



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

ESCUELA DE MEDICINA

“Nivel de conocimiento que tienen los estudiantes del Colegio “San Francisco de la ciudad de Zamora” sobre los peligros que conlleva el inicio de la vida sexual y la práctica de una sexualidad no responsable, durante el periodo comprendido entre Octubre 2009 a Febrero de 2010”

*Tesis de Grado Previo a la
obtención del Título de
Médico*

AUTORA: Alba Ivanova Arboleda Zaragocín

DIRECTOR: Dr. Víctor Hugo Vaca Merino

LOJA-ECUADOR 2012

CERTIFICACIÓN

Dr.

Víctor Hugo Vaca Merino

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Que la Sra. Alba Ivanova Arboleda Zaragocín, realizó el presente trabajo investigativo denominado **“NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE TIENEN LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO “SAN FRANCISCO DE LA CIUDAD DE ZAMORA” SOBRE LOS PELIGROS QUE CONLLEVA EL INICIO DE LA VIDA SEXUAL Y LA PRACTICA DE UNA SEXUALIDAD NO RESPONSABLE, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE OCTUBRE 2009 A FEBRERO DE 2010”**, cumple con los requisitos establecidos en las normas metodológicas generales para la graduación, exigidas por la Escuela de Medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja.

Por lo tanto autorizo su presentación y sustentación respectiva ante los organismos pertinentes.

Loja, 30 de Marzo de 2012

Dr. Víctor Hugo Vaca Merino

DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

El presente trabajo de investigación ha sido realizado por Alba Ivanova Arboleda Zaragocín **EGRESADA DE LA ESCUELA DE MEDICINA**, el que luego de revisado y corregido se pone a consideración de las personas que deseen utilizarlo como un medio de consulta para futuras investigaciones.

f).....

Alba Ivanova Arboleda Zaragocín

DEDICATORIA

A Dios por ser mi fuente de inspiración y base durante estos años de estudio, “Como podré pagarte Señor todo el bien que me has hecho”.

A mis padres Julio y Alba por su apoyo constante, ya que sin ellos no podría haber concluido este triunfo en mi carrera profesional.

A mis hijos María Paula y César Adrián quienes han sido mi fortaleza, gracias a su apoyo y comprensión he podido cumplir este triunfo que es también parte de ellos.

A mis hermanos Noela, Patricia, Diana y Julio quienes con su ejemplo, consejos me han dado ánimo para seguir adelante.

A mi abuelita Rosa quién ha sido mi fuente de inspiración para luchar y conseguir las metas que me he propuesto.

A todos mis familiares que de alguna manera influyeron en mi e impulsaron a seguir adelante.

AGRADECIMIENTO

Dejo constancia de mi agradecimiento a la Universidad Técnica Particular de Loja, a la Escuela de Medicina, así como a todos sus docentes quienes me abrieron las puertas y me impartieron todos sus conocimientos y formación técnica durante mi vida estudiantil.

A mi Director de Tesis Dr. Víctor H. Vaca por su aporte académico, paciencia y dedicación en el asesoramiento de la presente investigación.

A mis padres por su apoyo, comprensión y colaboración en el cuidado de mis hijos.

A mis hermanos quienes con su preocupación diaria me han dado ánimo para seguir adelante.

A mis hijos por su comprensión al no tenerme todo el tiempo junto a ellos.

Al Director, al personal docente y alumnos del Colegio San Francisco de la ciudad de Zamora por su cooperación indispensable en el desarrollo del presente estudio.

CESIÓN DE DERECHOS

Yo, Alba Ivanova Arboleda Zaragocín declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja, que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”.

Dr. Víctor Hugo Vaca Merino

Alba Ivanova Arboleda Zaragocín

DIRECTOR DE TESIS

TESISTA

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
<i>CERTIFICACIÓN</i>	I
<i>AUTORÍA</i>	II
<i>DEDICATORIA</i>	III
<i>AGRADECIMIENTO</i>	IV
<i>CESIÓN DE DERECHOS</i>	V
ÍNDICE DE CONTENIDOS	VI
RESUMEN	XI
I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVO	3
III. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	4
3.1 ADOLESCENCIA Y SEXUALIDAD	4
3.2 CICLO MENSTRUAL	5
3.2.1 DURACIÓN DEL CICLO MENSTRUAL	6
3.2.2 LA FECUNDACIÓN	7
3.3 EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA	8
3.3.1 Características Socio-demográficas y económicas de los adolescentes	9
3.3.2 Antecedentes Gineco-obstétricos de las adolescentes	10
3.3.3 Factores en la toma de decisiones de los adolescentes	10
3.3.4 Factores de los servicios de salud Sexual y Reproductiva	11
3.3.5 Factores de riesgo del embarazo de la adolescente	11
3.3.5.1 Factores individuales	11
3.3.5.2 Factores psicológicos	12
3.3.5.3 Factores sociales	12
3.3.5.4 Factores familiares	14
3.4 CAUSAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE	15
3.4.1 Inicio Precoz de las Relaciones Sexuales	15
3.4.1.1 Factores Biológicos	15

3.4.1.2 Factores Familiares.....	15
3.4.1.3 Factores Ambientales.....	16
3.4.2 No Utilización de Anticoncepción.....	16
3.4.2.1 Falta de Previsión.....	16
3.4.2.2 Falta de Educación Sexual.....	17
3.4.2.3 Factores Ambientales.....	17
3.4.2.4 Difícil Accesibilidad a los Métodos Anticonceptivos.....	17
3.5 REPERCUSIONES DEL EMBARAZO ADOLESCENTE.....	17
3.5.1 Maternidad en Soltería.....	18
3.5.2 Matrimonio.....	18
3.5.3 Adopción.....	19
3.6 ABORTO EN ADOLESCENTES.....	20
3.6.1 Formas de Inicio del aborto.....	20
3.6.2 Formas Clínicas del Aborto.....	20
3.7 PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE.....	22
3.7.1 Prevención Primaria.....	22
3.7.1.1 Programas de Educación Sexual.....	22
3.7.1.2 Educación Sexual en las Escuelas.....	22
3.7.1.3 Mejora a la Accesibilidad a los Métodos Anticonceptivos.....	23
3.7.2 Prevención Secundaria.....	23
3.7.3 Prevención Terciaria.....	23
3.8 ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.....	24
3.8.1 Clamydia.....	25
3.8.2 Sífilis.....	25
3.8.3 Gonorrea.....	27
3.8.4 Condiloma Acuminado.....	27
3.8.5 Herpes Genital.....	28
3.8.6 Sida.....	28
3.8.7 Prevalencia.....	29
3.8.8 Prevención.....	30
3.8.8.1 Prevención Primaria.....	30

3.8.8.2 Prevención Secundaria.....	30
3.9 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.....	31
3.9.1 Métodos Naturales o Abstinencia.....	32
3.9.1.1 Método del Ritmo o Calendario.....	33
3.9.1.2 Temperatura Corporal Basal.....	34
3.9.1.3 Método del Moco Cervical.....	34
3.9.1.4 Método Combinado o Sintotérmico.....	35
3.9.1.5 Coito Interrumpido.....	35
3.9.1.6 Método de Lactancia o Amenorrea.....	35
3.9.2 Métodos de Barrera.....	36
3.9.2.1 Condón Masculino.....	36
3.9.2.2 Métodos de Barrera Femeninos.....	37
3.9.2.2.1 Diafragma.....	38
3.9.2.2.2 Capuchón Cervical.....	38
3.9.2.2.3 Condón Femenino.....	38
3.9.2.2.4 Esponja Anticonceptiva.....	39
3.9.2.2.5 Espermicidas.....	40
3.9.3 Métodos Hormonales.....	41
3.9.3.1 Anticonceptivos Orales solo Progestina.....	41
3.9.3.2 Anticonceptivos Orales Combinados.....	42
3.9.3.3 Anticonceptivos Inyectables.....	43
3.9.3.4 Implantes.....	44
3.9.4 Dispositivos Intrauterinos (DIU).....	45
3.9.5 Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria.....	47
3.9.5.1 Esterilización Femenina.....	47
3.9.5.2 Esterilización Masculino.....	48
3.9.6 Anticoncepción de Emergencia.....	49
IV. MATERIALES Y MÉTODOS.....	51
4.1 Tipo de estudio.....	51

4.2 Universo.....	51
4.3 Muestra.....	51
4.3.1 Criterios de Inclusión.....	51
4.3.2 Criterios de Exclusión.....	51
4.4 Método.....	51
V. RESULTADOS.....	52
5.1 GÉNERO DE LOS ENCUESTADOS.....	52
5.2 EDAD DE LOS ENCUESTADOS.....	52
5.3 ESTADO CIVIL.....	53
5.4 NIVEL DE ESTUDIOS.....	54
5.5 CONVIVENCIA.....	55
5.6 TIENE ENAMORADO/A.....	55
5.7 EDAD DE LA PAREJA.....	56
5.8 HA TENIDO RELACIONES SEXUALES.....	57
5.9 EDAD QUE TUVO AL TENER RELACIONES SEXUALES.....	57
5.10 PORQUE TUVO RELACIONES SEXUALES.....	58
5.11 QUE HACE PARA CUIDARSE CUANDO TIENE RELACIONES SEXUALES.....	59
5.12 POR INICIAR SU VIDA SEXUAL QUEDO EMBARAZADA.....	60
5.13 INFORMACIÓN SOBRE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL.....	61
5.14 FUENTES DE INFORMACIÓN SOBRE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.....	62
5.15 FORMAS DE CONTAGIO DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.....	63
5.16 CONDUCTAS DE RIESGO PARA ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL.....	63
5.17 PROTECCIÓN CONTRA ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.....	64
5.18 CUÁNTO SABE DE SEXUALIDAD	65
5.19 INFORMACIÓN DE LOS PADRES SOBRE SEXUALIDAD.....	66
5.19.1 SI RESPUESTA NEGATIVA.....	67

5.20 CONOCE SOBRE ALGÚN MÉTODO DE CONTROL DE LA NATALIDAD	68
5.21 IMPORTANCIA DE CONOCER LOS MÉTODOS DE CONTROL DE LA NATALIDAD..	68
5.22 UTILIZACIÓN DE MÉTODOS DE CONTROL DE LA NATALIDAD.....	69
5.23 MÉTODOS DE CONTROL DE LA NATALIDAD QUE CONOCE.....	70
5.24 FUENTES DE INFORMACIÓN SOBRE LOS MÉTODOS DE CONTROL DE LA NATALIDAD.....	71
5.25 IMPORTANCIA DE CHARLAS SOBRE SEXUALIDAD EN EL COLEGIO.....	72
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	74
VI. CONCLUSIONES.....	76
VII. RECOMENDACIONES.....	77
VIII. BIBLIOGRAFÍA.....	78
IX. ANEXOS.....	80

RESUMEN

El Presente trabajo tiene por finalidad conocer el criterio que tienen nuestros jóvenes sobre sexualidad y de esta manera iniciar programas educativos y preventivos orientados a la población adolescente sexualmente activa y a quienes aún no lo han hecho, para de esta manera lograr condiciones que garanticen la toma de decisiones y el ejercicio de una sexualidad sana, libre, satisfactoria y responsable en esta etapa del ciclo vital.

La investigación se desarrolló con estudiantes del Colegio San Francisco de la Ciudad de Zamora en la provincia de Zamora Chinchipe, las técnicas de investigación que se utilizaron fueron la revisión bibliográfica y encuestas aplicadas a una muestra de 389 alumnos que cursaban estudios de noveno a tercero de bachillerato con edades comprendidas entre 12-18 años. Tanto en Ecuador como en otros países se observa un incremento en las relaciones sexuales extra-matrimoniales entre adolescentes, siendo la edad media reportada en este estudio de 13,7 años para los varones y 14,4 para las mujeres.

I. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa de transición de la niñez a la adultez experimentada en forma distinta, personal y particular por cada individuo¹. Es frecuente observar en adolescentes conductas que pueden tener consecuencias adversas a corto y a largo plazo ². Aquellos comportamientos que incrementan en forma importante la morbilidad y la mortalidad se conocen como conductas riesgosas ³. Sin embargo, los y las adolescentes son también actores sociales que viven sus inclinaciones, sus aspiraciones y sus relaciones de acuerdo con las circunstancias en las que les ha tocado crecer y formarse, para un futuro generalmente incierto y complejo ⁴.

La sexualidad se compone de muchos factores, incluye forma de pensar, sentir y actuar desde el nacimiento hasta la muerte, la forma en que se ve el mundo y, la forma en que el mundo ve a las personas. La sexualidad también comprende aspectos físicos, incluyendo el desarrollo del cuerpo, cambios asociados como la pubertad y el climaterio y procesos fisiológicos como la ovulación y la espermatogénesis ⁵.

La palabra “sexualidad” encierra una gama de valores y actitudes que con frecuencia hacen suponer que hablar de ella es hablar de relaciones genitales o coitales. Ciertamente ésta es una expresión de sexualidad, pero no es ni la mitad de lo que significa la palabra. En suma de todos aspectos de la humanidad están relacionados con la sexualidad ⁵.

El inicio de la actividad sexual sin una orientación adecuada y sin conocimiento pleno de las complicaciones, expone a las adolescentes a una serie de riesgos asociados con la función sexual, capacidad reproductiva y desarrollo mental y psicológico.

Las defunciones y las enfermedades resultantes del embarazo y el parto, las altas tasas de contagio con el VIH entre los jóvenes, los embarazos no deseados y los abortos realizados en malas condiciones figuran entre los mayores problemas de salud reproductiva con que se tropieza hoy. Cada año, más de 500.000 mujeres - una por minuto - pierden la vida a causa de complicaciones del embarazo y el parto, de esas defunciones maternas, un 99% ocurren en países en desarrollo; cantidades tal vez 15 veces mayores padecen lesiones o infecciones.

Dado que hay 40 millones de personas que están viviendo con el VIH/SIDA y que en 2001 hubo 5 millones de nuevos contagios, es obvia la urgencia de la situación. Cada día, se contagian con una enfermedad de transmisión sexual 500.000 personas jóvenes, en su mayoría en el grupo de edades de 20 a 24 años, al cual le sigue por orden de magnitud el

grupo de 15 a 19 años. Además, la mitad de todos los nuevos contagios con el VIH ocurren entre los jóvenes que son particularmente vulnerables a las enfermedades de transmisión sexual. Los que inician actividades sexuales más temprano tienen mayores probabilidades de cambiar de pareja sexual y corren el riesgo de estar más expuestos al contagio. La presencia de una o más enfermedades de transmisión sexual incrementa de dos a nueve veces el riesgo de contagiarse con el VIH. Los condones contribuyen a reducir este riesgo.

78.000 mujeres en el año pierden la vida debido a abortos realizados en malas condiciones, casi todas ellas en países en desarrollo. Los gobiernos han convenido en reducir el número de embarazos no deseados y considerar que las repercusiones para la salud de los abortos en malas condiciones constituyen un grave problema de salud pública

En base a lo anterior se puede comprender cuán importante es el conocimiento de la anticoncepción en este grupo poblacional, teniendo en cuenta que el abordaje de la anticoncepción en el adolescente se torna complejo y va ligado indisolublemente a una bien orientada educación sexual. Los programas que han reportado más éxito en este sentido son aquellos que le dan habilidad al adolescente para hablar sobre sexualidad y para negociar con su pareja, la habilidad para decir "No" al igual que para decir "Si" y por otro lado tener acceso a la contracepción. El tener acceso a la planificación familiar hace la diferencia, reduce la tasa de embarazos en adolescentes. Aunque no es suficiente sólo con proveer de servicios de planificación familiar, pero es un ingrediente importante en la lucha por la reducción de los embarazos en este grupo poblacional.

A pesar de las políticas de educación y de orientación familiar impulsadas por diferentes gobiernos, los métodos anticonceptivos en Latinoamérica continúan situándose muy por debajo de los países desarrollados y lo que las propias necesidades demográficas de la región demandarían. Tan sólo un 52% de las mujeres latinoamericanas en edad fértil utilizan métodos anticonceptivos, cifra muy inferior a los promedios europeos o norteamericanos. Razones sociales y culturales, junto a una falta de educación e información, parecen estar detrás de estos indicadores.

II. OBJETIVOS

2.1 GENERAL

Investigar el nivel de conocimientos que tienen los estudiantes del “Colegio San Francisco” de la ciudad de Zamora, sobre los peligros que conlleva el inicio de la vida sexual y la práctica de una sexualidad no responsable.

2.2 ESPECÍFICOS

- Conocer si los adolescentes de este centro educativo tienen una adecuada información sobre los riesgos que conlleva el inicio precoz de la vida sexual.
- Establecer las fuentes primarias y secundarias de las cuales los alumnos del Colegio San Francisco de la ciudad de Zamora, obtienen sus conocimientos sobre la sexualidad.
- Establecer cuál es la edad más frecuente en la que se inicia la vida sexual en los adolescentes.
- Relacionar las consecuencias del inicio prematuro de relaciones sexuales con: embarazo no deseado, aborto, frustraciones, matrimonio obligado, rechazo familiar, Enfermedades de Transmisión sexual.
- Investigar si los factores socio-económicos y culturales influyen en el inicio precoz de la actividad sexual de los adolescentes.

III. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

3.1 ADOLESCENCIA Y SEXUALIDAD

La adolescencia es el período crucial del desarrollo del ser humano que incluye cambios físicos y psicológicos que determinan la transformación del niño a adulto. Según la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia comprende el grupo etáreo de 10 a 19 años. La Organización Mundial de la Salud clasifica la adolescencia como:

- Adolescencia Temprana: (10- 13 años)

Caracterizada por el inicio de la maduración sexual, extrema curiosidad por su cuerpo, muchas fantasías sexuales, exploración acentuada del autoerotismo y se interrelaciona con una sexualidad donde lo físico predomina (coquetería, amor platónico, etc.).¹

- Adolescencia Media: (14-17 años)

Completa maduración sexual, manifestación de alta energía sexual con énfasis en el contacto físico y conducta sexual exploratoria (puede presentarse experiencias homosexuales, relaciones heterosexuales no planificadas), negación de las consecuencias de la conducta sexual (por sentimientos de invulnerabilidad), falta de información y educación sexual, relaciones intensas y fugaces.

- Adolescencia Tardía: (De 18 a 20 años)

Se caracteriza por la completa maduración física, social, legal; logros definidos en la maduración psicológica, conducta sexual expresiva y puede establecer relaciones íntimas y estables con definición de su rol sexual.¹

Los adolescentes son vulnerables, porque tanto las características del ambiente familiar y social en que una persona se desenvuelve con sus propias particularidades, pueden hacerlos muy vulnerables, ya que es quien tiene mayor riesgo de recibir determinada lesión o daño.¹

La sexualidad está presente a lo largo de la vida de todos los seres humanos. Su desarrollo armónico es fundamental para la formación integral de la persona. Su finalidad es la relación humana, en tanto que contempla dimensiones comunicativas, afectivas, de placer y reproductivas.

¹ www.minsa.gob.ni/bns/tesis_sp/68.pdf

La sexualidad se compone de muchos factores, incluye forma de pensar, sentir y actuar desde el nacimiento hasta la muerte, la forma en que se ve el mundo y, la forma en que el mundo ve a las personas. La sexualidad también comprende aspectos físicos, incluyendo el desarrollo del cuerpo, cambios asociados como la pubertad y el climaterio y procesos fisiológicos como la ovulación y la espermatogénesis.²

La palabra “sexualidad” encierra una gama de valores y actitudes que con frecuencia hacen suponer que hablar de ella es hablar de relaciones genitales o coitales. Ciertamente ésta es una expresión de sexualidad, pero no es ni la mitad de lo que significa la palabra. En suma de todos aspectos de la humanidad están relacionados con la sexualidad.²

El inicio de la actividad sexual sin una orientación adecuada y sin conocimiento pleno de las complicaciones, expone a las adolescentes a una serie de riesgos asociados con la función sexual, capacidad reproductiva y desarrollo mental y psicológico.

“La Educación Sexual será el conjunto de aprendizajes que permiten el buen desarrollo de las capacidades sexuales, su coordinación con las demás facultades y la consecución de una buena interrelación con las otras personas que resulten estimulantes por su condición sexuada y sexual, consiguiendo altos niveles de espontaneidad y comunicación, y también de respeto y estima.”ⁱ

3.2 EL CICLO MENSTRUAL

El ciclo menstrual es el episodio final de una serie de acontecimientos relacionados con la fertilidad y la reproducción. Algunos métodos anticonceptivos se basan únicamente en las fases de este ciclo.

La hipófisis, situada en la base del cerebro, produce diversas hormonas, y entre ellas, la folículo estimulante (FSH) y la luteinizante (LH), que causan la maduración de un óvulo (en ocasiones más de uno) y su expulsión desde el ovario (ovulación).

² NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCION DE LA SALUD REPRODUCTIVA. 1999. Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Las hormonas hipofisarias son también responsables de que el ovario produzca el estrógeno y la progesterona, que a su vez, producen cambios cíclicos en el sistema reproductor y regulan la menstruación.

3.2.1 LA DURACIÓN DEL CICLO MENSTRUAL

El ciclo menstrual normal tiene un intervalo de 21 días a 35 días, teniendo como término medio 28 días y transcurre de forma natural en tres fases.

FASE PREEVULATORIA 1

El óvulo madura y el endometrio comienza a engrosarse.

FASE OVULATORIA 2

Dura 2 ó 3 días y representa el período más fértil de la mujer. Es en estos días cuando la fecundación es más probable.

FASE POSTOVULATORIA 3

El endometrio está preparado para un posible embarazo; si no hay embarazo la parte superficial del endometrio se desprende, dando lugar a la menstruación, que dura generalmente de 3 a 5 días.

No todas las mujeres presentan un ciclo regular: en algunas puede ser muy corto o muy largo o variar de mes a mes.

Muchos factores de naturaleza física (enfermedad) o emocional pueden influir el momento de la ovulación.

Generalmente, la variación del ciclo es debida a cambios de la fase preovulatoria. Es muy difícil saber exactamente cuándo tendrá lugar la ovulación. Por esta razón, los métodos anticonceptivos basados en esta predicción (por ejemplo, cálculo del periodo fértil o "método del ritmo") no son de confianza.

La fase postovulatoria es, en general, constante y dura aproximadamente de 13 a 14 días.

3.2.2 LA FECUNDACIÓN

Después de la ovulación, el óvulo pasa a la trompa de Falopio, donde podrá ser fecundado. Los espermatozoides que migran desde la vagina pasan por el útero, y finalmente llegan a la trompa. El óvulo fecundado, o cigoto, al cabo de aproximadamente 30 horas, empieza a

multiplicarse rápidamente y se traslada hacia el útero (endometrio). Este desplazamiento dura alrededor de 6 días.

El blastocisto puede fijarse en el revestimiento interno del útero (endometrio). Este proceso se denomina "nidación" o implantación y es necesario para que se inicie el embarazo.

Una mujer embarazada comienza a elaborar una nueva hormona denominada gonadotropina coriónica humana (GCH), formada por el sincitiotrofoblasto, que provoca una cadena de acontecimientos que reprimen la menstruación hasta después del parto.

Una prueba de embarazo se basa en la presencia (o ausencia) de GCH en la orina.

3.3 EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Se denomina embarazo en adolescentes al que ocurre durante la adolescencia de la madre, definida esta última por la Organización Mundial de la Salud OMS como el lapso de vida transcurrido entre los 10 y 19 años de edad. También se suele designar como embarazo precoz, en atención a que se presenta antes de que la madre haya alcanzado la suficiente madurez emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad.

El embarazo de la adolescente puede ser un fenómeno natural en una sociedad agrícola – rural y un problema social en una sociedad industrializada o en desarrollo; puede ser una manifestación temprana de la capacidad reproductiva, adolescente.¹

En todo el mundo, uno de cada diez alumbramientos corresponde a una madre adolescente y las tasas de fecundidad oscilan entre 05 y 200 nacimientos vivos por cada 1000 adolescentes, siendo las más altas las de África y América Latina.³

En los países en desarrollo, según el Informe sobre la juventud mundial 2005:

Uno de cada seis alumbramientos corresponde a jóvenes de 15 a 19 años de edad.

Una de cada tres mujeres da a luz antes de los 20 años.

Los partos de mujeres menores de 20 años representan el 17%, (14 millones de partos al año en el mundo entero).

Cada año, más de 4,4 millones de adolescentes se someten a un aborto; de esos abortos, un 40% se realizan en malas condiciones.³

El embarazo en la adolescencia no sólo representa un problema de salud, también tiene una repercusión en el área social y económica, dado que implica menores oportunidades educativas o el abandono total de los estudios por parte de la madre adolescente, lo que incide en el incremento de la exclusión y de las desigualdades de género, coadyuvando en el fortalecimiento del círculo de la pobreza.³

³García P, Arias T, Lezcano G, Caballero L, Chong J, Mendieta A, Bravo R, Navarro E, Urriola C, 2007. Embarazo en la en adolescencia en la República de Panamá. Revista Venezolana de ginecología y obstetricia; 67: 73-77.

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

Diferentes estudios han puesto de manifiesto que el embarazo adolescente es un embarazo no deseado, observándose variaciones según el entorno sociocultural así en Estados Unidos este porcentaje alcanza el 95%.

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

Determinantes de la salud: Son múltiples los factores que influyen en las condiciones de salud de los individuos, grupos y sociedades.

Estos factores son fuerzas existentes tanto dentro del sector salud como fuera del mismo. Los cambios estructurales que están ocurriendo dentro de la economía política global tienen un impacto sustancial en la salud de los individuos los cuales deben ser analizados cuidadosamente para convertir los retos en oportunidades de cambio positivo. Los acelerados cambios económicos, políticos y sociales que están acompañando al proceso de globalización pueden ocasionar un desarrollo económico desigual, incrementando las inequidades sociales.

Los determinantes en el aborto adolescente están relacionados a factores socio-demográficos y económicos, antecedentes gineco-obstétricos, factores relacionados con la toma de decisiones en las que se ve envuelta la adolescente y factores relacionados con los servicios de salud sexual y reproductiva.

3.3.1 Características socio-demográficas y económicas de las adolescentes:

- *Edad de la adolescente:* mientras menor sea la adolescente mayor es el riesgo de un aborto a esta edad.

- *Procedencia:* es más frecuente el aborto en aquellas adolescentes que residen en áreas rurales.

- *Pobreza:* adolescentes pobres y en extrema pobreza son grupos vulnerables y que se encuentran en riesgo en este tipo de eventos.

- Ocupación: a esta edad la mayoría de las adolescentes estudia y muy pocas recurren a trabajar para mejorar en algo la mala situación económica en sus hogares.⁴

3.3.2 Antecedentes gineco-obstétricos de las adolescentes:

- Edad de la menarquia: si la edad es precoz la adolescente tiende a iniciar su vida sexual a corta edad lo que la predispone al evento en mención.

- Inicio de la vida sexual: un inicio de vida sexual a corta edad la predispone a embarazos no deseados que frecuentemente terminan en abortos.

- Compañeros sexuales: el solo hecho de tener más de un compañero sexual en la adolescencia la predispone no solo a embarazos y abortos sino a enfermedades de transmisión sexual.

- Uso de métodos anticonceptivos: este punto es de elevada importancia en la alta incidencia de abortos en la adolescencia debido a la falta de conocimiento sobre el uso de métodos de planificación familiar, sumado a la falta de provisión de los centros de salud.

- Embarazos previos: el haber estado embarazada anteriormente provoca en la adolescente la necesidad de discontinuar el embarazo.

- Hijos vivos: el tener hijos en la adolescencia genera el sentir de una maternidad satisfecha y el no desear un nuevo hijo.

- Aborto previo: el mismo hábito de abortar predispone a nuevos abortos en las adolescentes.

- Complicaciones durante el embarazo: diferentes patologías durante el embarazo pueden ser factores predisponentes de aborto.⁵

3.3.3 Factores de la toma de decisiones de la adolescente:

- Proyecto de vida: es interesante conocer los diferentes proyectos de vida ya que de esta forma se identifican algunas razones de las adolescentes de abortar o de parir.

- Convivencia de pareja: generalmente si vive con la pareja la muchacha se sentirá apoyada en la decisión que tomó.

⁴UNFPA. 2001. Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe.)

⁵ Pizarro, Ana María. Atención humanizada del aborto y del aborto inseguro. 1998

- Opinión de la pareja: el apoyo o rechazo de la pareja al descubrir el embarazo influye grandemente las decisiones de las adolescentes.
- Influencia de personas en la toma de decisiones: en esos momentos, familiares, amigos, y otras personas pueden influenciar de cierta forma en la toma de decisiones.
- Religión: aunque la mayoría de adolescentes practican alguna religión esto no influye la decisión al momento de un embarazo no deseado.

3.3.4 Factores de los servicios de salud sexual y reproductiva:

- Existencia de servicios de salud sexual y reproductiva: la accesibilidad a este tipo de servicios es de suma importancia en el aborto adolescente.
- Consejería sobre sexualidad, métodos de planificación familiar: las consejerías sobre temas de sexualidad a las adolescentes disminuirían los altos índices de aborto.
- Atención pre-natal: una adecuada atención en el embarazo es necesaria para lograr que este llegue a buen término.
- Consejería sobre las consecuencias del aborto: este tipo de consejería educaría a las adolescentes y las concientizaría de lo grave que es un aborto en condiciones indebidas.⁵

3.3.5 Factores de riesgo del embarazo de la adolescente:

Es multicausal, a continuación se presentan los factores que favorecen el embarazo precoz o se asocia con él:

3.3.5.1 Factores Individuales

Dificultad para planear proyectos a largo plazo, personalidad inestable, baja autoestima y poca confianza, sentimientos de desesperanza, falta de actitud preventiva, menarquia precoz, conducta de riesgo, abuso de alcohol y drogas, abandono escolar, dificultad para mejorar sus condiciones de vida, insuficientes oportunidades para integrarse a grupos de entretenimiento, antecedentes familiares, familias conflictivas o en crisis, madres que han estado embarazadas en adolescencia. ¹

- Biológicos: Menarquia: la edad de la pubertad ha declinado desde 17 años en el siglo XIX alrededor de 12 a 13 años, actualmente lo que conduce a que las adolescentes sean fértiles a una edad menor. ¹

El periodo entre el inicio de la pubertad y la independencia económica ha aumentado en nuestras sociedades, lo que permite una mayor posibilidad de relaciones prematrimoniales.

- Psicosociales: El embarazo en la adolescencia muy pocas veces es casual y menos aun conscientemente buscado. Obedece en general a una serie de causas, entre algunas: psicológicas, socioculturales y familiares.

3.3.5.2 **Factores Psicológicos**

Durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo de la adolescencia, los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación de la actividad sexual precoz. En la adolescencia, el egocentrismo de la etapa las hace asumir que a ellas eso no les va a pasar, pues eso solamente les ocurre a otras.

La necesidad de probar su fecundidad, estando influenciadas por fantasías de infertilidad, puede ser un factor poderoso durante la adolescencia. ¹

Dentro de las causas psicológicas se mencionan:

- ✚ Desean tener un hijo para reconstruir la ternura materna o para construir la que no han tenido.
- ✚ Para conseguir un marido que las acompañe y las ayude a sobrevivir económicamente.
- ✚ Para castigar a los padres por su incompreensión.
- ✚ Para irse de un hogar disfuncional, huir de un ambiente difícil.
- ✚ Agradar al novio.

3.3.5.3 **Factores Sociales**

Existe abundancia de propaganda que incita las relaciones sexuales, tendencia a la reproducción de la madurez materna (hijos a temprana edad), falta de acceso a los servicios de planificación familiar. ¹

Una unidad psicosocial sujeta a la influencia de los factores socioculturales, protectores y de riesgo, cuya interacción la hace vulnerable a caer en situaciones de crisis.

Factores Socioculturales: el embarazo de la adolescente está relacionado con la condición de la mujer en las diferentes sociedades. Esta se describe en términos de su ingreso,

empleo, educación, salud y fertilidad y también los roles que ella desempeña en la familia y la comunidad. También incluye la percepción de la sociedad sobre estos roles y el valor que esta le otorga. El estereotipo de la mujer de baja condición es la mujer con un niño al pecho, embarazada y varios niños más alrededor de su falda. Es la mujer para quien la maternidad ha sido el único destino desde su nacimiento, ella se ve mayor de la edad que tiene, su salud está revestida por embarazos a repetición, la maternidad y el trabajo doméstico agotador. Es típico su baja escolaridad, falta de ingreso, falta de empleo, salud inadecuada y falta de acceso a la salud.

El machismo influencia el patrón de conducta sexual y el uso de métodos anticonceptivos (especialmente entre los adolescentes). La imagen de una mujer pasiva, silenciosa, dependiente, es el resultado de una generación de privación y restricciones impuestas para mantener el dominio masculino en la vida diaria.¹ Freid Said, dice que esto se expresa en la negación del derecho de la mujer a la realización sexual, independiente de la reproducción. Esto refleja un sistema de valores que iguala maternidad con reproducción.

La educación tiene un efecto importante en el embarazo de las adolescentes. La precocidad y el número de niños que una mujer tendrá declinan a medida que el nivel de escolaridad aumenta, más bien la educación actúa mejorando la condición social y la auto imagen de la mujer, aumentando las opciones de su vida y la capacidad de tomar sus propias decisiones.

La educación se ha descrito como el medicamento contra el fatalismo. Las mujeres analfabetas de los sectores rurales no entienden de la fisiología de la reproducción o como controlarla, en consecuencia aceptan el embarazo como una voluntad divina, una mujer sin educación está menos informada e indispuesta a buscar cuidados para su salud y atención médica.¹

Se describe como factor de riesgo la baja escolaridad, las zonas de pobreza con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad familiar disfuncionales, falta de recursos a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo.

La pérdida de la religiosidad es otro factor que afecta las barreras para el ejercicio de la sexualidad adolescente.

Causas sociales:

-  Inicio de las relaciones sexuales en edades tempranas.
-  Permanecer más tiempo solas(os).

- ✚ Pocas oportunidades de esparcimiento y educación.
- ✚ Poca información y a veces deformada sobre educación sexual y anticoncepción.
- ✚ Abundancia de programas que incitan a las relaciones sexuales.
- ✚ Tendencia a la reproducción del modelo materno (hijos a temprana edad).
- ✚ Falta de acceso a los servicios de planificación familiar. ¹

3.3.5.4 Factores Familiares

Familia disfuncional (tensión y conflicto familiar), familia en crisis, pérdida de un familiar, enfermedad crónica de algún familiar, madre con embarazo en la adolescencia, hermana adolescente embarazada, vínculo más estrecho con el padre, padre ausente. ¹

La familia desde la perspectiva psicosocial es vista como uno de los micros ambientes en donde permanece el adolescente y que por lo tanto es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable, este estilo de vida debe promover el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia. ¹

Un mal funcionamiento puede predisponer a una relación sexual prematura, un adolescente con baja autoestima que sufre discriminación afectiva, recibe atención y cuidado a través de las relaciones sexuales y además puede encontrar alivio a la soledad y abandono a través de un embarazo que le permita huir de un lugar patológico amenazado por la violencia, el alcoholismo y la amenaza de incesto.

Se ha descrito como factores de riesgo asociados a la familia, la inestabilidad emocional, el embarazo adolescente de una hermana, madre con historia de embarazo adolescente y enfermedad crónica de uno de los padres.

La homeostasis familiar que se establece entre los miembros facilita una relación emocional y física, promueve el desarrollo individual y familiar para mantener el equilibrio, cada familia utiliza valores, normas y reglas que condicionan y marcan las relaciones tanto en el medio externo como en el interno. Las adolescentes se enfrentan a una diversidad de problemas dentro de los cuales se encuentran:

Al estar presente los problemas económicos en el hogar, la adolescente trata de conseguir un marido que la acompañe y la ayude a sobrevivir económicamente; frecuentemente pasan de la dependencia de los padres a la dependencia del marido. Se menciona además los ingresos económicos insuficientes, conduciendo así a un embarazo precoz. ¹

Los problemas Psicológicos, como la soledad, conflictos familiares, alcoholismo, inestabilidad emocional y baja autoestima.

Los problemas socioculturales: como el antecedente de embarazo de la madre o hermana antes de los 19 años de edad y el machismo. ¹

3.4 CAUSAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

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

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

3.4.1 INICIO PRECOZ DE LAS RELACIONES SEXUALES

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

3.4.1.1 Factores biológicos

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

3.4.1.2 Factores familiares

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

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

3.4.1.3 Factores ambientales

Las malas o bajas condiciones socioeconómicas, así como la ignorancia y la pobreza constituyen factores causales muy importantes, tanto del embarazo adolescente como del inicio precoz de las relaciones sexuales. Por ello se observa cómo la fecundidad adolescente no se distribuye de forma homogénea entre los diferentes estratos sociales, apreciándose zonas de elevada prevalencia dentro de una misma área geográfica. Otro de los factores ambientales asociados al inicio precoz de las relaciones sexuales ha sido la falta de escolarización de los jóvenes, hecho que afortunadamente ya no sucede en nuestro país, pero que constituye una dramática realidad en otras latitudes.

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

3.4.2 NO UTILIZACIÓN DE ANTICONCEPCIÓN

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

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

Procuraremos analizar, a continuación, los factores que inciden en la escasa utilización de anticoncepción en esta época de la vida.

3.4.2.1 Falta de previsión

Las primeras relaciones sexuales son espontáneas, no planeadas, lo que dificulta la utilización de algún método anticonceptivo, al mismo tiempo que parece haberse observado una débil motivación, por parte de los jóvenes, para su uso. Así como la menarquia y el inicio de las relaciones sexuales se han adelantado, no parece ocurrir lo mismo con la madurez psicológica de los jóvenes, muchas veces poco conscientes del

riesgo que asumen. De hecho, el 30-35% de las primeras relaciones coitales se realizan sin protección anticonceptiva. En otras ocasiones la no utilización de método anticonceptivo no obedece a falta de previsión sino, más bien, a la asunción de comportamientos de riesgo, propios de esta edad.

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

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

3.4.2.2 Falta de Educación Sexual

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

3.4.2.3 Factores ambientales

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

3.4.2.4 Dificil accesibilidad a los métodos anticonceptivos

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

3.5 REPERCUSIONES DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

Cuando el embarazo de la joven se descubre o se hace saber los adultos, habitualmente sus padres, toman partido de inmediato en la situación con actitudes, la mayoría de las veces, de acogimiento y comprensión si bien en algunas ocasiones la primera reacción es de violencia y rechazo. Según diferentes estudios hasta un 22% de las jóvenes embarazadas sufre algún tipo de violencia durante su proceso de embarazo, siendo, en la mayoría de las ocasiones, el agresor un miembro de la familia.⁶

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

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

3.5.1 MATERNIDAD EN SOLTERÍA

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

Ahora bien, esta alternativa no solventa la situación de ilegitimidad social que conlleva la maternidad en soltería y puede ser objeto, en determinados estratos sociales, de actitudes discriminatorias hacia la joven y su entorno.

Otro de los problemas que se le puede presentar a la joven embarazada es el hecho de quedar sin casa por abandono, forzoso o voluntario, del hogar familiar, lo que añade complejidad al desarrollo de su gestación.

⁶ Hatcher, R. A. y Cols. 1990-1991. Contraceptive technology, 15^a ed. Nueva York, Irvington Publis Hers, 100-130.

3.5.2 MATRIMONIO

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

En el caso de las jóvenes que se embarazan, prácticamente todas, abandonan sus estudios para integrarse en el nuevo núcleo familiar hipotecando, de esta manera, su desarrollo y futuro. El matrimonio conlleva, además, el riesgo de un nuevo embarazo, ahora ya socialmente admitido, que representa el agravamiento de los problemas económicos, educativos y de relación afectiva que el primero trajo consigo.

Suele ocurrir, además, que los hijos de estos matrimonios alcanzan un desarrollo socioeconómico y personal menor que los de madres de mayor edad, propiciando una situación que se caracteriza por:(a)clase social baja,(b) absoluta dependencia económica y (c)falta de apoyo de las estructuras sociales; éstos son los factores que determinan el embarazo adolescente y al no corregirse condicionan que más del 50% de las jóvenes adolescentes que se embarazan sean, a su vez, hijas de mujeres que fueron madres adolescentes.⁶

Teniendo en cuenta los datos anteriormente descritos hay que seguir preocupándose, y mucho, del futuro de las madres adolescentes. A comienzos de la década de los 70, en EEUU, el embarazo era la primera causa de que las adolescentes abandonaran la escuela antes de terminar sus estudios. Una joven madre debe ejercer el papel de madre al mismo tiempo que el de estudiante, duplicando, en muchas ocasiones, su actividad, lo que le exige una madurez psicológica y personal que todavía no ha alcanzado por lo que no deben de sorprendernos los estudios que demuestran que son pocas las adolescentes embarazadas que posteriormente logran buenos resultados en sus estudios.⁶

3.5.3 ADOPCIÓN

Constituye la tercera de las alternativas cuando se decide no interrumpir la gestación y, probablemente, es la más compleja por cuanto puede generar angustia y culpabilidad. Algunos autores han demostrado que las mujeres jóvenes que dan a luz solteras y dejan a su hijo en adopción presentan mayores dificultades de personalidad que las que

decidieron abortar.⁶ Existe, además, un trastorno psicológico sostenido que persiste varios años después. Los padres de una adolescente que deja su hijo en adopción presentan, en ocasiones, una sensación de vergüenza, pena y dolor que suele mitigarse cuando la hija acaba casándose y queda nuevamente embarazada. La adolescente que ha abandonado su criatura muchas veces tiene sensaciones similares, siendo bastante frecuente que muchos años después del abandono sigan lamentando su decisión y preguntándose cómo estará ahora su hijo.

