



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER
HUMANO
ESCUELA DE ENFERMERIA

TESIS DE GRADO

PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO DE LICENCIADOS EN
ENFERMERÍA

TEMA: “INADECUADO NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS RELACIONADO CON EL EMBARAZO PRECÓZ EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS EN LA “UNIDAD EDUCATIVA ÁNGEL POLIBIO CHAVES” DEL CANTÓN SAN MIGUEL DE BOLÍVAR, EN EL PERIODO OCTUBRE DEL 2013 A SEPTIEMBRE DEL 2014.”

AUTORES:

DAVID EDUARDO GONZÁLEZ NARANJO

FANNY LUCELIA VELOZ CARGUACUNDO

DIRECTOR

LIC. JAIME RODRIGO CALVACHE PAREDES

Guaranda – Ecuador

2014

DEDICATORIA

La gratitud es una de las cualidades más emblemáticas que distinguen a los seres humanos; con este trabajo investigativo deseo agradecer primeramente a mi Dios por darme la salud, la inteligencia y la fortaleza para no desmayar en el camino hacia cumplir mi meta, de manera muy especial dedico este trabajo a mi querido padre Wilman González, ya que él es la persona que me ha motivado, enseñado e inculcado buenos valores y me dio el gran ejemplo de superación y de que todo es posible en la vida porque hay que perseverar para alcanzar las metas propuestas.

DAVID

Dedico este trabajo investigativo principalmente a Dios y todas aquellas personas que me apoyaron en todo, especialmente a mis padres y a mi hija, pilares fundamentales para culminar esta meta propuesta, al Lic. Jaime Calvache, que nos supo dirigir de la mejor manera.

FANNY

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a todas las autoridades, docentes y demás miembros de nuestra querida y prestigiosa Universidad Estatal de Bolívar Facultad de Ciencias de la Salud y del ser Humano – Escuela de Enfermería, ya que con su capacidad, paciencia y dedicación impartieron sus sabios conocimientos y experiencias en busca de la superación de cada uno de nosotros. A la Unidad Educativa Ángel Polibio Chaves quienes nos facilitaron información y nos brindaron su colaboración para el desarrollo de este trabajo investigativo.

De manera muy especial nuestros más sinceros agradecimientos de gratitud al Lcdo. Jaime Rodrigo Calvache Paredes, quien con su esfuerzo y voluntad apporto con todos sus sabios conocimientos para la elaboración del presente trabajo investigativo hasta alcanzar el propósito planteado.

DAVID Y FANNY

CERTIFICADO

Yo, JAIME RODRIGO CALVACHE PAREDES, docente de la Universidad Estatal de Bolívar y en calidad de director de tesis certifico: haber revisado en forma periódica y sistemática la tesis denominada: INADECUADO NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS RELACIONADO CON EL EMBARAZO PRECÓZ EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS EN LA “UNIDAD EDUCATIVA ÁNGEL POLIBIO CHAVES” DEL CANTÓN SAN MIGUEL DE BOLÍVAR, EN EL PERIODO OCTUBRE DEL 2013 A SEPTIEMBRE DEL 2014, de autoría de: DAVID EDUARDO GONZALEZ NARANJO Y FANNY LUCELIA VELOZ CARGUACUANDO, la misma que reúne las características y requisitos que exige la reglamentación propuesta para su diseño, elaboración y presentación; por lo que está lista para su revisión, análisis y sugerencias de los pares revisores.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad.

.....
Lic. Jaime Rodrigo Calvache Paredes.
DIRECTOR DE TESIS

Guaranda, 22 de Diciembre del 2014

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTO.....	II
CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS.....	III
INDICE.....	IV
TEMA.....	1
INTRODUCCION.....	2
JUSTIFICACIÓN.....	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
OBJETIVOS: GENERAL Y ESPECÍFICOS.....	7
HIPÓTESIS.....	8
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	9

