |    |
| 9  | El AOE (anticonceptivo oral de emergencia o "píldora del día después") se debe entregar sin restricción en los establecimientos de salud |    |   |   |   |    |
| 10 | Se debe utilizar el AOE (anticonceptivo oral de emergencia o "píldora del día después") en caso de requerirlo                            |    |   |   |   |    |

| N° | ÍTEM   | SI | NO |
|----|--|----|----|
| 1  | ¿Piensas que para tener relaciones sexuales se debe utilizar algún método anticonceptivo?  |    |    |
| 2  | Antes existía acceso limitado de anticonceptivos para los adolescentes en los establecimientos de salud. Considerabas esto correcto? |    |    |
| 3  | ¿Consideras que la mujer es quien debe tomar medidas para no quedar embarazada?  |    |    |
| 4  | ¿El miedo a que dirán (prejuicio social) hace que no accedas a Métodos Anticonceptivos?  |    |    |
| 5  | ¿Tus principios religiosos te impiden el acceso a Métodos Anticonceptivos aún si los requieres?                                      |    |    |
| 6  | ¿Crees que el uso de métodos anticonceptivos interfiere con la actividad sexual?   |    |    |
| 7  | ¿Consideras correcto que ahora los adolescentes tengan acceso libre a anticonceptivos en los establecimientos de salud?              |    |    |
| 8  | ¿Antes de la regularización del acceso libre a anticonceptivos acudías a los establecimientos de salud por ellos?                    |    |    |
| 9  | ¿Ahora con la nueva regularización del acceso libre a anticonceptivos acudes a los establecimientos de salud por éstos?              |    |    |

***Gracias por su colaboración***

**PLANILLA DE RESPUESTAS Y PUNTUACIÓN**

**ESCALA TIPO LIKERT**

| <b>N°</b> | <b>ÍTEM</b>  | <b>TD</b> | <b>D</b> | <b>I</b> | <b>A</b> | <b>TA</b> |
|-----------|--|-----------|----------|----------|----------|-----------|
| 1 (+)     | Es importante hablar sobre temas de sexualidad   | 1         | 2        | 3        | 4        | 5         |
| 2 (+)     | Se necesita discutir temas de anticoncepción en su hogar   | 1         | 2        | 3        | 4        | 5         |
| 3 (+)     | Se necesita discutir temas de anticoncepción en su colegio   | 1         | 2        | 3        | 4        | 5         |
| 4 (+)     | El adolescente debe conocer sobre el uso adecuado de métodos anticonceptivos   | 1         | 2        | 3        | 4        | 5         |
| 5 (+)     | Se debe acudir a un establecimiento de salud para recibir información y asesoría sobre temas de sexualidad y anticoncepción              | 1         | 2        | 3        | 4        | 5         |
| 6 (+)     | Se debe acudir a un establecimiento de salud para la obtención de métodos anticonceptivos  | 1         | 2        | 3        | 4        | 5         |
| 7 (-)     | El adolescente necesita la autorización de su padre o madre para obtener algún método anticonceptivo                                     | 5         | 4        | 3        | 2        | 1         |
| 8 (-)     | El adolescente necesita la autorización de su pareja (novio/novia) para elegir y acceder por algún método anticonceptivo                 | 5         | 4        | 3        | 2        | 1         |
| 9 (+)     | El AOE (anticonceptivo oral de emergencia o “píldora del día después”) se debe entregar sin restricción en los establecimientos de salud | 1         | 2        | 3        | 4        | 5         |
| 10 (+)    | Se debe utilizar el AOE (anticonceptivo oral de emergencia o “píldora del día después”) en caso de requerirlo                            | 1         | 2        | 3        | 4        | 5         |

## APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