3.6 ABORTO EN ADOLESCENTES

La adolescente que está embarazada se enfrenta a una dura prueba al tener que tomar una decisión, la de interrumpir su embarazo para la que, probablemente no esté emocionalmente madura.

Esta inmadurez junto con el temor a descubrir su situación hace que en adolescentes se produzcan un número excesivo de abortos del segundo trimestre. Suele ser frecuente que las adolescentes que demandan una consulta por un posible embarazo refieran que están embarazadas de menos tiempo que el real.

3.6.1 El aborto de acuerdo a su forma de inicio se puede clasificar como:

Aborto espontáneo: cuando se produce por un mecanismo natural sin que se realice ninguna maniobra o intervención medicamentosa o instrumental para terminar la gestación.

Aborto inducido o provocado: se efectúa deliberadamente utilizando una o varias maniobras o procedimientos con la única intención de facilitar la expulsión del producto. En esta categoría se incluyen los siguientes tipos:

Aborto legal: se realiza al amparo de la ley cuando este procedimiento es aceptado en la legislación de un país.

Aborto ilegal: es un aborto inducido que se realiza en forma clandestina, generalmente en condiciones sanitarias deficientes y casi siempre por personas con instrucción baja.

Aborto terapéutico: es la terminación de un embarazo cuando existen complicaciones maternas que amenazan su vida. La mayoría de las veces se confunde con el aborto legal, pero en este caso, las indicaciones médicas predominan.

3.6.2 El aborto según sus formas clínicas se clasifican en:

Amenaza de aborto: este es el más precoz de los distintos cuadros que puede presentar el aborto espontáneo. Es el cuadro clínico caracterizado por la aparición antes de las 20 semanas de gestación de dolor hipogástrico y lumbosacro tipo cólico, sangrado transvaginal escaso, orificio cervical externo permeable.

Aborto en evolución (inminente, en curso): es aquel que como consecuencia de la actividad uterina (contracciones uterinas, intermitentes y progresivas) ha producido modificaciones

cervicales irreversibles (borramiento y dilatación), presencia o no de sangrado, de origen endouterino de magnitud variable.

Aborto inevitable: está caracterizado porque en ausencia de modificaciones cervicales se produce ruptura del saco amniótico, o pérdida de la vitalidad ovular, o sangrado profuso que compromete la vida de la paciente.

Aborto diferido: es aquel en que se presenta la muerte y retención del producto de la concepción dentro de la cavidad uterina y este no se expulsa en un periodo de 4 semanas o más.

Aborto habitual o de repetición: se considera aquel que ha sucedido en forma espontánea en 3 o más ocasiones consecutivas o bien 5 o más de forma intercalada con embarazos normales.

Aborto incompleto: es la expulsión de una parte del producto de la concepción y el resto se encuentra dentro de la cavidad uterina. Es una de las modalidades de terminación de cualquiera de las formas clínicas del aborto descritas anteriormente.

Aborto completo o consumado: es la expulsión total del producto de la concepción. Constituye una de las modalidades de terminación de cualquiera de las formas clínicas del aborto anteriormente descritas.

Aborto séptico infectado: en aquel caso en que se agrega una infección de origen endouterino a cualquiera de las formas clínicas del aborto.

3.7 PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

Resulta evidente que el embarazo es consecuencia de las relaciones sexuales pero hay que señalar que el embarazo adolescente es mucho más probable allí donde se les niega la anticoncepción a los jóvenes y donde no se les ofrece información sobre la sexualidad y sus consecuencias.

3.7.1 PREVENCIÓN PRIMARIA

Supone la base de la prevención y procura actuar sobre los factores de riesgo que favorecen u originan la aparición del problema. Al analizar las causas del embarazo adolescente, y conscientes de que hay factores difíciles de modificar (estado socioeconómico), debe proponerse una actuación dirigida a implementar los programas de educación sexual y mejorar la accesibilidad de los jóvenes a los métodos anticonceptivos.

3.7.1.1 Programas de Educación Sexual

Los padres, primeros responsables en materia educativa, delegan con demasiada frecuencia su responsabilidad en terceras personas haciendo dejación de su derecho y deber de educar, en materia de sexualidad, a sus hijos. La consecuencia de este hecho es que hasta el 57% de los padres no hablan de temas de sexualidad con sus hijos y que hasta el 50% de éstos obtienen información sobre esta materia de sus amigos o medios de comunicación.⁶

La sociedad, en su conjunto, puede tener derecho a preservar unos valores éticos y culturales que le han sido transmitidos y considere que no debe facilitar información a los jóvenes, creyendo que los adolescentes no deben tener relaciones sexuales y, por ello, no necesitan información o bien que la información pueda suponer un aliento a mantener relaciones sexuales.

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

3.7.1.2 Educación Sexual en las escuelas.

Otras experiencias similares llevadas a cabo en Holanda o en EEUU han demostrado que el hecho de proporcionar consejo anticonceptivo a los jóvenes no parece promocionar, de forma significativa, el inicio de las relaciones sexuales entre los no activos, si bien

aumenta, significativamente, el empleo de métodos anticonceptivos entre los sexualmente activos.⁶

3.7.1.3 Mejora de la accesibilidad a los métodos anticonceptivos

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

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

3.7.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA

El embarazo adolescente necesita una mayor atención sanitaria para prevenir y tratar las incidencias que lo complican haciendo especial énfasis en los programas de Educación Sanitaria, puesto que se ha demostrado que las jóvenes embarazadas acogidas en los programas de Educación Prenatal presentan una menor incidencia de morbi mortalidad, materna y perinatal y utilizan más los métodos anticonceptivos después del parto.⁶

3.7.3 PREVENCIÓN TERCIARIA

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

3.8 ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

A partir de los años 60 y como consecuencia de profundos cambios socioculturales, se produjo un notable incremento de las enfermedades de transmisión sexual (ETS).¹ Estadísticas actuales muestran que la población con mayor riesgo de enfermar de cualquiera de las ITS son los adolescentes y jóvenes adultos heterosexuales entre 14 y 24 años de edad.²

Se estima que el 80 % de las personas con SIDA tienen entre 20 y 30 años, lo que significa que contrajeron la enfermedad cuando eran adolescentes.⁷ Cada año se registran unos 340 millones de nuevos pacientes con infecciones de transmisión sexual en personas de entre 15 y 49 años de edad. Si bien esas infecciones son, en su mayoría, susceptibles de tratamiento, muchas no son diagnosticadas ni reciben tratamiento debido a la falta de servicios accesibles. Las ETS que no han recibido tratamiento son una de las principales causas de infertilidad, la cual afecta a entre 60 millones y 80 millones de parejas en todo el mundo.^{8,9}

Se considera que la población joven es la mayormente afectada por las infecciones de transmisión sexual y se estima que las actitudes son modificables con la adquisición de conocimientos positivos, al ser los adolescentes potenciales perceptores y emisores a su vez de los conocimientos adquiridos.

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) constituyen un grupo de afecciones que se caracterizan por transmitirse a través de las relaciones sexuales, constituyendo factores de riesgo la selección inadecuada de la pareja, y los cambios frecuentes de ésta entre otros.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) manifiesta una gran preocupación por el marcado aumento que se observa en el número de enfermedades de transmisión sexual y ha dado orientaciones sobre esta situación a las autoridades de salud para combatir estas enfermedades, por constituir un escenario propicio para la infección por el VIH/SIDA.⁷

El incremento observado en estas enfermedades va aparejado a diferentes factores que han contribuido a su ascenso, entre los que se destacan, cambios en el comportamiento sexual y social debidos a la urbanización, industrialización y facilidades de viajes, los cambios en la mentalidad referente a la virginidad, la tendencia actual a una mayor

⁷ OPS/OMS. 1995. Atención de las enfermedades transmitidas sexualmente (ETS), 7 Washington DC: OPS/OMS; 1-6.

precocidad y promiscuidad sexual aparejado a una menarquia cada vez más temprana y a patrones de machismo que imperan en algunos países del mundo. ⁸

Los adolescentes tienen como características propias la falta de control de los impulsos, la ambivalencia emocional, los cambios emotivos y de la conducta, además que su maduración sexual, cada vez más temprana, los lleva a la búsqueda de las relaciones sexuales como inicio de su vida sexual activa. Estas características los condicionan a mantener comportamientos arriesgados y los expone a ser víctimas comunes de las ETS, lo cual se agrava por la falta de conocimientos reales acerca de éstas. ⁹

El control epidemiológico de las enfermedades de transmisión sexual se basa fundamentalmente en la prevención, detección y tratamiento de los pacientes y sus contactos. El médico de atención primaria es uno de los principales educadores sobre conductas de riesgo y sexo seguro, con la idea de la prevención de las enfermedades de transmisión sexual. Recordar que la simple utilización de profilácticos previene la transmisión de las mismas, que tratar la sífilis en una embarazada previene la sífilis congénita (con 40% de mortalidad) y que la vacunación contra la Hepatitis B en neonatos es una medida hoy día considerada por salud pública .

3.8.1 CLAMYDIA

La infección es causada por un parásito intracelular la *Chlamydia trachomatis* que es la causa de distintos cuadros clínicos: uretritis no gonocócica y epididimitis en los varones, cervicitis, salpingitis, perihepatitis y síndrome uretral en las mujeres. La infección puede también afectar al recién nacido en su paso por el canal del parto siendo la causa de conjuntivitis, neumonía y otitis en el neonato. En un porcentaje importante de pacientes se asocia a la infección gonocócica.

3.8.2 SÍFILIS

CONCEPTO	También conocida como chancro duro. Es una enfermedad de transmisión sexual es muy contagiosa y se transmite por la relación sexual o por el contacto de la cavidad oral con los genitales afectados. El mayor riesgo se encuentra en la población de jóvenes sexualmente activos.
-----------------	--

⁸ OMS. La salud de los jóvenes. Un reto y una esperanza. Ginebra: 1995:25.

⁹ Silver TJ. Manual de Medicina de la adolescencia. Washington 1992. DC:OPS;278-303.

AGENTE CAUSAL	Treponema pallidum,
CRECIMIENTO Y TRANSMISIÓN	La bacteria causante de esta enfermedad necesita un ambiente tibio y húmedo para sobrevivir, por ejemplo, en las membranas mucosas de los genitales, la boca y el ano. Se transmite cuando se entra en contacto con las heridas abiertas de una persona infectada. Esta enfermedad tiene varias etapas: la primaria, secundaria, la latente y la terciaria (tardía). En la etapa secundaria es posible contagiarse al tener contacto con la piel de alguien que tiene una erupción en la piel causada por la sífilis.
SÍNTOMAS	<p><i>Etapa primaria:</i> el primer síntoma es una llaga en la parte del cuerpo que entró en contacto con la bacteria. Estos síntomas son difíciles de detectar porque por lo general no causan dolor, y en ocasiones ocurren en el interior del cuerpo. Una persona que no ha sido tratada puede infectar a otras durante esta etapa.</p> <p><i>Etapa secundaria:</i> surge alrededor de tres a seis semanas después de que aparece la llaga. Aparecerá una erupción en todo el cuerpo, en las palmas de las manos, en las plantas de los pies o en alguna otra zona. Otros síntomas posibles son: fiebre leve, inflamación de los ganglios linfáticos y pérdida del cabello.</p> <p><i>Etapa latente:</i> si no es diagnosticada ni tratada durante mucho tiempo, la sífilis entra en una etapa latente, en la que no hay síntomas notables y la persona infectada no puede contagiar a otras. Sin embargo, una tercera parte de las personas que están en esta etapa empeoran y pasan a la etapa terciaria de la sífilis.</p> <p><i>Etapa terciaria (tardía):</i> esta etapa puede causar serios problemas como, por ejemplo, trastornos mentales, ceguera, anomalías cardíacas y trastornos neurológicos. En esta etapa, la persona infectada ya no puede transmitir la bacteria a otras personas, pero continúa en un periodo indefinido de deterioro hasta llegar a la muerte.</p>

3.8.3 GONORREA

CONCEPTO	Es una infección venérea, la mujer tiene un mayor riesgo de contagio que el varón durante una relación sexual (contacto) con una persona infectada.
AGENTE CAUSAL	Neisseria Gonnorrhoeae
CRECIMIENTO Y DISEMINACIÓN	Esta bacteria puede crecer y multiplicarse fácilmente en áreas húmedas y tibias del aparato reproductivo, incluidos el cuello uterino, el útero y las trompas de Falopio en la mujer, y en la uretra en la mujer y en el hombre. Esta también puede crecer en la boca, en la garganta, en los ojos y en el ano.
SÍNTOMAS	<p>En la mujer:</p> <ul style="list-style-type: none">• secreción vaginal inusual• sangrado vaginal inusual• dolor en la parte inferior del abdomen <p>La mujer infectada puede no tener síntomas o presentar ligeras molestias al orinar o flujo.</p> <p>En el hombre:</p> <ul style="list-style-type: none">• dolor al orinar• secreción uretral purulenta <p>En el varón transcurren dos a tres días después del contacto sexual antes de que se presenten los síntomas.</p>

3.8.4 CONDILOMA ACUMINADO

CONCEPTO	Es una enfermedad infecciosa, que se transmite por vía sexual, aunque también puede contagiarse en piscinas, baños, saunas.
AGENTE CAUSAL	VPH (virus del papiloma humano)

CRECIMIENTO	Se presenta en la piel de las zonas genitales en forma de verrugas. Las lesiones son apreciables a simple vista o se pueden diagnosticar por observación de tejidos con un microscopio
SÍNTOMAS	Algunos de los síntomas más importantes que sugieren la presencia de virus del papiloma humano son irritaciones constantes en la entrada de la vagina con ardor y sensación de quemadura durante las relaciones sexuales (se denomina vulvodinia), pequeñas verrugas en el área ano-genital: cérvix, vagina, vulva y uretra (en mujeres) y pene, uretra y escroto (en varones). Pueden variar en apariencia (verrugas planas no visibles o acuminadas sí visibles), en número y en tamaño, por lo que se necesita un especialista para su diagnóstico. Aparecen alteraciones en el Papanicolaou, lo que refleja que en el cuello del útero hay lesiones escamosas intraepiteliales (zonas infectadas por VPH que pueden provocar cáncer).

3.8.5 HERPES GENITAL

Su incidencia ha ido aumentando en los últimos años de forma preocupante sobre todo por no existir un tratamiento erradicador de la enfermedad como por el riesgo de transmisión al recién nacido en su paso por el canal del parto. Hasta el 90% de los casos son producidos por el virus herpes tipo II.

3.8.6 SIDA

CONCEPTO	Es una <u>enfermedad</u> que afecta a las personas que han sido infectadas por el <u>virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)</u> .
----------	---

AGENTE CAUSAL	El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)
AFECTACIÓN	Ataca a los linfocitos T-4, que forman parte fundamental del sistema inmunitario del ser humano. Como consecuencia, disminuye la capacidad de respuesta del organismo para hacer frente a infecciones oportunistas originadas por virus, bacterias, protozoos, hongos y otro tipo de infecciones
TRANSMISIÓN	Sexual, al contacto de secreciones infectadas con la mucosa genital, rectal u oral de la otra persona. Parenteral, transfusiones de sangre, través de jeringuillas infectadas Vertical (de madre a hijo), durante el embarazo mediante la placenta o durante el parto y la lactancia,
SÍNTOMAS	<ul style="list-style-type: none"> • fiebre • dolor de cabeza • malestar general • depresión • infertilidad • vómito • diarrea

3.8.7 PREVALENCIA

Las tasas de incidencia de las ETS siguen siendo altas en la mayor parte del mundo, a pesar de los avances de diagnóstico y terapéuticos que pueden rápidamente hacer que los pacientes con muchas ETS se vuelvan no contagiosos y curar a la mayoría. En muchas culturas, las costumbres sexuales cambiantes y el uso del anticonceptivo oral han eliminado las restricciones sexuales tradicionales, especialmente para las mujeres y, sin

embargo, tanto los profesionales de la salud como los pacientes tienen dificultades para tratar abierta y sinceramente los problemas sexuales. Adicionalmente, la difusión mundial de bacterias drogorresistentes (ej., gonococos resistentes a la penicilina) refleja el uso erróneo de antibióticos y la extensión de copias resistentes en las poblaciones móviles. El efecto de los viajes se hace más evidente con la difusión rápida del virus del sida (HIV-1) de África a Europa y al continente americano a finales de la década de 1970.

3.8.8 PREVENCIÓN

3.8.8.1 PREVENCIÓN PRIMARIA: Educación Sexual, práctica de sexo seguro, en lo posible relaciones sexuales con pareja estable libre de infección, vigilancia de la higiene personal, consulta periódica al médico especialista para exámenes genitourinarios de control (especialmente en personas trabajadoras sexuales), conocimiento y práctica de las medidas de bioseguridad.

3.8.8.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA: Detección precoz de la afección y tratamiento inmediato del enfermo y sus contactos sexuales cercanos, seguido de la notificación y búsqueda de los demás contactos sexuales que constituyen el racimo de ese paciente considerado como índice.

3.9 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Los métodos anticonceptivos son acciones, instrumentos o medicamentos cuya finalidad es evitar la concepción o el embarazo viable.

La responsabilidad de la anticoncepción puede ser asumida por una persona, por la pareja, o conjuntamente.

Métodos naturales o abstinencia

- Método de ritmo o calendario
- Temperatura corporal basal
- Método del moco cervical
- Método combinado o sintotérmico
- Coito interrumpido
- Método de lactancia y amenorrea

Métodos artificiales

Método de barrera masculino

- Condón masculino

Métodos de barrera femeninos

- Diafragma
- Capuchón cervical
- Condón femenino
- Esponja anticonceptiva
- Espermicidas

Métodos hormonales:

- Anticonceptivos orales de progestina
- Anticonceptivos Orales combinados
- Anticonceptivo Inyectable
- Implantes
- Anticoncepción de Emergencia

Dispositivos intrauterinos (DIU)

Anticoncepción quirúrgica voluntaria

- Oclusión tubárica
- Vasectomía

3.9.1 MÉTODOS NATURALES O ABSTINENCIA

La planificación familiar natural (PFN), también llamada abstinencia periódica, requiere que la pareja practique la abstinencia durante el período fértil del ciclo menstrual de la mujer. Las parejas que normalmente usan la planificación familiar natural, pueden usar otra técnica o bien una combinación de éstas para identificar el comienzo y el final del período fértil de la mujer.¹⁰

Es una forma antigua y frecuente de contracepción, requiere de la cooperación masculina para su realización, no afecta la fertilidad y es económico.

Muchos estudios reportan que este método es usado ampliamente en el mundo (31 millones de parejas), y tiene una alta tasa de fracasos (embarazos no deseados) que alcanza el 20 %. Algunos expertos lo llaman como "conciencia de fecundidad" o "planificación familiar natural".¹¹

CARACTERÍSTICAS DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR NATURAL

Efectividad	Tasa de fallos del 2% al 30% durante el primer año de uso; depende de habilidad que tenga la mujer para identificar su período fértil en cada ciclo menstrual, y de la disposición y disciplina de la pareja para practicar la abstinencia cuando sea necesario
Mecanismo de acción	Ayuda a las parejas a prevenir el embarazo evitando tener relaciones sexuales sin protección durante el período fértil del ciclo menstrual de la mujer

¹⁰ OPS/OMS. 1995. Atención de las enfermedades transmitidas sexualmente (ETS), 7 Washington DC: OPS/OMS;1-6.

¹¹ Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 1999. NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD REPRODUCTIVA

Efectos sobre el riesgo de ETS	No protege contra las ETS
Duración	La mayoría de las mujeres pueden usar el método de planificación familiar natural de manera segura durante toda la etapa reproductiva (siempre y cuando estén satisfechas con el método y no tengan problemas con él)

Entre las recientes innovaciones en Planificación Familiar Natural, se incluyen el Método de los Días Fijos (MDF) y el Método de los Dos Días. Ambos métodos han sido diseñados para hacer de la planificación familiar natural una opción más fácil y segura para planificar o evitar el embarazo.

El método de los Días Fijos es un método simple basado en el calendario en que se le aconseja a la usuaria abstenerse de tener relaciones sexuales sin protección entre los días 8 y 19 del ciclo menstrual con el objetivo de evitar el embarazo. El método se basa en investigaciones recientes que identifican de manera más precisa cuándo una mujer tiene más probabilidades de quedar embarazada.