CAPITULO I

1. RESEÑA HISTORICA DE LA UNIDAD EDUCATIVA “ANGEL POLIBIO CHAVES”.....	13
1.1. Misión.....	15
1.2. Visión.....	15
2. Adolescencia.....	16
2.1. Adolescencia época de cambios.....	16
2.2.Crecimiento y desarrollo.....	20
2.3.Factores predisponentes a un embarazo en la adolescencia.....	20
2.4.Consecuencias de Relaciones sexuales en adolescentes.....	22
2.4.1. Consecuencias orgánicas.....	22
2.4.2. Consecuencias psicosociales.....	23
2.4.3. Consecuencias educativas.....	24
2.4.4. Consecuencias socio-económicas.....	24
2.4.5. Consecuencias socio-relacionales.....	24
2.5.Información sexual.....	25
2.6.Plan Nacional del Buen Vivir y la Adolescencia.....	26
2.7.Estrategia Nacional Intersectorial ENIPLA.....	27

3. Métodos anticonceptivos y Planificación Familiar.....	29
3.1.Objetivos de la Planificación Familiar.....	29
3.2.Beneficio de la Planificación Familiar.....	30
3.3.Anticoncepción en la adolescencia.....	31
3.4.Acceso a los métodos anticonceptivos.....	31
3.5.Clasificación de métodos anticonceptivos.....	32
3.5.1. Métodos Naturales.....	32
3.5.2. Métodos de Barrera.....	34
3.5.3. Métodos Hormonales.....	36
3.5.4. Métodos Inyectables.....	38
3.5.5. Métodos Intrauterinos.....	39
3.5.6. Métodos Químicos.....	40
3.5.7. Métodos Quirúrgicos.....	40
3.5.8. Métodos de Emergencia.....	40
CAPITULO II	
1. Diseño Metodológico.....	42
1.1.Tipo de estudio.....	42
1.2.Universo y muestra.....	42
1.3.Técnicas de recolección de datos.....	43
1.4.Técnica de procedimientos, análisis y presentación de resultados.....	43
CAPITULO III	
1. Presentación de Resultados.....	44
1.1.Análisis y discusión de resultados	44
1.2.Conclusiones.....	58
1.3.Recomendaciones.....	59
CAPITULO IV	
1. Propuesta.....	60
1.1.Introducción.....	61
1.2.Justificación.....	62

1.3.Objetivos.....	64
1.4.Sustentación de la propuesta.....	65
1.5.Cronograma de actividades.....	78
1.6.Presupuesto.....	78
1.7.Sostenibilidad.....	79
1.8.Factibilidad.....	79
1.9.Resultados.....	81
1.10. Bibliografía.....	82

ANEXOS

1. Anexo 1: Formato de la encuesta aplicada.....	84
2. Anexo 2: Permiso para aplicar encuesta en la unidad educativa “Ángel Polibio Chaves”.....	86
3. Anexo 3: Nomina de las alumnas con hijos y embarazadas de los ciclos de bachillerato de la Unidad Educativa.....	87
4. Anexo 4: Aplicación de encuesta a las/os adolescentes.....	89
5. Anexo 5: Ejecución - socialización de la propuesta.....	90
6. Anexo 6: Entrega de trípticos en la socialización.....	92
7. Anexo 7: Cronograma de actividades.....	93
8. Anexo 8: Presupuesto.....	94

BIBLIOGRAFIA.....	95
--------------------------	-----------

TEMA

INADECUADO NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS RELACIONADO CON EL EMBARAZO PRECÓZ EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS EN LA UNIDAD EDUCATIVA “ÁNGEL POLIBIO CHAVES” DEL CANTÓN SAN MIGUEL DE BOLÍVAR, EN EL PERIODO OCTUBRE DEL 2013 A SEPTIEMBRE DEL 2014.

INTRODUCCIÓN

La preocupación por la Salud de los Adolescentes ha ido ganando en interés y adeptos en el mundo entero en los últimos tiempos, pues el embarazo en la adolescencia se ha considerado como un problema de salud en todo el mundo, ya que cada vez aumenta más el número de embarazos en esta etapa de la vida, tanto en países desarrollados como subdesarrollados.

Si bien es cierto en la adolescencia se produce un proceso de cambios endocrinos y morfológicos, los adolescentes llegan a ser fértiles aproximadamente 6 ó 7 años antes de ser maduros emocionalmente, y crecen en una cultura donde la compañía, la televisión, la tecnología y la música transmiten mensajes que reflejan actuaciones que conllevan a iniciar su vida sexual a temprana edad (Adolescencia).