El método de planificación familiar natural de los Dos Días se basa en la identificación de los días fértiles a través de la observación de la presencia o ausencia de secreciones cervicales durante el ciclo menstrual. Este método surge como resultado de las investigaciones realizadas durante los últimos años acerca de la relación entre los signos de fertilidad y el período fértil, y de estudios más recientes que delimitan de manera más precisa los días fértiles del ciclo de la mujer.

3.9.1.1 MÉTODO DE RITMO O CALENDARIO

También llamado de Ogino y Knaus. Es un método aprobado por la iglesia católica, se basa en la predicción de los ciclos futuros con el conocimiento del registro de los ciclos pasados. Consiste en la realización del acto sexual durante unos días antes y después de la menstruación.¹²

Para llevar a cabo el método, se debe tener primero que todo un ciclo menstrual regular (28 días) y conocer el número de días del ciclo. Los días fértiles del ciclo se determinan

¹² RINCÓN, Elkin A, Atlas de Educación Sexual, Quito, editorial Romlacio, pp 90.

restando 18 al número de días del ciclo, obteniéndose el primer día fértil; se resta 11 del número de días del ciclo y este será el último día fértil.

Una mujer que tenga un ciclo regular de 28 días vera que su primer día fértil es el 10º y el último día es el 17º; por consiguiente, puede considerar seguros todos los demás días antes y después de ese periodo de 8 días.

Para mujeres con ciclos irregulares se debe anotar durante un año, los días de la menstruación mensual, momento en el que se recomienda la utilización de un método de barrera, buscar el número de días del ciclo más corto, buscar el número de días del ciclo más largo, restar 18 del número de días del ciclo más corto y se obtendrá el primer día fértil; restar 11 del número de días del ciclo más largo y obtendrá el ultimo día fértil, el problema de este método es el poco tiempo disponible para realizar el acto sexual.

Presenta una tasa de fracaso en el primer año de uso de 20%.

3.9.1.2 TEMPERATURA CORPORAL BASAL

Consiste en la medición diaria de la temperatura basal corporal, teniendo en cuenta que esta sube de 0.2 a 0.5°C cerca del tiempo en que ocurre la ovulación

Este método requiere que la mujer sea ordenada, la temperatura se debe tomar todas las mañanas antes de levantarse e iniciar sus tareas diarias, ya que cualquier actividad la altera. A la misma hora, con el mismo termómetro, y por lo menos de 3 a 5 minutos.

La pareja debe evitar el coito, desde el primer día de sangrado menstrual hasta que la temperatura de la mujer sube por encima de su temperatura normal y se mantiene elevada por tres días enteros, lo que significa que la ovulación ha ocurrido y ha terminado. Luego de esto la pareja practica el coito, hasta el inicio de la primera menstruación.

Tiene un 12-20% de fallo.

3.9.1.3 MÉTODO DEL MOCO CERVICAL

Se basa en la capacidad que tiene la mujer de reconocer e interpretar los cambios cíclicos de presencia y consistencia del moco cervical en el introito vaginal, tomando en cuenta que cuando este se torna fluido, líquido, lubricante y elástico, nos indica la proximidad de ovulación, y dos días después, denominándose como día pico al último día de moco, liquido, elástico (5-8cm) y filante.

Está indicado para pareja que hayan recibido orientación por personal capacitado por varios meses; la mujer debe revisar diariamente la presencia de secreciones cervicales,

puede sentir humedad en la abertura de su vagina, ver secreción en sus dedos, en su ropa interior o en el papel higiénico, lo que indica que debe evitarse el coito.

La pareja debe continuar evitando el coito, hasta cuatro días después del pico; la abstinencia es requerida durante las menstruaciones por la posibilidad que la ovulación pueda presentarse en ciclos cortos sin terminar el sangrado

En el primer año de uso el fallo es de un 20% aproximadamente

3.9.1.4 MÉTODO COMBINADO O SINTOTÉRMICO

Consiste en la utilización de algunos de los parámetros ya mencionados, para determinar el periodo fértil, es decir combina el método del moco cervical y de la temperatura basal. Tiene un alto fallo, 2 embarazos cada 100 mujeres en el primer año de uso.

3.9.1.5 COITO INTERRUMPIDO

El coito interrumpido (o coitus interruptus), implica que el hombre retire el pene de la vagina de su pareja justo antes de la eyaculación. El coito interrumpido ha sido usado como anticonceptivo durante siglos y puede ser un método eficaz para prevenir el embarazo si la pareja desea y es capaz de practicarlo de manera correcta y sistemática cada vez que tengan relaciones sexuales – lo que se denomina, el uso perfecto.

CARACTERÍSTICAS DEL COITO INTERRUMPIDO

Efectividad	Tasa de fallos de 4% a 19% durante el primer año de uso típico; tasa de fallos de 4% durante el primer año de uso perfecto
Mecanismo de acción	Evita que el espermatozoides entren a la vagina
Efectos sobre el riesgo de ETS	No protege contra las ETS (desconocido)
Duración	La mayoría de las parejas pueden usar el coito interrumpido de manera segura durante toda la etapa reproductiva (siempre y cuando estén satisfechos con el método y no tengan problemas con él)

3.9.1.6 MÉTODO DE LACTANCIA Y AMENORREA

El método de amenorrea de la lactancia (MELA) es un método de planificación familiar natural que puede ser usado por las mujeres que amamantan. El control del embarazo a través de la lactancia materna se ha practicado a lo largo de la historia. Además, los

beneficios que trae la lactancia para la salud de la madre y del niño han sido bien documentados. No obstante, sólo recientemente se han elaborado documentos que avalan el uso de la lactancia materna como método temporal de planificación familiar, y se han desarrollado pautas para su uso eficaz.¹²

La MELA puede ser un método muy eficaz siempre y cuando se cumplan los siguientes criterios:

1. Que la mujer esté amenorreica
2. Que la mujer esté practicando un régimen de lactancia exclusiva (sin dar suplementos al niño)
3. Que el niño tenga menos de seis meses de edad.

CARACTERÍSTICAS DEL MÉTODO DE AMENORREA DE LA LACTANCIA (MELA)

Efectividad	98-99% durante los primeros 6 meses después del parto en mujeres que practican un régimen de lactancia exclusiva
Mecanismo de acción	Inhibe la ovulación
Efectos sobre el riesgo de ETS	No protege contra las ETS
Duración	Se usa comúnmente durante los seis primeros meses posteriores al parto; algunas mujeres continúan su uso por un año o más, no obstante, la efectividad varía

3.9.2 MÉTODOS DE BARRERA

3.9.2.1 CONDÓN MASCULINO

El condón masculino es una funda diseñada para ser colocada en el pene erecto del hombre, previniendo así el paso de espermatozoides al tracto reproductivo femenino. La mayoría de los condones están hechos de látex delgado y otros están hechos de tejidos de animales y poliuretano. Los condones vienen secos o lubricados con lubricantes a base de agua o espermicida.

El condón es muy efectivo para la prevención del embarazo si es usado de manera correcta y sistemática en cada relación sexual (uso perfecto); no obstante, es menos efectivo si se usa de manera típica. El condón no afecta la lactancia ni tiene efectos secundarios a nivel

hormonal; ninguna afección médica restringe el derecho de un cliente de usar este método, excepto si es alérgico al látex.

Además de prevenir el embarazo, los condones de látex protegen de manera efectiva contra las Enfermedades de Transmisión Sexual.¹²

Si son usados de manera sistemática y correcta, los condones pueden ser muy eficaces. Análisis de literatura sobre el tema confirman que el condón puede prevenir el embarazo y las Enfermedades de Transmisión Sexual, incluido el VIH.

La tasa de rotura de los condones de alta calidad es bastante baja (menos de 1 a 12 por cada 100 condones) durante la relación sexual vaginal o anal. Los productos de baja calidad, ya sea de mala fabricación o mal almacenados, pueden tener agujeros o defectos que pueden ocasionar alguna filtración o la rotura del condón.

La falla del método también puede deberse a la conducta del usuario. La rotura del condón puede deberse a:

1. Tener un compañero sexual de sexo masculino
2. Usar el condón de manera poco frecuente
3. El deslizamiento parcial del condón
4. La técnica usada para ponerse el condón

CARACTERÍSTICAS DEL CONDÓN MASCULINO

Efectividad	Tasa de fallos de 3% a 12% durante el primer año de uso típico; tasa de fallos de 3% durante el primer año de uso perfecto.
Mecanismo de acción	Previene el paso de espermatozoides al tracto reproductivo femenino
Efectos sobre el riesgo de ETS	Protege contra la mayoría de las ETS, incluido el VIH

3.9.2.2 MÉTODOS DE BARRERA FEMENINOS

Los métodos de barrera femeninos son anticonceptivos que la mujer inserta en la vagina antes de tener relaciones sexuales con el fin de evitar el embarazo.

Los métodos de barrera mecánicos incluyen dispositivos como el diafragma, el capuchón cervical y el condón femenino.

La esponja anticonceptiva es una barrera mecánica y química. En la última década, este método ha sido actualizado e introducido nuevamente en algunos países.

“La Organización Mundial de la Salud estimó que el uso correcto de este método podría reducir la transmisión de VIH en un 93 por ciento.”¹²

3.9.2.2.1 EL DIAFRAGMA

El diafragma es un dispositivo de látex que cubre el cuello del útero y parte de la pared vaginal; se sostiene en su lugar gracias a un borde flexible.

3.9.2.2.2 EL CAPUCHÓN CERVICAL

El capuchón cervical es un dispositivo más pequeño que se ajusta perfectamente alrededor del cuello uterino, pero no se encuentra ampliamente disponible.

3.9.2.2.3 EL CONDÓN FEMENINO

El condón femenino es una funda hecha de plástico suave, delgado y transparente que la mujer inserta en la vagina antes de tener relaciones sexuales. Posee dos anillos: uno flexible y removible en el extremo cerrado, que ayuda a la inserción; y otro anillo de mayor tamaño en el extremo abierto, que permanece fuera de la vagina y protege los genitales externos.

Los métodos de barrera mecánicos son adecuados para aquellas mujeres a las que no les molesta tener que recurrir a un método anticonceptivo antes o durante la relación sexual; además la mujer debe conocer la técnica para su correcta inserción y debe tener la privacidad suficiente para insertar y extraer el dispositivo.

No obstante, las tasas de embarazos accidentales con el uso de estos métodos son típicamente más altas que las de otros métodos anticonceptivos; aquellas mujeres que no pueden correr el riesgo de un embarazo accidental debido a problemas graves de salud deben usar un método más eficaz.

CARACTERÍSTICAS DE LOS MÉTODOS DE BARRERA MECÁNICOS FEMENINOS

Efectividad	Tasa de fallos durante el primer año de uso típico: diafragma, 20%; capuchón cervical, 20% para las mujeres que no han tenido hijos y 26% para las que sí han tenido hijos; condón femenino, 21%. La efectividad depende del método que usa la mujer, y de si lo usa de manera correcta cada vez que tiene relaciones sexuales.
Mecanismo de acción	Crea una barrera física que bloquea el paso de espermatozoides al útero y a las trompas de Falopio; la efectividad del diafragma y del capuchón cervical aumenta si se usa un espermicida
Efectos sobre el riesgo de ETS	El diafragma y el capuchón cervical protegen, de cierta manera, contra algunos agentes que atacan el cuello del útero; el condón femenino protege contra todas las ITS
Duración	Debe ser usado antes o durante la relación sexual. El diafragma y el capuchón cervical no deben extraerse hasta seis horas después de la relación sexual. Apropiado para su uso a corto y a largo plazo. Las mujeres pueden usar anticonceptivos de barrera durante toda su etapa reproductiva

3.9.2.2.4 ESPONJA ANTICONCEPTIVA

A lo largo de la historia se han usado esponjas de mar empapadas en espermicida e insertada en la vagina antes de la relación sexual como método anticonceptivo. La esponja crea una barrera física entre el semen y el cérvix y retiene el espermatozoides en la esponja. También actúa como una barrera química ya que libera espermicida.

La esponja anticonceptiva ofrece de 12 a 24 horas de protección, dependiendo de la marca. Las tasas de fallo para el primer año de uso (uso perfecto y uso típico) fluctúan entre el 9 y el 20 por ciento en el caso de mujeres nulíparas, y entre el 20 y el 40 por ciento en el caso de las mujeres que han tenido hijos.¹²

La esponja es mucho menos efectiva que el diafragma en la prevención del embarazo.

3.9.2.2.5 ESPERMICIDAS

Los espermicidas son productos químicos que se insertan en la vagina antes de las relaciones sexuales, que desactivan o matan el esperma.

Los principales productos químicos usados en los espermicidas son el Nonoxynol-9, el octoxynol-9, el menfegol y el cloruro de benzalconio. De éstos, el más común es el Nonoxynol-9.

A menudo los espermicidas son usados como método temporal mientras se escoge un método a largo plazo o por parejas que tienen relaciones sexuales con poca frecuencia.

“Muchas mujeres que amamantan y que necesitan usar un método anticonceptivo usan espermicidas, ya que aumentan la lubricación de la vagina, pueden ser usados inmediatamente después del parto, y no tienen efectos hormonales secundarios.”¹²

“Una reciente revisión en que Cochrane analizó 10 estudios de alta calidad aleatorizados y controlados reveló que el N-9 no ofrece protección contra la enfermedades de transmisión sexual. Además, estos estudios sugieren que el uso de N-9 está asociado con un aumento del riesgo de úlceras genitales si se lo compara con placebo”¹³

CARACTERÍSTICAS DE LOS ESPERMICIDAS

Efectividad	Tasa de fallos del 20 al 25% (uso típico) en el primer año de uso. La eficacia aumenta si los espermicidas se usan junto con otro método de barrera mecánico, comúnmente el condón, el diafragma o el capuchón cervical
Restricciones de paridad	No hay restricciones
Mecanismo de acción	Los espermicidas destruyen o inmovilizan a los espermatozoides

¹³ Pizarro, Ana María. 1998. Atención humanizada del aborto y del aborto inseguro. pp15-25.

Efectos sobre el riesgo de ETS	Protegen en cierta medida; el uso solamente de espermicidas no es recomendable para protegerse contra el VIH
Duración	Se usan antes o durante la relación sexual; apropiados para el uso a corto y a largo plazo; las mujeres pueden usar espermicidas durante toda la etapa reproductiva

3.9.3 MÉTODOS HORMONALES

3.9.3.1 ANTICONCEPTIVOS ORALES SÓLO DE PROGESTINA

Las píldoras anticonceptivas orales sólo de Progestina, a menudo llamadas píldoras sólo de progestina (PSP) o minipíldoras, son anticonceptivos orales que no contienen estrógeno y están hechos con dosis muy bajas de progestina sintética (progestágeno).

Las PSP son adecuadas para las mujeres mayores, especialmente para las mujeres fumadoras que desean usar un método anticonceptivo hormonal oral, para las mujeres que no pueden usar formulaciones que contienen estrógeno debido a los efectos secundarios, y para aquellas mujeres que se encuentran en el período postparto y/o que están amamantando.

Las PSP son efectivas para prevenir el embarazo si se toman de manera sistemática, diariamente y a la misma hora. Su efectividad es levemente menor que la de los AOC, especialmente en las mujeres jóvenes, no obstante, en el caso de las mujeres mayores de 35 años, su efectividad es alta cuando se toman correctamente.

Las PSP son seguras para la mayoría de las mujeres; sólo existen algunos casos de embarazo, sangrado vaginal sin explicación y cáncer de mama en los que se debe descartar el uso de este método. Las PSP protegen contra el cáncer de endometrio, reducen el dolor pélvico durante la menstruación, e incluso podrían proteger contra la enfermedad pélvica inflamatoria.

CARACTERÍSTICAS DE LAS PILDORAS SOLO PROGESTINA

Efectividad	Tasa de fallos de 0,5% a 10% durante el primer año de uso típico; tasa de fallos de 0,5% con un uso perfecto durante el primer año
--------------------	--

Mecanismo de acción	Principalmente provoca el engrosamiento del moco cervical, previniendo así la penetración del esperma; también inhibe la ovulación
Efectos sobre el riesgo de ETS	No protege contra las ETS
Interacción con otros medicamentos	Ciertos medicamentos anticonvulsivos (como barbitúricos, carbamazepina, fenitoína, primidona) y antibióticos (como rifampina y griseofulvina) pueden reducir el efecto anticonceptivo de las PSP
Duración	La mayoría de las mujeres pueden usar las PSP de manera segura durante toda su etapa reproductiva; no hay necesidad de discontinuar su uso periódicamente

3.9.3.2 ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS

Los anticonceptivos orales combinados modernos están hechos con dosis muy bajas de estrógeno y progestina sintéticas. Estos anticonceptivos orales combinados (AOC) a menudo llamados píldoras, la píldora o píldoras para el control de la natalidad son muy efectivos para prevenir el embarazo si se toman sistemáticamente y de manera correcta (todos los días a la misma hora). Su uso no interfiere con la relación sexual.

Los Anticonceptivos Orales Combinados son seguros para la mayoría de las mujeres (98-99%); únicamente algunas afecciones cardiovasculares, enfermedades graves y crónicas, y el alto consumo de cigarrillos en mujeres mayores de 35 años descarta el uso de este método.

Los anticonceptivos orales combinados (AOC) se encuentran entre los métodos de planificación familiar más estudiados de la historia. Existe una cantidad cada vez mayor de investigaciones que confirman que, además de ser seguros para la mayoría de las mujeres, los Anticonceptivos Orales Combinados proporcionan importantes beneficios adicionales para la salud. Al reducir el sangrado menstrual, los Anticonceptivos Orales Combinados ayudan a prevenir la anemia por deficiencia de hierro.

CARACTERÍSTICAS DE LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS

Efectividad	Tasa de fallos: 0,1% al 8% durante el primer año de uso típico; tasa de fallos de 0,01% con un uso perfecto durante el primer año.
Mecanismo de acción	Principalmente inhibe la ovulación; entre los mecanismos secundarios se encuentran el engrosamiento del moco cervical, cambios en el endometrio y la disminución del transporte espermático
Efectos sobre el riesgo de ETS	No protege contra las ETS
Interacción con otros medicamentos	Ciertos medicamentos anticonvulsivos (como barbitúricos, carbarmacepina, fenitoína, primidona) y antibióticos (como rifampina y griseofulvina) pueden reducir el efecto anticonceptivo de los AOC
Duración	La mayoría de las mujeres pueden usar AOC de manera segura durante toda su etapa reproductiva; no hay necesidad de discontinuar su uso periódicamente

3.9.3.3 ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES

Los anticonceptivos inyectables contienen hormonas sintéticas, las cuales se administran por medio de una inyección intramuscular profunda. Los anticonceptivos inyectables son métodos seguros, efectivos y reversibles.

Existen dos tipos de anticonceptivos inyectables: los que contienen sólo progestina y los inyectables combinados, que contienen progestina y estrógeno.

Dentro de los anticonceptivos inyectables sólo de progestina que se encuentran disponibles, están el DMPA (acetato de medroxiprogesterona de depósito) y el NET-EN (enantato de noretindrona). Entre los inyectables combinados que están disponibles se incluyen Cyclofem™(llamado también Lunelle) y Mesigyna.

CARACTERÍSTICAS DE LOS ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES

Efectividad	Tasa de fallos de los inyectables sólo de Progestina: 0,1% a 0,6% durante el primer año de uso. Tasa de fallos de los inyectables combinados: 0,2% a 0,4% durante el primer año
--------------------	---

	de uso
Mecanismo de acción	Principalmente provoca el engrosamiento del moco cervical, previniendo así la penetración de espermatozoides; también inhibe la ovulación
Efectos sobre el riesgo de ETS	No protegen contra las ETS
Interacción con otros medicamentos	El uso de ciertos medicamentos anticonvulsivos (como barbitúricos, carbamazepina, fenitoína, primidona) y antibióticos (como rifampina y griseofulvina) puede reducir el efecto de los anticonceptivos inyectables
Duración	La mayoría de las mujeres pueden usar anticonceptivos inyectables de manera segura durante toda la etapa reproductiva (siempre y cuando la mujer esté satisfecha con el método y no tenga problemas con él)

3.9.3.4 IMPLANTES

Los implantes anticonceptivos son cápsulas que contienen una hormona, que son insertadas bajo la piel de la mujer en la parte superior del brazo.

El primer sistema de implantes anticonceptivos fue el sistema Norplant, que consiste en seis delgadas y flexibles cápsulas de silicona. Cada cápsula mide 2,4 mm de diámetro, 34 mm de largo y contiene 36 mg de la progestina levonorgestrel. Norplant-2 (también conocido como Jadelle) es un sistema de dos varillas que mantiene su capacidad anticonceptiva por 5 años.

Actualmente se están estudiando muchos otros sistemas de implantes. Los implantes son un método seguro y efectivo, además son reversibles y tienen una acción anticonceptiva a largo plazo. No interfieren con las relaciones sexuales y son efectivos dentro de las 24 horas después de la inserción.

Implanon es un método anticonceptivo para mujeres que implica la aplicación de un bastón flexible, del tamaño de un fósforo, bajo la piel del antebrazo de la mujer. Este implante contiene 68 mg de Etonogestrel; la tasa de liberación es de 60-70 µg/día en la semana 5-6 y ha disminuido aproximadamente a 35- 45 µg/día al finalizar el primer año, aproximadamente a 30-40 µg/día al finalizar el segundo año y aproximadamente a 25-30 µg/día al finalizar el tercer año de uso.

CARACTERÍSTICAS DE LOS IMPLANTES ANTICONCEPTIVOS (IMPLANON)

Efectividad	Evita el embarazo en aproximadamente el 99 por ciento de los casos. Esto quiere decir que funciona casi igual que una ligadura de trompas, pero no es permanente.
Mecanismo de acción	Al igual que las píldoras anticonceptivas, Implanon funciona al liberar una hormona femenina en el cuerpo. Esta hormona evita el embarazo de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none">• Evita que el cuerpo libere un óvulo que pudiera ser fecundado por el esperma de un hombre.• Provoca cambios en el moco cervical para dificultar la entrada del esperma al útero• Evita que un óvulo fecundado se adhiera al útero.
Efectos sobre el riesgo de ETS	No protege contra las ETS
Interacción con otros medicamentos	Implanon no funcionará tan bien como debiera si toma medicamentos antiepilépticos, ciertos antibióticos y medicinas herbales.
Duración	Hasta tres años.
Contraindicaciones	<ol style="list-style-type: none">1. Piensa que podría estar embarazada2. Alguna vez ha tenido cáncer de seno o tumores en el hígado3. Tiene un sangrado inusual de la vagina

3.9.4 DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS

Los dispositivos intrauterinos (DIU) son dispositivos pequeños y flexibles hechos de metal y/o plástico que previenen el embarazo al insertarse en el útero a través de la vagina. Los DIU más ampliamente usados son los portadores de cobre.

Para la mayoría de las mujeres, los DIU son métodos anticonceptivos eficaces, seguros y reversibles de efecto a largo plazo. No afectan la lactancia, no interfieren en las relaciones

sexuales ni tienen efectos hormonales secundarios; sólo algunas afecciones ginecológicas y obstétricas y ciertas infecciones impiden el uso de este método.

El dispositivo intrauterino es uno de los métodos más usados para la regulación de la fertilidad, especialmente en los programas de los países en desarrollo. Es un método seguro y efectivo para las mujeres que llevan una relación monógama y que no están en riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual.

CARACTERÍSTICAS DE LOS DIU

Efectividad	Tasa de fallos de 0,4% a 2,5% en el caso de los DIU de cobre, y de 0,1% en el caso de los DIU liberadores de hormona (levonorgestrel) durante el primer año de uso típico
Mecanismo de acción	Trabaja por medio de una serie de mecanismos: inhibe la migración espermática hacia la parte superior del tracto reproductor femenino, impide el transporte del óvulo, y provoca cambios en el endometrio
Efectos sobre el riesgo de ETS	No protegen contra las ETS
Interacción con otros medicamentos	Ninguna
Duración	La T de Cobre T 380A es efectiva por 10 años; el Multi-load copper IUD es efectivo por cinco años; el DIU liberador de levonorgestrel es efectivo como mínimo por un período de cinco años. La mayoría de las mujeres pueden usar los DIU de manera segura durante toda la etapa reproductiva (siempre y cuando la mujer esté satisfecha con el método y no tenga problemas con él)

3.9.5 ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA

3.9.5.1 ESTERILIZACIÓN FEMENINA

La esterilización femenina, también denominada oclusión tubárica o ligadura de trompas, es un método anticonceptivo permanente para aquellas mujeres que no desean tener más hijos. El método requiere de un procedimiento quirúrgico simple. Los dos métodos más comunes de esterilización femenina son la minilaparotomía, la que se practica con anestesia local y sedación suave, y la laparoscopia, que requiere anestesia general.

La esterilización femenina no afecta la lactancia ni interfiere con las relaciones sexuales, y no presenta los efectos secundarios asociados a otros métodos anticonceptivos temporales. Ninguna condición médica restringe el derecho de una mujer de utilizar este método.

CARACTERÍSTICAS DE LA ESTERILIZACIÓN FEMENINA

Efectividad	Tasa de fallos de 0,2% al 0,5% durante el primer año de realizado el procedimiento. Tasa de fallos de 1,8% después de diez años de realizado el procedimiento. El método de Uchida tiene un efectividad del 100%
Mecanismo de acción	Bloqueo de las Trompas de Falopio con el objetivo de evitar que el óvulo y los espermios se encuentren.
Efectos sobre el riesgo de ETS	No protege contra las ETS
Interacción con otros medicamentos	Ciertos medicamentos anticonvulsivos (barbitúricos, carbarmacepina, fenitoína, primidona) y antibióticos (como rifampina y griseofulvina) pueden reducir el efecto de la anestesia

Duración	La esterilización femenina es un método anticonceptivo permanente
-----------------	---

3.9.3.5.2 ESTERILIZACIÓN MASCULINA

La esterilización masculina, también denominada vasectomía, es un método anticonceptivo permanente para aquellos hombres que no desean tener más hijos. El método requiere de un procedimiento quirúrgico simple que es llevado a cabo bajo anestesia local.

La esterilización masculina no es una castración; no afecta los testículos. El método no interfiere con las relaciones sexuales ni afecta la potencia sexual del hombre. No existe condición médica que restrinja el derecho del hombre de elegir este método.

La esterilización masculina por lo general es más segura y menos costosa que la esterilización femenina, y además, es una buena forma de que el hombre comparta responsabilidad en la planificación familiar.

CARACTERÍSTICAS DE LA ESTERILIZACIÓN MASCULINA.

Efectividad	Tasa de fallos de 0,1% al 0,15% en el primer año después de practicar el procedimiento
Mecanismo de acción	Bloqueo de los conductos deferentes (conducto de eyaculación) con el fin de evitar que los espermios se unan al semen
Efectos sobre el riesgo de ETS	No protege contra las ETS
Interacción con otros	Ciertos medicamentos anticonvulsivos (como barbitúricos, carbarmacepina, fenitoína, primidona) y antibióticos (como

medicamentos	rifampina y griseofulvina) pueden afectar la efectividad de los anestésicos
Duración	La esterilización masculina es un método anticonceptivo permanente
Retorno de la fertilidad	El método no es efectivo inmediatamente; un hombre es estéril y su semen no contiene espermios aproximadamente 3 meses o 20 eyaculaciones después de que se realiza el procedimiento

3.9.4 ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (AE)

La anticoncepción de emergencia es un método que las mujeres pueden usar para evitar el embarazo después de haber tenido relaciones sexuales sin protección (por ejemplo, si el anticonceptivo falló o si no se usó ningún método).

Existen dos anticonceptivos de emergencia: las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) y la inserción de un DIU de cobre.

Las PAE pueden ser usadas hasta 72 horas (tres días) después de la relación sexual sin protección; la inserción de emergencia de un DIU de cobre puede realizarse hasta cinco días después de la relación sexual sin protección.

Ambos métodos son seguros y eficaces si se siguen las pautas de administración apropiadas. La única condición que restringe el uso de las PAE es la confirmación de embarazo. Las condiciones que regulan el uso del método de inserción de emergencia del DIU de cobre son las mismas que se aplican a su uso regular.

Las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) han estado disponibles desde 1960, pero los protocolos de provisión del servicio no estaban estandarizados, muchos proveedores no sabían de la existencia de este método, y el acceso a éste era limitado. La seguridad y efectividad de las PAE han sido bien documentadas.

En los últimos cinco años, un consorcio de organizaciones internacionales, incluida la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha trabajado con el fin de ampliar el acceso a la

anticoncepción de emergencia y aumentar el nivel de conocimiento de proveedores y consumidores acerca de este método.

Crear conciencia y aumentar el acceso a la anticoncepción de emergencia es una manera clave de mejorar la salud y el bienestar de las mujeres, incluidas las adolescentes, ya que se evitan los embarazos no planificados y el aborto.

A pesar del importante papel que la anticoncepción de emergencia puede jugar en la reducción de las tasas de aborto, existe una brecha de conocimientos entre los profesionales de la salud y las usuarias.

IV. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio

El presente trabajo de investigación es un estudio de tipo descriptivo, que se realizó en el Colegio Fiscal San Francisco de la Ciudad de Zamora; en el periodo comprendido entre Octubre 2009 a Febrero del 2010.

4.2 Universo

Se constituyó por los 700 alumnos del Colegio San Francisco de la Ciudad de Zamora durante el período comprendido entre Octubre 2009 a Febrero del 2010.

4.3 Muestra

Fueron alumnos que cursaban por los novenos años de básica hasta tercer año de bachillerato **n=389**, los que debían cumplir con los criterios de inclusión.

4.3.1 Criterios de Inclusión

- Alumnos que estén matriculados en el colegio y que asistan regularmente.
- Qué cursen desde los novenos años de educación básica hasta tercer año de bachillerato.
- Adolescentes en edades comprendidas entre 12 y 18 años
- Predisposición de los encuestados.

4.3.2 Criterios de Exclusión

- Alumnos que cursen por el octavo año de básica.
- Menores de 12 años.

4.4 Método

- Elaboración del instrumento de Investigación de campo (encuesta).
- Se pidió autorización al Rector del Colegio San Francisco para la aplicación de la encuesta.
- Se utilizó la estadística descriptiva, así todos los datos fueron tabulados, interpretados, analizados y representados en sus respectivas tablas estadísticas.
- Se utilizó el programa EPI-INFO para el análisis de los datos, EXCEL 2007 para la representación gráfica de los datos.

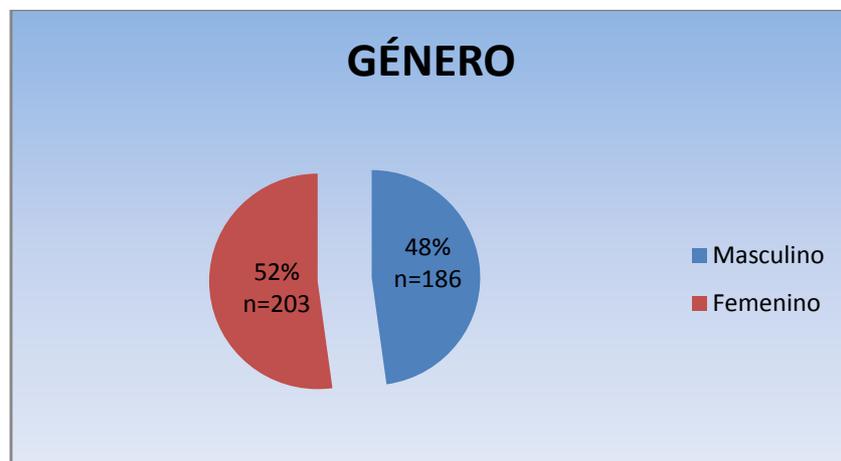
V. RESULTADOS

Para el presente estudio se encuestaron a 389 adolescentes del Colegio San Francisco de la Ciudad de Zamora, encontrando los siguientes resultados:

CUADRO 1. GÉNERO

GENERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Masculino	186	47.8%
Femenino	203	52.2%
TOTAL	389	100%

GRÁFICO 1



FUENTE: Datos tomados de la Encuesta realizada a los alumnos del Colegio San Francisco de la ciudad de Zamora.

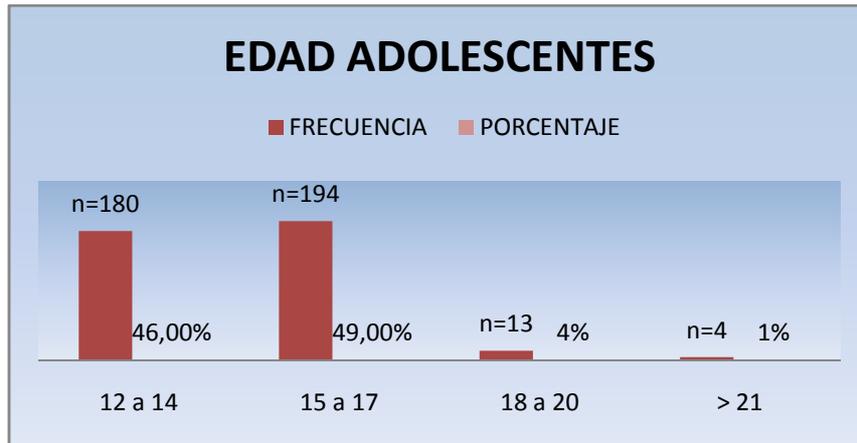
Diseño: I. Arboleda

En esta grafica se puede apreciar que de una muestra de 389 adolescentes encuestados el 52.2% (n= 203) es de género femenino y el restante 47.8% (n= 186) son de género masculino.

CUADRO 2. EDAD DE LOS ENCUESTADOS

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
12 a 14	180	46,%
15 a 17	194	49,%
18 a 20	13	4%
> 21	4	1%
TOTAL	389	100

GRÁFICO 2



FUENTE: Datos tomados de la Encuesta realizada a los alumnos del Colegio San Francisco de la ciudad de Zamora.

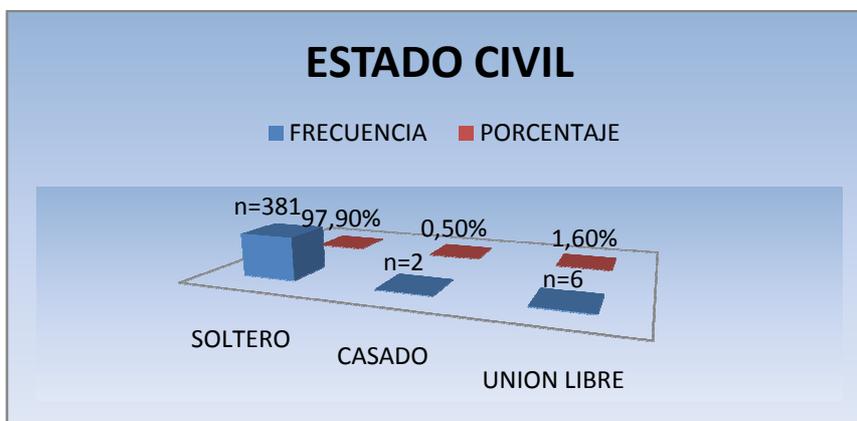
Diseño: I. Arboleda

En relación a la **edad** de los adolescentes encuestados, se encontró que el 49% (n=194) de los adolescentes tenían entre 15 y 17 años, el 46% (n=180) entre 12 y 14 años, el 4%(n=13) entre 18 y 20 y el 1%(n=4) son mayores de 21 años.

CUADRO 3. ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERO	381	97,90%
CASADO	2	0,50%
UNION LIBRE	6	1,60%
TOTAL	389	100%

GRÁFICO 3.



FUENTE: Datos tomados de la Encuesta realizada a los alumnos del Colegio San Francisco de la ciudad de Zamora.

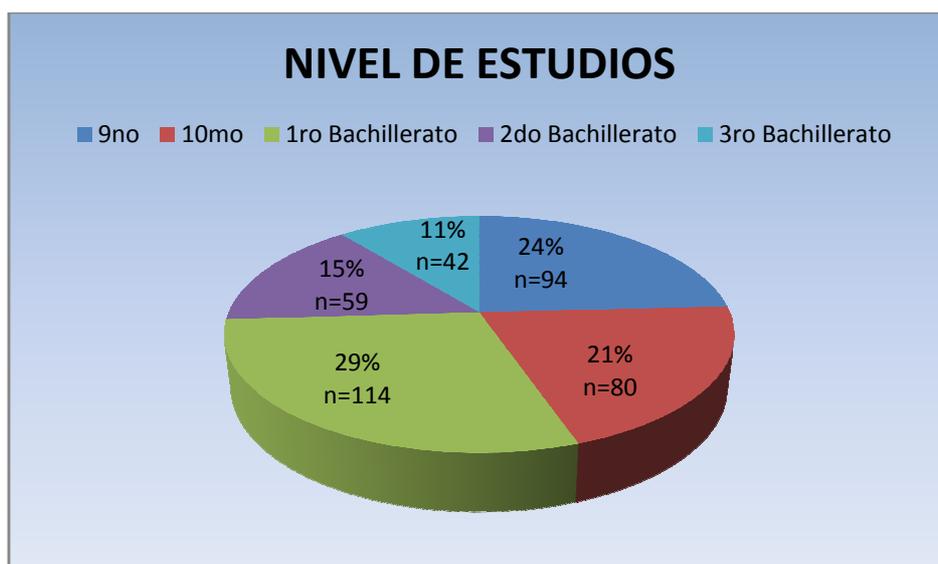
Diseño: I. Arboleda

El **estado civil** de los adolescentes estudiados el 97,9% (n=381) son solteros, el 1,6% (n=6) viven en unión libre y un 0,5% (n=2) se encontraban casadas al momento de ser encuestadas.

CUADRO 4. NIVEL DE ESTUDIOS

NIVEL DE ESTUDIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
9no	94	24,20%
10mo	80	20,60%
1ro Bachillerato	114	29,40%
2do Bachillerato	59	15%
3ro Bachillerato	42	10,8
TOTAL	389	100,00%

GRÁFICO 4.



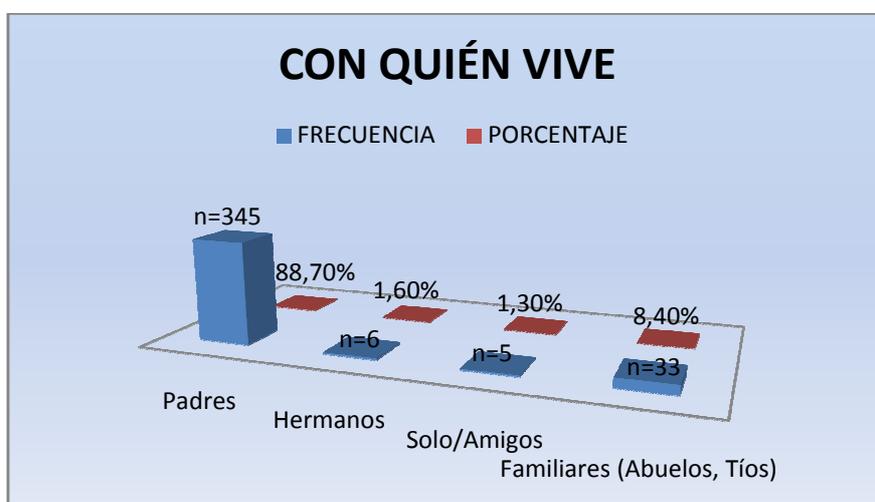
FUENTE: Datos tomados de la Encuesta realizada a los alumnos del Colegio San Francisco de la ciudad de Zamora.

Diseño: I. Arboleda

Con respecto a la distribución por nivel académico por el que cursan los adolescentes, tenemos que 24,2% (n=94) eran de noveno, el 20,6%, (n=80) de décimo, el 29,3% (n=114) de primero de Bachillerato, el 15% (n=59) segundo de Bachillerato y el 10,8% (n=42) restante cursaba tercero de Bachillerato.

CUADRO 5. CON QUIÉN VIVE

CONVIVENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Padres	345	88,70%
Hermanos	6	1,60%
Solo/Amigos	5	1,30%
Familiares (Abuelos, Tíos)	33	8,40%
TOTAL	389	100,00%

GRÁFICO 5

FUENTE: Datos tomados de la Encuesta realizada a los alumnos del Colegio San Francisco de la ciudad de Zamora.