Normalmente no se ofrece educación sobre el comportamiento sexual responsable e información clara en el hogar, la escuela y la comunidad; por lo tanto, la educación sexual que reciben viene a través de personas muchas veces desinformadas.

La OMS y la ONU informan que hay más de 1 000 millones de adolescentes en todo el mundo, y de estos, aproximadamente el 83 % corresponde a países subdesarrollados y anualmente, casi el 10% de todas las mujeres de entre 15 y 19 años que mantienen relaciones sexuales quedan embarazadas, una de las causas obvias consiste en tener relaciones sexuales sin utilizar métodos anticonceptivos adecuados durante la adolescencia, debido a que ningún método es 100% seguro, la abstinencia es la única forma de prevenir el embarazo.

La adolescencia, que según la Organización Mundial de la Salud “OMS” es el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica, ha sido considerada tradicionalmente como una etapa libre de problemas de salud. Sin embargo la

problemática de la adolescencia proviene de sus conflictos sociales, dentro de los cuales destaca el embarazo no deseado en las adolescentes.

Esta investigación es un estudio descriptivo y estuvo encaminada a identificar los factores que inciden en el embarazo adolescente: edad, estado civil, procedencia, nivel de instrucción, relación intrafamiliar y dependencia económica; así como también el inicio de la vida sexual activa, la utilización de métodos anticonceptivos y el nivel de conocimientos que poseen sobre salud sexual y reproductiva, factores que permitirán fortalecer su nivel de conocimiento y así contribuir a la prevención de Embarazo precoz en adolescentes de 15 a 19 años de edad, ya que datos estadísticos correspondientes al año 2013-2014 muestran que existen 12 adolescentes que ya son madres y 9 adolescentes en etapa de gestación, acudiendo actualmente a la Unidad Educativa “Ángel Polibio Chaves”

JUSTIFICACION:

El presente trabajo investigativo se fundamenta porque:

- Constituye un requisito obligatorio para la obtención del Título de Licenciadas/os en Enfermería en la Universidad Estatal de Bolívar, Facultad de Ciencias de la Salud y del ser Humano, Escuela de Enfermería
- Como internos de Enfermería y representantes de la salud debemos contribuir en la solución a la problemática de la comunidad donde prestamos nuestros servicios, con un trabajo investigativo cuyos resultados obtenidos sean de aporte para sus habitantes, para el equipo de salud y para la institución.
- El embarazo en la adolescencia es uno de los problemas más importantes a los que nos enfrentamos hoy en día por su trascendencia social, ya que es un acontecimiento con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos bajos; pero por lo general hoy en día se puede evidenciar que esta problemática se presenta en todos los estados socioeconómicos del país, observándose así que en la Unidad Educativa “Ángel Polibio Chaves” existen actualmente 12 adolescentes que ya son madres y 9 adolescentes en etapa de gestación.
- De acuerdo al Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes, publicado en el 2008 por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, son madres el 16,9 % de las adolescentes entre 15 y 19 años y el 0,6% de las adolescentes entre 12 y 14 años
- El embarazo durante la adolescencia es considerado por la OMS como un embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre y el producto, además de las secuelas psicosociales, particularmente sobre el proyecto de vida de los/ las jóvenes ya que todo se encontrara truncado por un embarazo no deseado por no tener una correcta educación sobre educación sexual y reproductiva.
- Contribuye al cumplimiento del tercer objetivo del PLAN NACIONAL PARA EL BUEN VIVIR (Sumak Kawsay), ya que conlleva a “Mejorar la calidad de vida de la

población”, en lo que respecta al Embarazo adolescente, Salud sexual y reproductiva, donde se establecen programas de promoción, prevención, restitución y se garantiza el acceso y cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos y el acceso a métodos anticonceptivos modernos, gratuitos y campañas educativas.(MSP, 2012)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Hoy en día es preocupante el alto índice de mujeres adolescentes embarazadas sobre todo en nuestro medio, el cual trae consigo grandes repercusiones tanto en los aspectos social, físico, psicológico y económico, pues constituye un problema social y se clasifica como un riesgo obstétrico considerando la edad, ya que según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es la etapa comprendida entre los 10 y los 19 años, dicha clasificación está basada en el comportamiento de la morbilidad y mortalidad de éste grupo poblacional. Para fines operativos ha sido caracterizada en dos grupos: adolescencia temprana de 10 a 14 años y adolescencia tardía de 15 a 19 años. (OMS, 2012)

Este grave problema que aqueja hoy en día a nuestros pueblos se da como consecuencia de un sinnúmero de factores, entre los cuales pueden resaltarse: la falta de orientación sexual hacia nuestros jóvenes, las consecuencias que conlleva tener relaciones sexuales a temprana edad, el escaso conocimiento sobre métodos anticonceptivos y su correcta utilización y porque no tomar en cuenta la economía que tienen las familias.