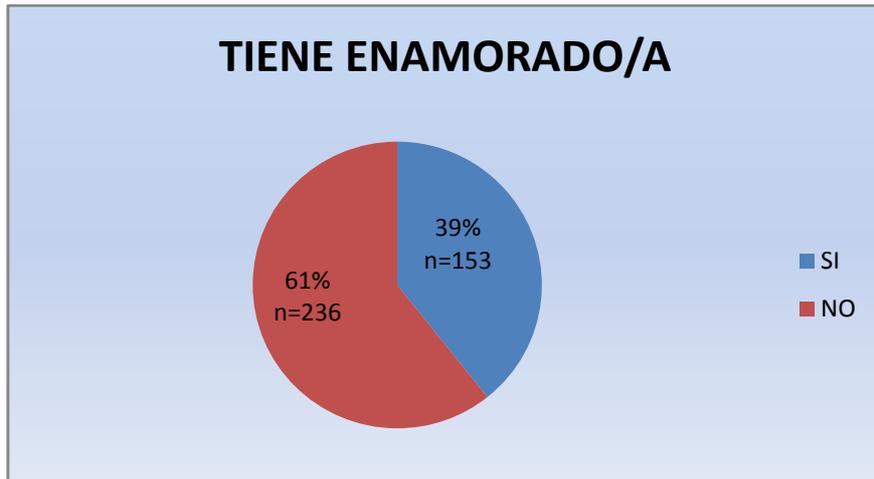
Diseño: I. Arboleda

Las personas con quienes conviven en sus casas se encontró que el 88,7%(n=345) de los adolescentes viven con sus padres, el 8,4%(n=33) viven con familiares (abuelos/tíos), el 1,6%(n=6) vive con sus hermanos y en un 1,3%(n=5) vive solo o con otras personas.

CUADRO 6. TIENE ENAMORADO/A

CATEGORIA	FRECUENCIA	TOTAL
SI	153	39,30%
NO	236	60,70%
TOTAL	389	100,00%

GRÁFICO 6



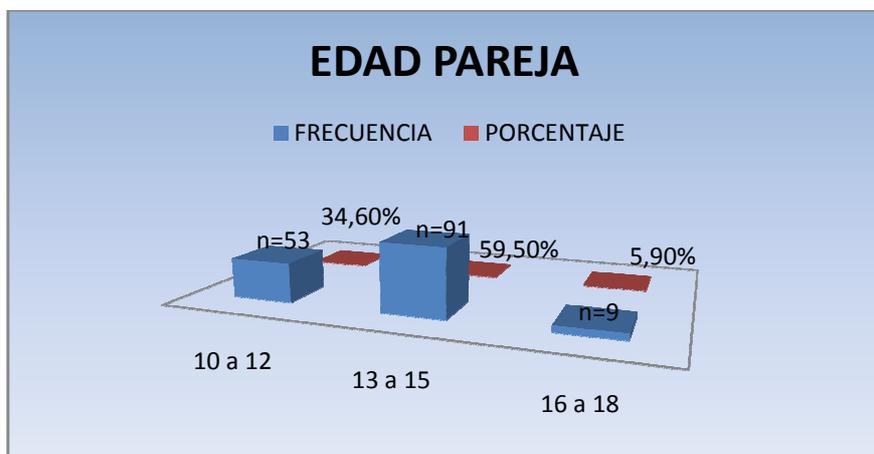
FUENTE: Datos tomados de la Encuesta realizada a los alumnos del Colegio San Francisco de la ciudad de Zamora.
Diseño: I. Arboleda

De los 389 adolescentes encuestados podemos decir que el 60,7%(n=236) no tienen pareja y el 39,3%(n=153) si tienen pareja.

CUADRO 7. EDAD DE LA PAREJA

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
10 a 12	53	34,60%
13 a 15	91	59,50%
16 a 18	9	5,90%
TOTAL	153	100,00%

GRÁFICO 7



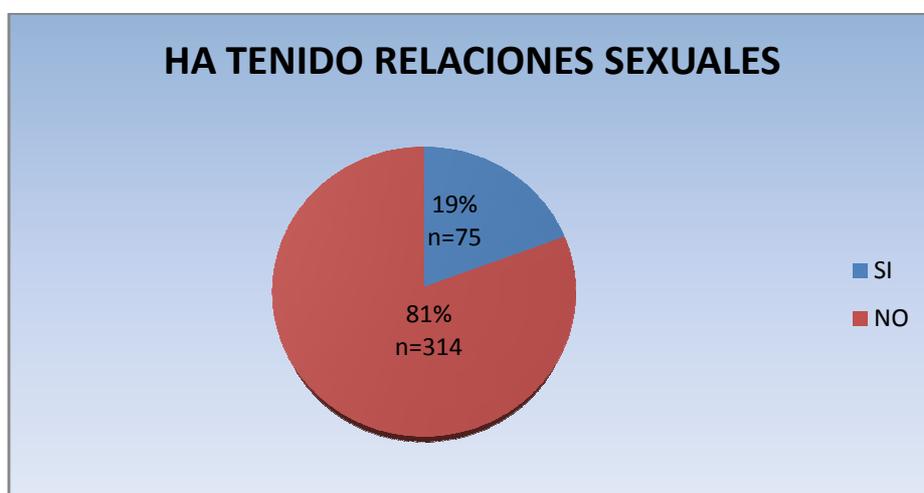
FUENTE: Datos tomados de la Encuesta realizada a los alumnos del Colegio San Francisco de la ciudad de Zamora.
Diseño: I. Arboleda

De los 153 adolescentes que si tienen pareja, se encontró que el 59,5% (n=91) presentan edades entre 13-15 años, 34,6% (n=53) entre 10-12 años y el 5,9% (n=9) entre 16-18 años.

CUADRO 8. HA TENIDO RELACIONES SEXUALES

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	75	19,30%
NO	314	80,70%
TOTAL	389	100,00%

GRÁFICO 8



FUENTE: Datos tomados de la Encuesta realizada a los alumnos del Colegio San Francisco de la ciudad de Zamora.

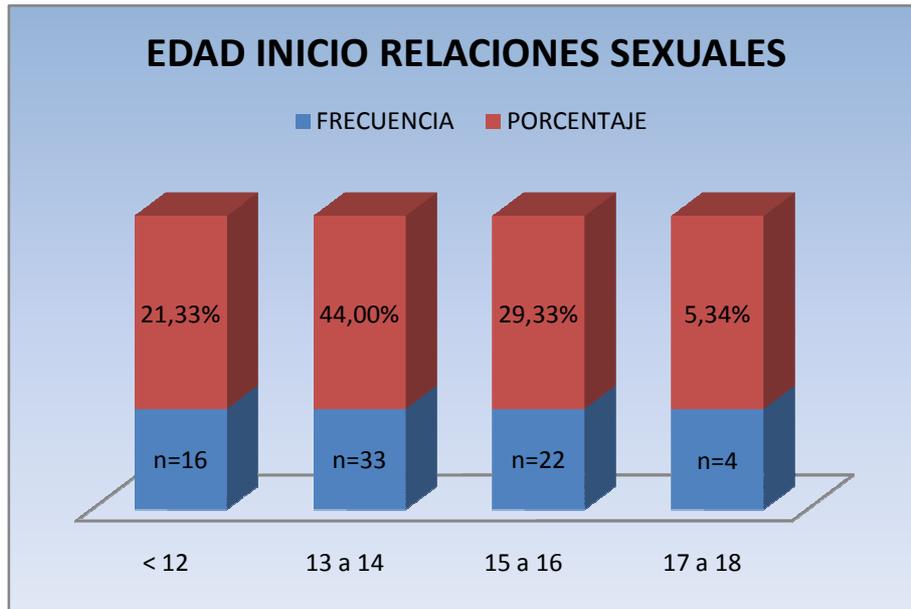
Diseño: I. Arboleda

Respecto a si han tenido relaciones sexuales, se encontró que el 80,7% (n=314) no han tenido y el 19,3% (n=75) si han tenido relaciones sexuales.

CUADRO 9. EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
< 12	16	21,33%
13 a 14	33	44,00%
15 a 16	22	29,33%
17 a 18	4	5,34%
TOTAL	75	100%

GRÁFICO 9



FUENTE: Datos tomados de la Encuesta realizada a los alumnos del Colegio San Francisco de la ciudad de Zamora.

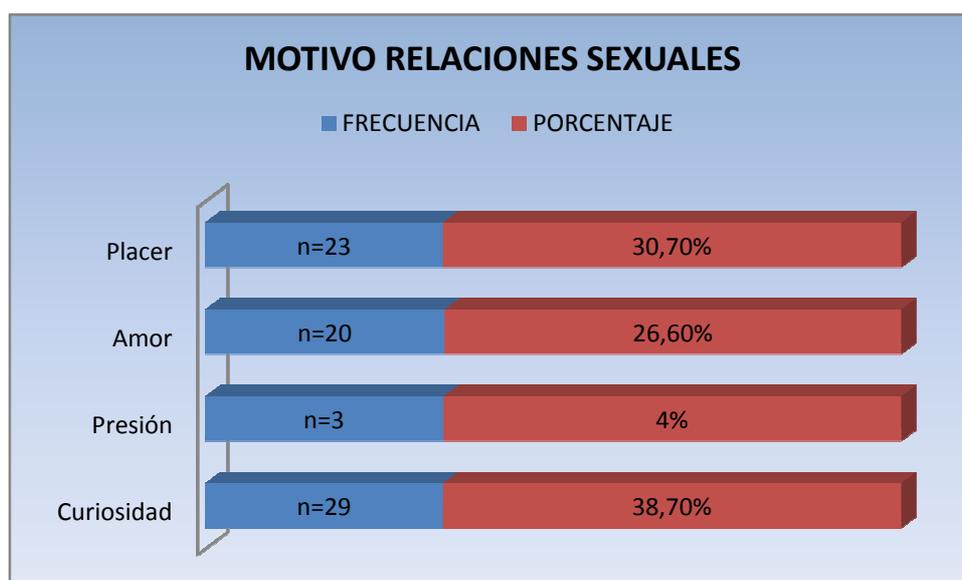
Diseño: I. Arboleda

Respecto a la edad en que las adolescentes **iniciaron su vida sexual**, se encontró que el 44% (n=33) la iniciaron entre los 13-14 años, el 29,33% (n=22) entre los 15-16 años, el 21,33% (n=16) entre los 12 años y el 5,33% (n=4) entre los 17-18 años.

CUADRO 10. PORQUÉ TUVO RELACIONES SEXUALES

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Curiosidad	29	38,70%
Presión	3	4%
Amor	20	26,60%
Placer	23	30,70%
TOTAL	75	100,00%

GRÁFICO 10



FUENTE: Datos tomados de la Encuesta realizada a los alumnos del Colegio San Francisco de la ciudad de Zamora.

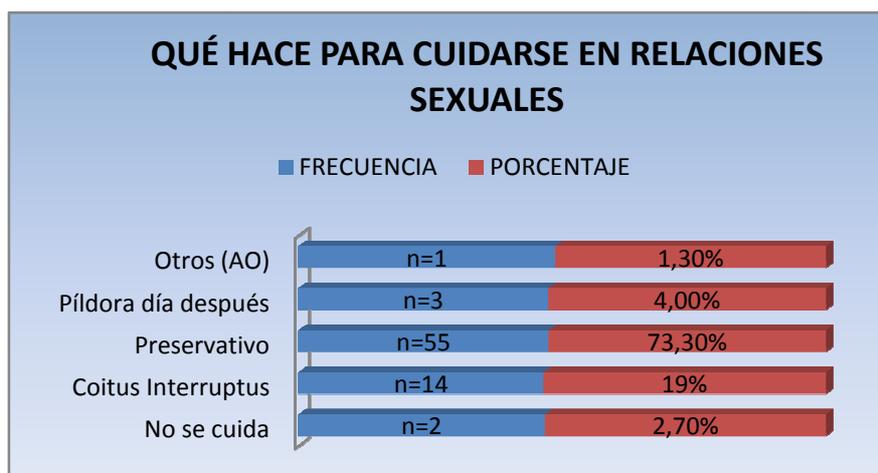
Diseño: I. Arboleda

Respecto a que motivó a los adolescentes a **iniciar su vida sexual**, se encontró que el 38,7% (n=29) lo hicieron por curiosidad, el 30,7% (n=23) por placer, el 26,6% (n=20) por amor y el 4% (n=3) lo realizó por presión.

CUADRO 11. QUÉ HACE PARA CUIDARSE CUANDO TIENE RELACIONES SEXUALES.

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No se cuida	2	2,70%
Coitus Interruptus	14	19%
Preservativo	55	73,30%
Píldora día después	3	4,00%
Otros (AO)	1	1,30%
TOTAL	75	100,00%

GRÁFICO 11



FUENTE: Datos tomados de la Encuesta realizada a los alumnos del Colegio San Francisco de la ciudad de Zamora.

Diseño: I. Arboleda

En relación a que hacen los adolescentes para cuidarse cuando tienen relaciones sexuales el 73,3% (n=55) utiliza preservativo, 19% (n=14) no termina el acto sexual (eyacula fuera de la vagina), el 4% (n=3) utiliza la píldora del día después y el 2,7% (n=2) y el 1,3%(n=1) respectivamente no se cuidan o utilizan otros métodos (anticonceptivos orales).

CUADRO 12. POR INICIAR VIDA SEXUAL QUEDÓ EMBARAZADA

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	3	18,75%
NO	13	81,25%
TOTAL	16	100,00%

GRÁFICO 12



FUENTE: Datos tomados de la Encuesta realizada a los alumnos del Colegio San Francisco de la ciudad de Zamora.

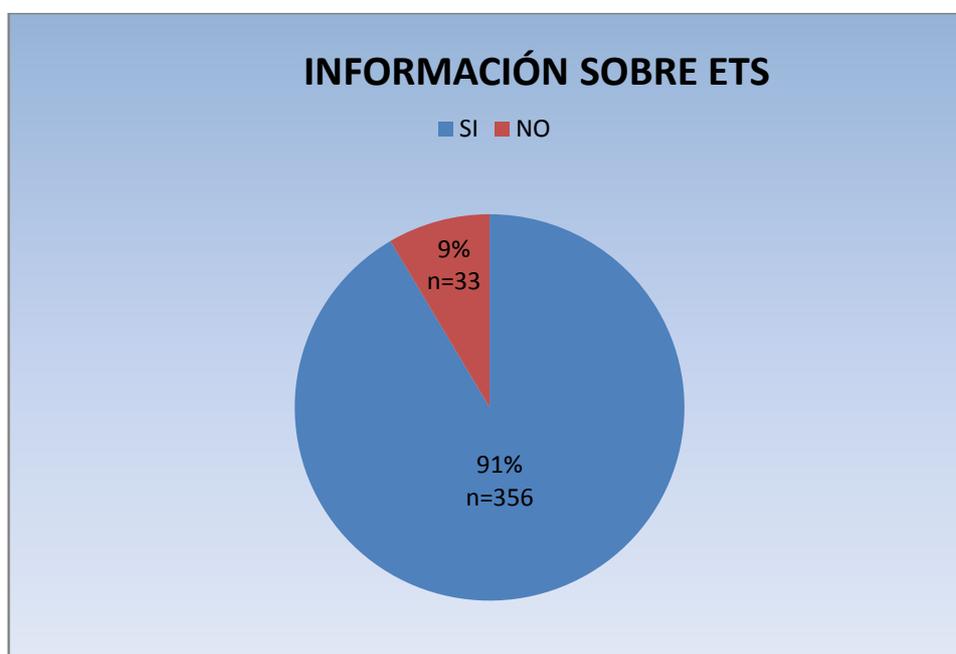
Diseño: I. Arboleda

En relación a si alguna de las adolescentes se encuentra embarazada de las 16 adolescentes que iniciaron su vida sexual, se encontró que el 81,25% (n=13) no están embarazadas y el 18,75% (n=3) están embarazadas.

CUADRO 13. INFORMACIÓN SOBRE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

CATEGORÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	356	91,50%
NO	33	8,50%
TOTAL	389	100,00%

GRÁFICO 13



FUENTE: Datos tomados de la Encuesta realizada a los alumnos del Colegio San Francisco de la ciudad de Zamora.

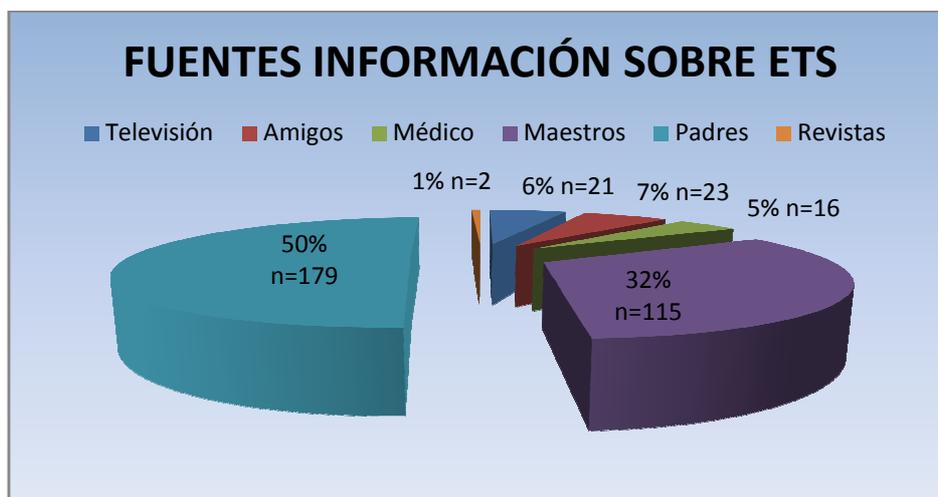
Diseño: I. Arboleda

En cuanto a si los adolescentes encuestados han recibido información sobre enfermedades de transmisión sexual el 91,5% (n=356) opina que si y el 8,5% (n=33) no tiene información sobre enfermedades de transmisión sexual.

CUADRO 14. FUENTES DE INFORMACIÓN SOBRE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Televisión	21	5,90%
Amigos	23	7%
Médico	16	4,50%
Maestros	115	32,30%
Padres	179	50,30%
Revistas	2	0,50%
TOTAL	356	100,00%

GRÁFICO 14



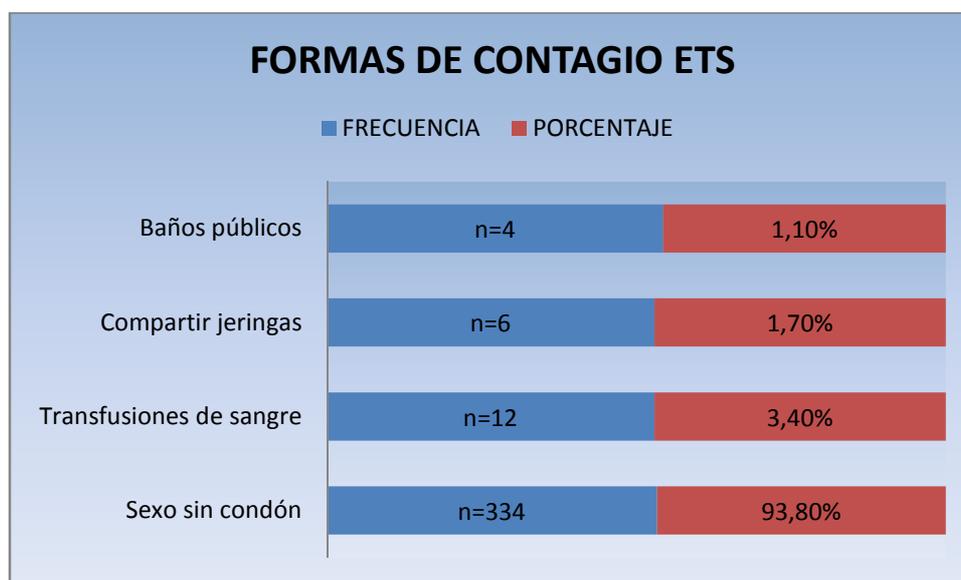
FUENTE: Datos tomados de la Encuesta realizada a los alumnos del Colegio San Francisco de la ciudad de Zamora.

Diseño: I. Arboleda

Respecto al lugar donde han adquirido información sobre enfermedades de transmisión sexual de los 356 adolescentes que si tienen conocimiento, se encontró que fue de sus padres 50,3% (n=179), en el colegio por sus maestros en un 32,3%(n=115), de los amigos 7% (n=23), de los medios de comunicación el 5,9% (n=21) y a través de médicos 4,5% (n=16) revistas 0,5% (n=2).

CUADRO 15. FORMAS DE CONTAGIO ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

CATEGORÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sexo sin condón	334	93,8%
Transfusiones de sangre	12	3,4%
Compartir jeringas	6	1,7%
Baños públicos	4	1,1%
TOTAL	356	100,00%

GRÁFICO 15

FUENTE: Datos tomados de la Encuesta realizada a los alumnos del Colegio San Francisco de la ciudad de Zamora.

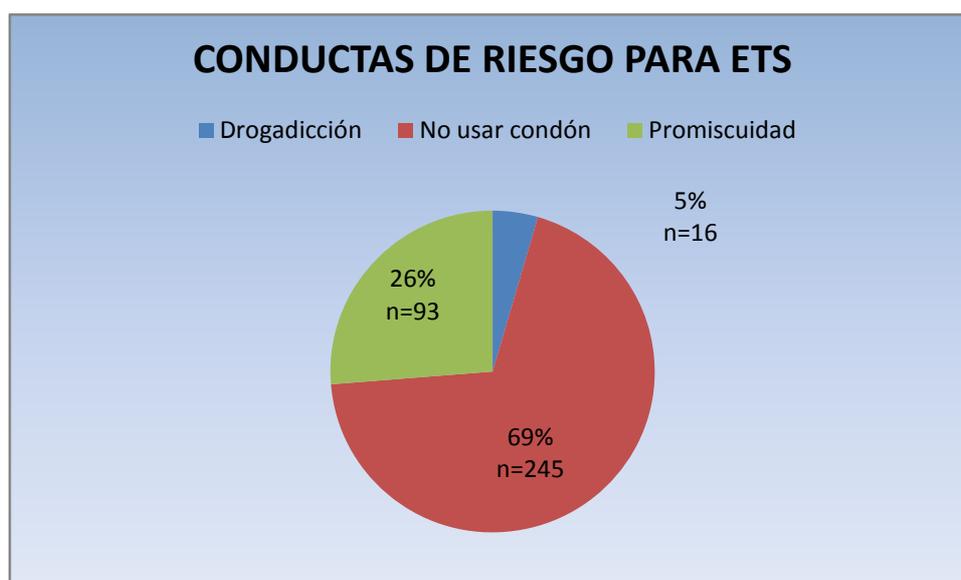
Diseño: I. Arboleda

Respecto a si conocen las formas de contraer enfermedades de transmisión sexual de los 356 adolescentes que si conocen, se encontró que por tener sexo sin condón en un 93,8% (n=334), por transfusiones de sangre un 3,4% (n=12), al compartir jeringas 1,7% (n=6) y por utilizar baños públicos el 1,1% (n=4).

CUADRO 16. CONDUCTAS DE RIESGO PARA ENFERMEDADES TRANSMISIÓN SEXUAL

CATEGORÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Drogadicción	16	4,5%
No usar condón	245	68,8%
Promiscuidad	93	26,1%
TOTAL	356	100,00%

GRÁFICO 16



FUENTE: Datos tomados de la Encuesta realizada a los alumnos del Colegio San Francisco de la ciudad de Zamora.

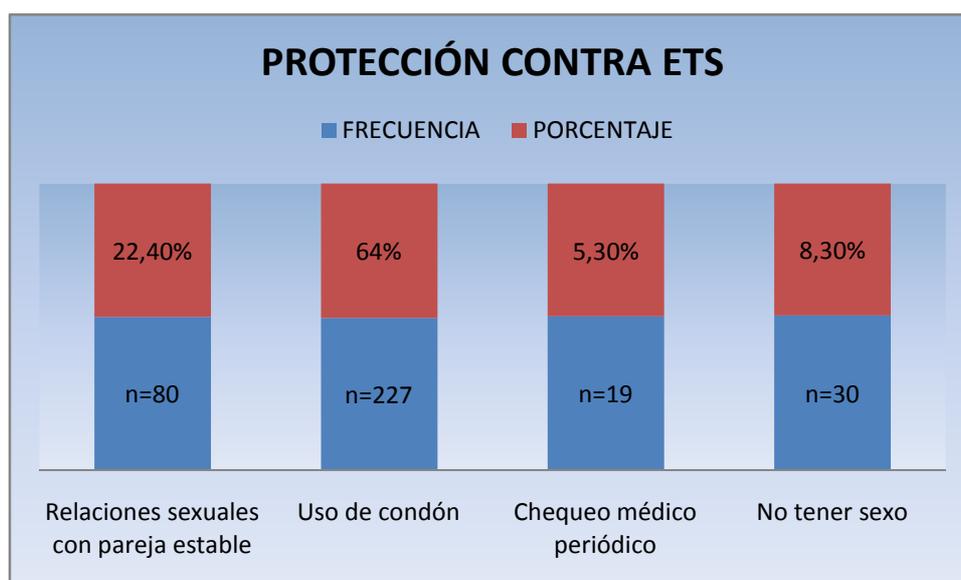
Diseño: I. Arboleda

Respecto a las conductas de riesgo para contraer enfermedades de transmisión sexual de los 356 adolescentes que si conocen, se encontró que en un 68,8% (n=245) es por no usar condón, por tener varias parejas sexuales en un 26,1% (n=93), drogadicción el 4,5% (n=16) y a través del habito de fumar el 0,6% (n=2).

CUADRO 17. PROTECCIÓN CONTRA ENFERMEDADES TRANSMISIÓN SEXUAL

CATEGORÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Relaciones sexuales con pareja estable	80	22,4%
Uso de condón	227	64%
Chequeo médico periódico	19	5,3%
No tener sexo	30	8,3%
TOTAL	356	100,00%

GRÁFICO 17



FUENTE: Datos tomados de la Encuesta realizada a los alumnos del Colegio San Francisco de la ciudad de Zamora.

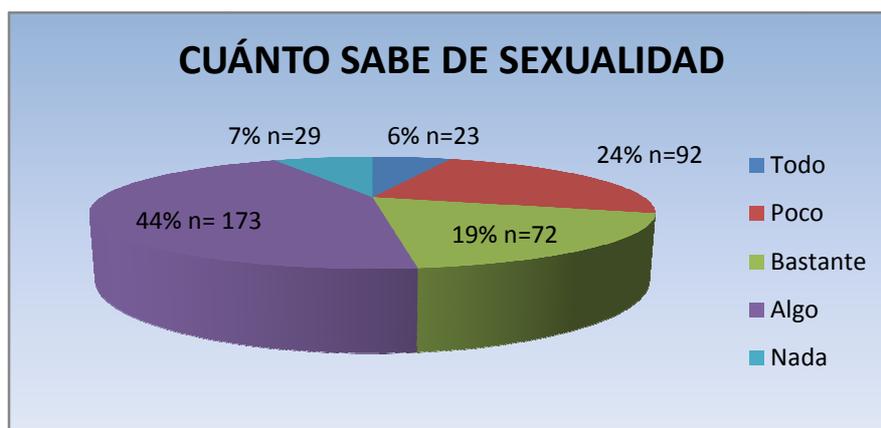
Diseño: I. Arboleda

En cuanto a las formas de protección para no contraer enfermedades de transmisión sexual de los 356 adolescentes que si conocen, se encontró que al usar condón en un 64% (n=227), tener relaciones sexuales con una pareja estable un 22,4% (n=80), no tener sexo el 8,3% (n=30) y a través de chequeo médico periódico el 5,3% (n=19).

CUADRO 18. CUÁNTO SABE DE SEXUALIDAD

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Todo	23	5,80%
Poco	92	24%
Bastante	72	18,50%
Algo	173	44,50%
Nada	29	7,50%
TOTAL	389	100,00%

GRÁFICO 18



FUENTE: Datos tomados de la Encuesta realizada a los alumnos del Colegio San Francisco de la ciudad de Zamora.

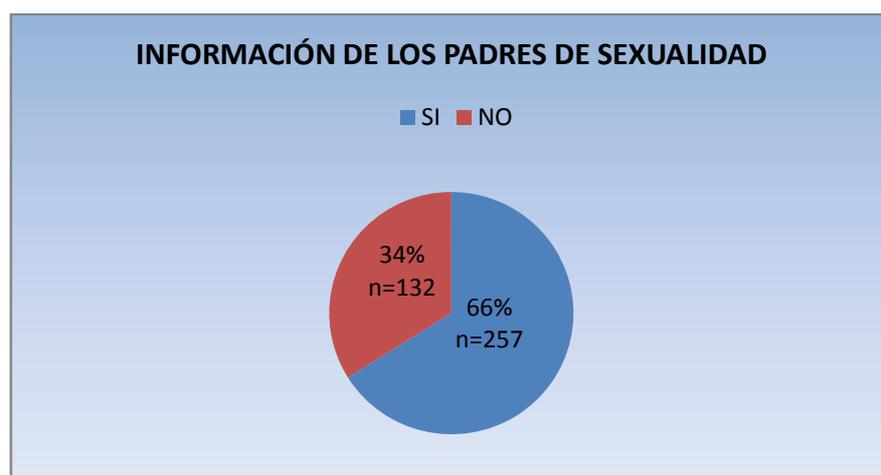
Diseño: I. Arboleda

Respecto a cuanto sabe sobre sexualidad los 389 adolescentes encuestados se encontró que el 44,5% (n=173) saben algo, poco un 24% (n=92), bastante en un 18,5% (n=72), nada el 7,5% (n=29) y todo el 5,8% (n=23).

CUADRO 19. INFORMACIÓN DE LOS PADRES SOBRE SEXUALIDAD

CATEGORÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	257	66,10%
NO	132	33,90%
TOTAL	389	100,00%

GRAFICO 19



FUENTE: Datos tomados de la Encuesta realizada a los alumnos del Colegio San Francisco de la ciudad de Zamora.

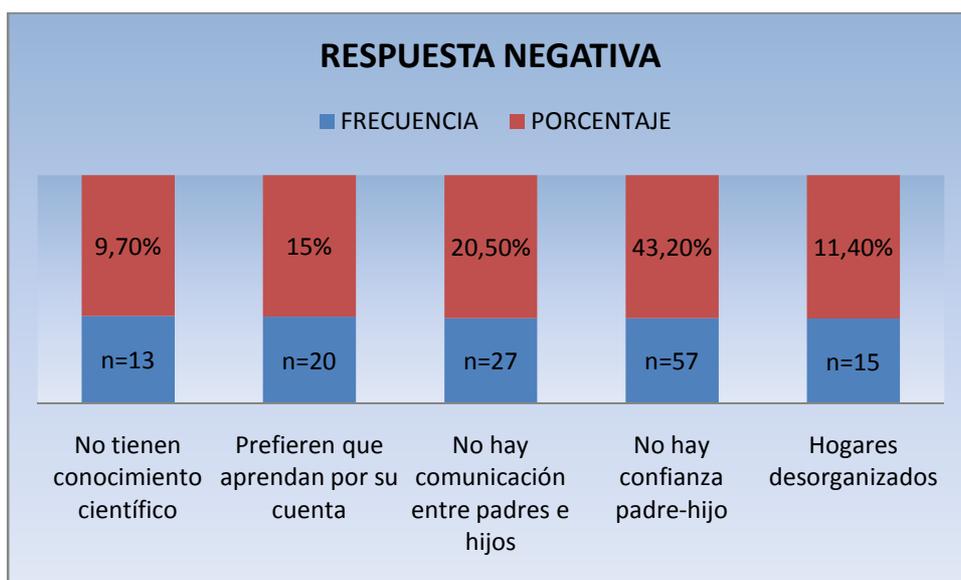
Diseño: I. Arboleda

Respecto a si los padres les han conversado sobre sexualidad en sus hogares se encontró que el 66,1% (n=257) afirma que si hablan de este tema y el 33,9%(n=132) no lo han hablado.

19.1 SI RESPUESTA NEGATIVA

CATEGORÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No tienen conocimiento científico	13	9,70%
Prefieren que aprendan por su cuenta	20	15%
No hay comunicación entre padres e hijos	27	20,50%
No hay confianza padre-hijo	57	43,20%
Hogares desorganizados	15	11,40%
TOTAL	132	100,00%

GRÁFICO 19.1



FUENTE: Datos tomados de la Encuesta realizada a los alumnos del Colegio San Francisco de la ciudad de Zamora.

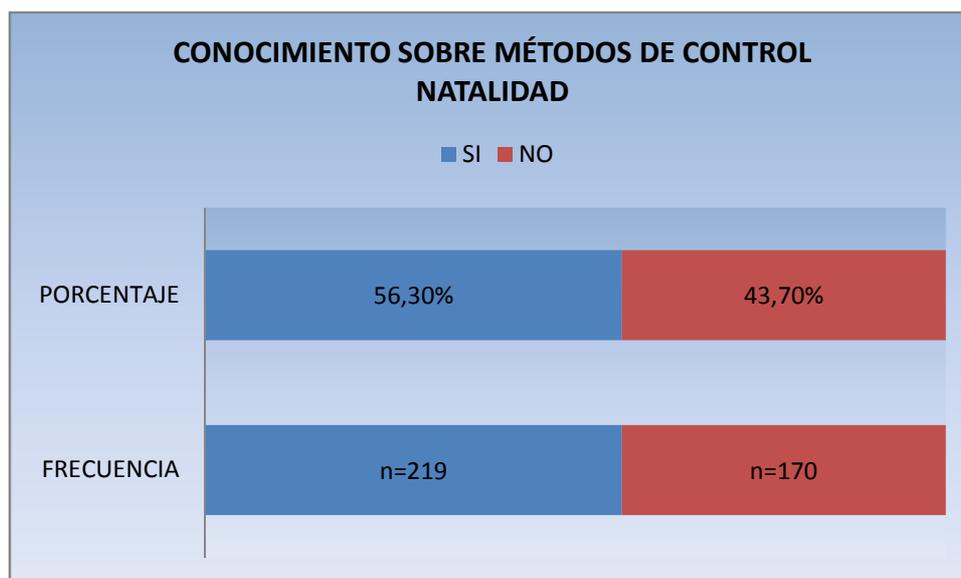
Diseño: I. Arboleda

De los 132 adolescentes que no han hablado de sexualidad con sus padres se encontró que el 43,2% (n= 57) es por falta de confianza, el 20,5% (n=27) es por falta de comunicación entre padres e hijos, el 15% (n=20) sus padres prefieren que aprenda por su cuenta, el 11,4% (n=15) porque provienen de hogares desorganizados y el 9,7% (n=13) porque sus padres no tienen conocimiento alguno.

CUADRO 20. CONOCE SOBRE ALGUN MÉTODO DE CONTROL DE LA NATALIDAD

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	219	56,30%
NO	170	43,70%
TOTAL	389	100,00%

GRÁFICO 20



FUENTE: Datos tomados de la Encuesta realizada a los alumnos del Colegio San Francisco de la ciudad de Zamora.

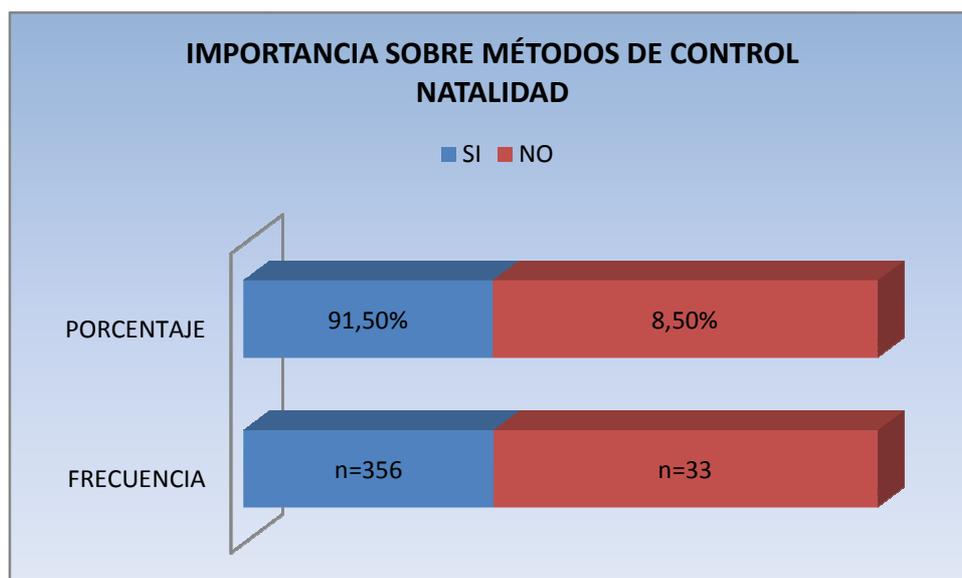
Diseño: I. Arboleda

En relación al conocimiento de algún método de control de la natalidad de los 389 adolescentes, se encontró que un 56,3% (n=219) conocen de algún método de control de natalidad y el restante 43,7% (n=170) no conocen ningún método de control de la natalidad.

CUADRO 21. IMPORTANCIA DE CONOCER LOS MÉTODOS DE CONTROL DE LA NATALIDAD.

CATEGORÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	356	91,50%
NO	33	8,50%
TOTAL	389	100,00%

GRÁFICO 21



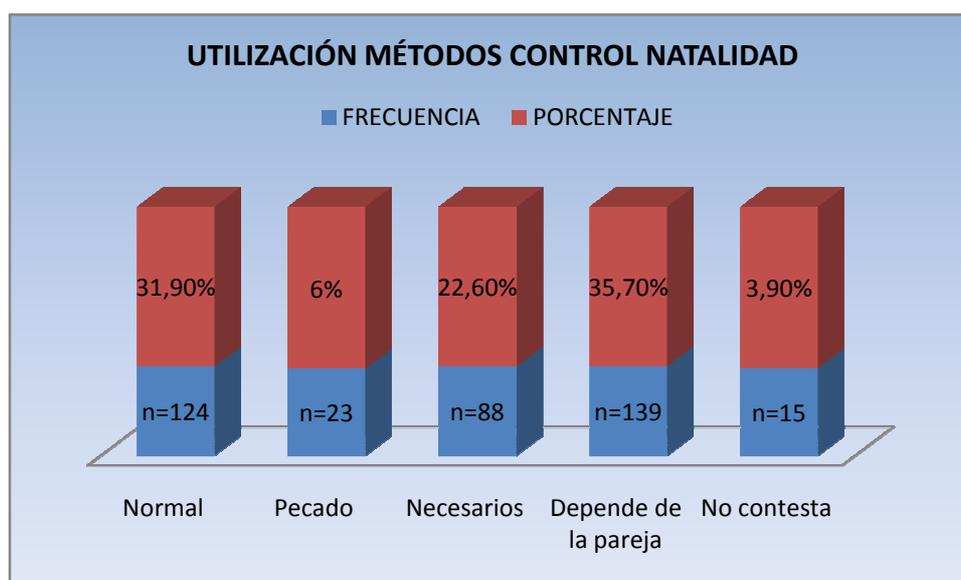
FUENTE: Datos tomados de la Encuesta realizada a los alumnos del Colegio San Francisco de la ciudad de Zamora.

Diseño: I. Arboleda

En relación con la importancia **sobre métodos de control de la natalidad** que tienen los adolescentes se encontró que un 91,5% (n=356) opinan que son importantes y el restante 8,5% (n=33) no consideran que son importantes.

CUADRO 22. UTILIZACIÓN DE MÉTODOS DE CONTROL DE LA NATALIDAD.

CATEGORÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Normal	124	31,90%
Pecado	23	6%
Necesarios	88	22,60%
Depende de la pareja	139	35,70%
No contesta	15	3,90%
TOTAL	389	100,00%

GRÁFICO 22

FUENTE: Datos tomados de la Encuesta realizada a los alumnos del Colegio San Francisco de la ciudad de Zamora.

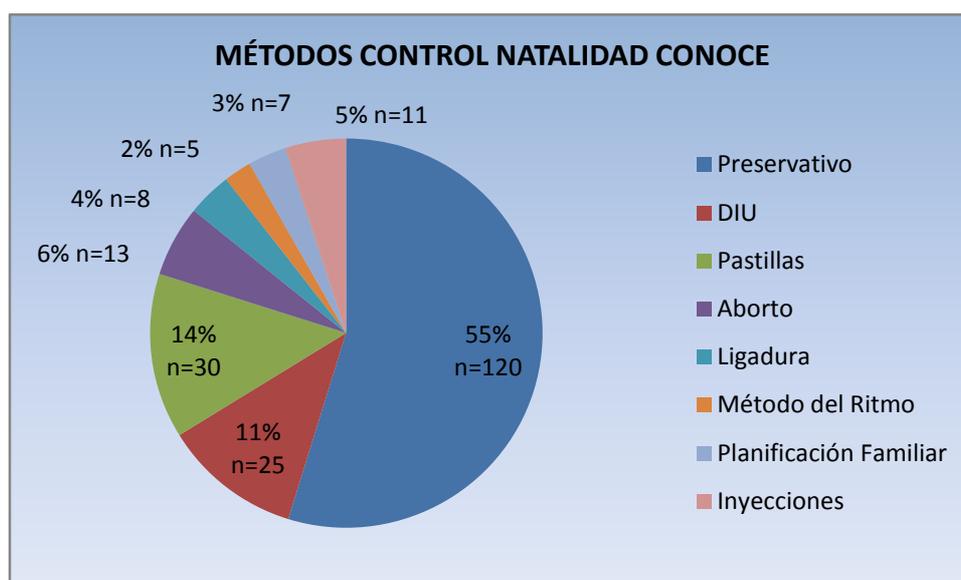
Diseño: I. Arboleda

Respecto a la opinión que tienen los adolescentes sobre la utilización de métodos de control de la natalidad, de los 389 se encontró que el 35,7% (n=139) opina que su utilización depende de la pareja, el 31,9% (n=124) que es normal, el 22,6% (n=88) son necesarios, el 6% (n=23) son pecado y el 3,9% (n=15) no contesta.

CUADRO 23. MÉTODOS DE CONTROL DE LA NATALIDAD QUE CONOCE

CATEGORÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Preservativo	120	54,80%
DIU	25	11,4%
Pastillas	30	13,7%
Aborto	13	5,9%
Ligadura	8	3,7%
Método del Ritmo	5	2,30%
Planificación Familiar	7	3,20%
Inyecciones	11	5%
TOTAL	219	100,00%

GRÁFICO 23



FUENTE: Datos tomados de la Encuesta realizada a los alumnos del Colegio San Francisco de la ciudad de Zamora.

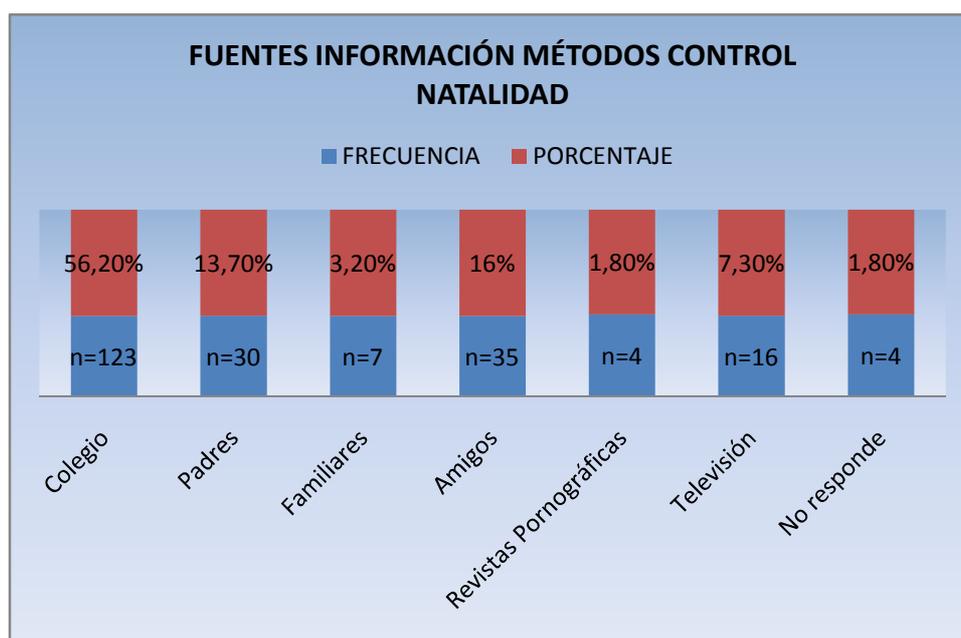
Diseño: I. Arboleda

Con respecto a los métodos de control de natalidad de los 219 adolescentes del estudio que si conocen, se refleja que el 54,8% (n=120) es el preservativo, en un 28,8% (n=112), anticonceptivos orales en 13,7% (n=30), DIU en un 11,4% (n=25), aborto 5,9% (n=13), inyecciones 5% (n=11), ligadura 3,7% (n=8), planificación familiar 3,2 (n=7) y el método del ritmo 2,3% (n=5).

CUADRO 24. FUENTES DE INFORMACIÓN SOBRE LOS MÉTODOS DE CONTROL DE LA NATALIDAD.

CATEGORÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Colegio	123	56,20%
Padres	30	13,7%
Familiares	7	3,2%
Amigos	35	16%
Revistas Pornográficas	4	1,8%
Televisión	16	7,3%
No responde	4	1,8%
TOTAL	219	100,00%

GRÁFICO 24



FUENTE: Datos tomados de la Encuesta realizada a los alumnos del Colegio San Francisco de la ciudad de Zamora.

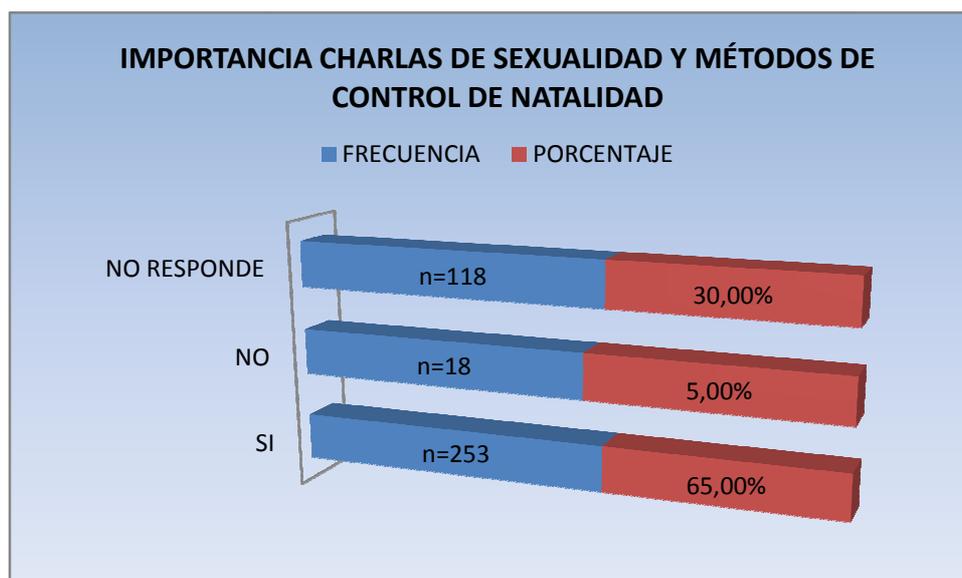
Diseño: I. Arboleda

Respecto al lugar donde han adquirido la información sobre los métodos de control de la natalidad 219 adolescentes que si conocen de algún método, se encontró que fue en el colegio en un 56,2%(n=123), de los padres 13,7% (n=30), amigos 16% (n=35), a través de la televisión 7,3% (n=16), familiares 3,2% (n=7), revistas pornográficas 1,8% (n=4) y algunos no responden 1,8% (n=4).

CUADRO 25. IMPORTANCIA DE CHARLAS SOBRE SEXUALIDAD EN EL COLEGIO.

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	253	65,00%
NO	18	5,00%
NO RESPONDE	118	30,00%
TOTAL	389	100,00%

GRAFICO 25



FUENTE: Datos tomados de la Encuesta realizada a los alumnos del Colegio San Francisco de la ciudad de Zamora.

Diseño: I. Arboleda

Respecto a la importancia de que se impartan charlas sobre sexualidad y métodos de control de la natalidad en la unidad educativa de los 389 adolescentes, se encontró que el 65% (n=253) si consideran importante el 30% (n=118) no responde y el 5% (n=18) no consideran importante que se impartan charlas en su centro educativo.

V. DISCUSION DE RESULTADOS

La adolescencia, como ya se ha dicho, es un período de múltiples cambios tanto físicos como psicológicos, caracterizada por inestabilidad emocional, es por ello que decidí realizar esta investigación, en la cual se observó que el mayor porcentaje de encuestados correspondió al grupo etario entre 15 y 17 años de edad y el sexo predominante fue el femenino.

Los resultados de este estudio muestran que el 19.3% de los adolescentes del colegio San Francisco han tenido relaciones sexuales. La experiencia sexual fue mayor en varones (32,3%) con edad media promedio de 13,7 años y la experiencia sexual en las mujeres es menor (7,4%), con una edad media promedio de 14,4 años. Al comparara con un estudio realizado por Parket, al estudiar una muestra de 805 estudiantes ecuatorianos de décimo a duodécimo grado, con edad promedio de 16.5 años, informó que el 43% de los participantes había tenido alguna experiencia coital.¹⁹

A pesar que el 91,5% de los adolescentes del colegio San Francisco han recibido información sobre enfermedades de transmisión sexual aún el 8,5% no toma conciencia de los riesgos que conlleva el inicio precoz de las relaciones sexuales, siendo sus padres quienes han sido los primeros en impartir esta información (50,3%).

Los adolescentes del estudio identifican que algunas de las conductas de riesgo para el contagio de enfermedades de transmisión sexual es la no utilización del preservativo en sus relaciones coitales (68,8%) y la promiscuidad (26,1%).

En cuanto al conocimiento sobre sexualidad el 44,5% de los adolescentes sabe “algo” acerca de este tema, siendo sus padres (66,1%) quienes les han brindado información sobre este tema y un 33,9% aún no tienen conocimiento debido a la falta de confianza que existe entre los adolescentes y sus padres (43,2%).

En relación al conocimiento de métodos de control de la natalidad, se encontró que el 56,3% de los adolescentes si tienen conocimiento sobre alguno de estos métodos y la información la recibieron en su centro de estudios (56,2%); siendo el más conocido y utilizado por los adolescentes el preservativo en un 54,8%.

Los adolescentes objeto de estudio piensan que es importante conocer acerca de los métodos de control de la natalidad (91,5%) y que su utilización depende de cada pareja (35,7%) además consideran que sería muy importante para ellos que impartieran charlas que los oriente sobre sexualidad (65%) en su centro de estudios.

Los adolescentes que tuvieron relaciones sexuales informaron que lo hicieron por curiosidad el 38,7% (varones 34,7% y mujeres 4%); por placer el 30,7% en el caso de los varones y en contraste con las mujeres que lo hicieron por amor 26,6%.

Los adolescentes que iniciaron su vida sexual informaron que utilizaron preservativo para cuidarse (73,3%), el 19% coitus interruptus.

De las dieciséis adolescentes que iniciaron su vida sexual, tres de ellas actualmente están embarazadas, una de ellas es soltera, pero todas cuenta con el apoyo de sus parejas y sus padres.

VI. CONCLUSIONES

- ✚ 8,5% de los adolescentes del Colegio San Francisco a pesar de recibir información sobre los riesgos que conlleva el inicio precoz de la vida sexual, aún persisten con conductas de riesgo de esta problemática que puede inferirse del resultado obtenido en las preguntas 13 y 21.
- ✚ Las características sociodemográficas de los adolescentes del Colegio San Francisco encontradas en el estudio fueron una escolaridad media, viven en áreas urbano-rurales; un inicio temprano de vida sexual en hombres 13,7 años y mujeres a los 14,4 años y embarazo en adolescentes con edades de 15 a 17 años.
- ✚ Se pudo determinar también que el 19,3% de los adolescentes tuvieron relaciones sexuales, en edades comprendidas entre 12 a 18 años, muchos de ellos se protegen con preservativos y pocos utilizan coitus interruptus, píldoras y otros no se cuidan.
- ✚ Se concluye que de las 203 adolescentes del estudio 16 de ellas han iniciado su vida sexual y 3 de ellas, es decir el 18,75%, están embarazadas.

VII. RECOMENDACIONES

- ✚ Gestionar proyectos macro con el Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Educación y Cultura y Organizaciones No Gubernamentales, orientados a la creación de espacios informativos para el desarrollo de una vida saludable y de educación preventiva para los adolescentes para un buen vivir.

- ✚ Motivar a los docentes de este centro educativo a realizar investigaciones con adolescentes, para conocer a fondo sus necesidades, prioridades y relacionarlos con el nivel de conocimientos que tienen sobre temas relacionados con sexualidad con el objetivo de asesorarles de manera integral en estos temas.

- ✚ Diseñar estrategias para la creación de proyectos de vida en el colegio con el objetivo de aumentar la autoestima de los adolescentes y fomentar valores y principios orientados a mejorar su criterio frente a una sexualidad saludable.

- ✚ Dar información sanitaria a los jóvenes, desde edades más tempranas para garantizar la toma de decisiones y el ejercicio de una sexualidad sana, libre, satisfactoria y responsable.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. American Academy of Pediatrics, 2001. Sexuality Education for children and adolescents. *Pediatric*; 108:498-502.
2. Bennett DL, Bauman A, 2000. Adolescent mental health and risky sexual behavior (editorial). *Br Med J*;321:251-2.
3. García P, Arias T, Lezcano G, Caballero L, Chong J, Mendieta A, Bravo R, Navarro E, Urriola C, 2007. Embarazo en la en adolescencia en la República de Panamá. *Revista Venezolana de ginecología y obstetricia*; 67: 73-77.
4. Gilson RJC, Mindel A. 2001. Clinical Review.Recent advances. Sexually transmitted infections.*BMJ*;322:1160-4.
5. Graber JA, Brooks-Gunn J, 1995. Model of development:understanding risk in adolescence.*Suicide Life Threat Behav*;25:18-26.
6. Hatcher, R. A. y Cols. 1990-1991.*Contraceptive technology*., 15ª ed. Nueva York, Irvington Publis Hers,100-130.
7. Irwin CE, Millstein SG. 1996. Biopsychosocial correlates of risk-taking behaviors during adolescence.*J Adolesc Health Care*;7: 82S-96S.
8. Martínez, M. 2000. Embarazo en la Adolescencia. *Venezuela*, 20-30.
9. Meneghello, *Pediatría*, 1998, Edit. Panamericana, Pág. 407.
10. OPS/OMS. 1995. Atención de las enfermedades transmitidas sexualmente (ETS), 7 Washington DC: OPS/OMS;1-6.
11. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 1999. NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCION DE LA SALUD REPRODUCTIVA
12. OMS. 1995. La salud de los jóvenes. Un reto y una esperanza. Ginebra:25 pp.
13. Pizarro, Ana María. 1998. Atención humanizada del aborto y del aborto inseguro. pp15-25.
14. RINCÓN, Elkin A, Atlas de Educación Sexual, Quito, editorial Romlacio, pp 90.
15. Saez, G:1992. La Salud del Adolescente y la Acción en la Comunidad, 2da Edición. UNICEF, Vol. I . . Pág. 7-10. Venezuela
16. SAEZ, G: Arias, A, 1994. Una ventana hacia la Atención Integral de la Salud Adolescente, 1era. Edición. Bqto. Venezuela, Pág. 11-38.
17. Silver TJ. 1992. Manual de Medicina de la adolescencia. Washington. DC:OPS;278-303.
18. Ulanowicz MG, Parra K E, Wendler G E, Monzón L T, 2006 Riesgos en el embarazo adolescente. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*; 153: 13-17.

19. UNFPA. 2001. Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe.
20. <http://www.geocities.com/HotSprings/Spa/5336/planific.htm>
21. http://www.infomed.sld.cu/revistas/mgi/vol17_4_01/mgi10401.pdf
22. <http://www.rhoespanol.org/html/cont-b-04.html>
23. http://www.infomed.sld.cu/revistas/mgi/vol17_4_01/mgi10401.pdf
24. <http://www.ahcpr.gov/clinic/uspstf/uspshlm.htm>
25. <http://www.rhoespanol.org/html/cont-methods.htm>
26. <http://www.geocities.com/HotSprinhabns/Spa/5336/planific.htm>
27. http://www.infomed.sld.cu/revistas/mgi/vol17_4_01/mgi10401.pdf
28. http://www.clap.opsoms.org/web_2005/estadisticas%20de%20la%20region/textos/e35%206-8%20Embarazo%20Adolescente.htmEl EMBARAZO ADOLESCENTE
29. www.minsa.gob.ni/bns/tesis_sp/68.pdf
30. www.binasss.sa.cr/adolescencia/bronch.pdf
31. www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/salud_reproductiva/26%20%20salud.
32. www.sexualidad-responsable.es/SUBPROGRAMA1.pdf
33. www.psicologiacycientifica.com/bv/psociogiapdf-235-la-sexualidad-en-el-adolescente-conformacion-de-la-conciencia-en-el-adolescnte-.pdf
34. www.spapex.org/adolescencia02/pdf/taller1.pdf
35. www.aepap.org/EvidPediatr/numeros/vol4/2008_numero_2/pdf/2008_vol4_numero2.14.pdf
36. www.juventudcanaria.com/extras/publicaciones/revistas/numero6/P21.PDF
37. www.inicia.es/de/taller_de_sexualidad/Taller_de_Sexualidad.pdf
38. www.sexualidad-responsable.es/SUBPROGRAMA1.pdf

IX. ANEXOS

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
ESCUELA DE MEDICINA
ENCUESTA

La presente encuesta es anónima y confidencial, la información obtenida nos permitirá conseguir datos que nos orienten en el presente estudio de investigación.

<p>1. Datos Generales</p> <p>Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p> <p>Edad:</p> <p>Estado Civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> UL <input type="checkbox"/></p> <p>Curso:</p> <p>Vive con: Padres <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/></p> <p>Familiares <input type="checkbox"/> Especifique</p>
<p>2. Sexualidad</p> <p>a) Tiene enamorado/a? SI () NO ()</p> <p>b) A qué edad tuvo su primer enamorado/a? _____</p> <p>c) Ha tenido relaciones sexuales? SI () NO ()</p> <p>Si tuvo relaciones sexuales, a qué edad las tuvo? _____</p> <p>Por qué tuvo relaciones sexuales:</p> <p>Curiosidad <input type="checkbox"/> Presión <input type="checkbox"/> Amor <input type="checkbox"/> Placer <input type="checkbox"/></p> <p>d) Si tiene relaciones sexuales, que hace para cuidarse su compañero/a y usted?</p> <p>1. No se cuidan <input type="checkbox"/></p> <p>2. No termina el acto sexual (eyacula fuera de la vagina) <input type="checkbox"/></p> <p>3. Preservativo <input type="checkbox"/></p> <p>4. Píldora del día después <input type="checkbox"/></p> <p>5. Otros: <input type="checkbox"/>Cuál _____</p>

e) Por iniciar su vida sexual quedó embarazada? SI () NO ()

f) Si su respuesta fue afirmativa conteste lo siguiente:

Está embarazada ahora SI () NO ()

Tiene miedo que sus padres se enteren SI () NO ()

Aprecia su embarazo y va a continuarlo SI () NO ()

Su familia la apoya en su embarazo SI () NO ()

Abortó SI () NO ()

Tiene intenciones de abortar SI () NO ()

g) ¿Ha recibido alguna vez información sobre enfermedades de transmisión sexual?

SI () NO ()

h) Si su respuesta ha sido afirmativa. Señale las vías por las que ha recibido esta información.

---- Radio. ----TV. ---- Amigo/ Amiga.

---- Médico. ---- Maestro. ---- Padres.

---- Publicaciones científicas. ---- Revistas ---- Periódicos.

i) Identifique las formas de contagio de las Enfermedades de Transmisión Sexual.

---- Beso. ---- Compartir jeringas.

---- Uso de ropa en común. ---- Uso de baños públicos.

---- Picadura de insecto. ---- Sexo sin condón.

---- Transfusión de sangre sin analizar. ---- Lactancia Materna.

---- Estrecharse las manos. ---- Sexo oral.

j) De las siguientes conductas. Señale cuales usted considera son riesgo para contraer Enfermedades de Transmisión Sexual.

---- Drogadicción.

---- No uso de condón con una relación ocasional.

---- Promiscuidad.

---- Hábito de fumar

---- Alcoholismo.

k) Señale cómo usted se protegería de contraer Enfermedades de Transmisión Sexual.

---- Relaciones sexuales con una pareja estable.

---- Teniendo sexo solo con pareja del sexo opuesto.

---- Uso del condón.

---- Realizándose chequeo médico periódico.

---- Sexo sin penetración.

---- No relacionarse con pacientes con SIDA.

---- No uso de sanitarios públicos.

---- No tener sexo.

l) Ha tenido su pareja sexual secreción uretral o vaginal y/o úlceras en sus genitales?

SI () NO ()

m) Usted y/o su pareja tienen otras parejas sexuales? SI () NO ()

n) Sufre dolores o molestias durante el contacto sexual? SI () NO ()

o) Cuanto cree saber Ud., acerca de la sexualidad:

Todo Bastante Nada
Poco Algo

p) Sus padres le han explicado sobre aspectos relacionados con la sexualidad

SI () NO ()

q) Si su respuesta fue negativa conteste lo siguiente:

- No tienen conocimiento científico ()
- Prefieren que aprendan por su cuenta ()
- No hay comunicación entre padres e hijos ()
- No hay la suficiente confianza padre- hijo ()
- Hogares desorganizados ()

r) Conoce o a escuchado usted sobre algún método de control de la natalidad?

SI () NO ()

s) Considera usted que es importante conocer los métodos de control de la natalidad?

SI () NO ()

t) Qué opina sobre la utilización de los métodos de control de la natalidad?

Normal () Pecado ()

Son necesarios () Depende de cada pareja ()

u) Qué métodos de control de la natalidad conoce?

v) La información sobre los métodos de control de la natalidad la recibe de:

Colegio () Revistas Pornográficas ()

Padres () TV ()

Familiares () Ninguna ()

Amigos () Otros:_____

w) Considera importante que en su establecimiento educativo se impartan charlas sobre sexualidad y métodos de control de la natalidad.

SI () NO ()

Fuente: NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCION DE LA SALUD REPRODUCTIVA.1999. Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

GRACIAS