Durante el tiempo de Internado rotativo y en coordinación con autoridades de la Unidad Educativa “Ángel Polibio Chaves” del cantón San Miguel, Departamento médico y departamento de Orientación Vocacional Estudiantil, se vio la necesidad de intervenir en este tema pensando en el futuro de las/os adolescentes.

Por lo antes mencionado y porque constituye una competencia de salud y por ende de enfermería hemos creído necesario realizar un análisis y verificar los factores para su incidencia y el nivel de conocimientos de educación sexual y reproductiva que los estudiantes poseen.

FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cómo influye el inadecuado nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos en el embarazo precoz en adolescentes de 15 a 19 años en la Unidad Educativa “Ángel Polibio Chaves” del cantón San Miguel de Bolívar, en el periodo Octubre 2013 a Septiembre 2014?

OBJETIVOS:

OBJETIVOS GENERAL

- Contribuir en la disminución del embarazo precoz en las adolescentes de 15 a 19 años mediante el fortalecimiento de conocimientos en métodos anticonceptivos y salud sexual reproductiva en la Unidad Educativa “Ángel Polibio Chaves” del cantón San Miguel de Bolívar.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar los factores de riesgo que predisponen al embarazo en la adolescencia en las estudiantes de la Unidad Educativa “Ángel Polibio Chaves”.
- Fortalecer el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos, salud sexual reproductiva en las y los adolescentes de la Unidad Educativa Ángel Polibio Chaves.
- Elaborar una guía de métodos anticonceptivos y la correcta utilización de los mismos, que guarde las características que contempla la bibliografía revisada y socializar a las autoridades y estudiantes del Bachillerato de la institución.

HIPOTÈSIS:

Si mejora la educación sobre salud sexual reproductiva y se capacita sobre la correcta utilización de los métodos anticonceptivos disminuirá el embarazo precoz en adolescentes de 15 a 19 años en la Unidad Educativa “Ángel Polibio Chaves” del cantón San Miguel de Bolívar

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable Independiente:

- ✓ Inadecuado nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos

Variable Dependiente:

- Embarazo precoz en adolescentes de 15 a 19 años

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Inadecuado nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos	Métodos anticonceptivos.- también llamados métodos contraceptivos, son aquellos que impiden o reducen significativamente la posibilidad de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales de carácter heterosexual que incluyen coito vaginal.	Grado de conocimientos de las/os adolescentes	Conocimientos sobre salud sexual reproductiva	Si No
			Conocimientos sobre métodos anticonceptivos y planificación familiar	Si No
			Edad en la menarquía	10 – 12 años 13 – 15 años 16 – 18 años
			Conocimientos sobre embarazos a temprana edad	Si No

VARIABLE DEPENDIENTE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Embarazo precoz en adolescentes de 15 a 19 años	Embarazo Precoz en adolescentes.- Es aquel embarazo que ocurre durante los 2 primeros años después de la primera menstruación (entre los 10-13 años Aproximadamente).	Factores que influyen en el embarazo precoz en adolescentes.	Edad	15 años 16 años 17 años 18 años 19 años >19 años
			Procedencia	Urbana Rural Urbano-Marginal
			Estado Civil	Soltera Casada Unión Libre Viuda
			Nivel de Instrucción	Ciclo Básico I año de bachillerato II año de bachillerato III año de bachillerato
			Relación intrafamiliar	Excelente Muy buena

				Buena Regular Pésima
			Dependencia económica	Independiente Pareja Padres Abuelos Hermanos Tíos
			Vida sexual activa	Si No

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO:

1. RESEÑA HISTÓRICA DE LA UNIDAD EDUCATIVA “ÁNGEL POLIBIO CHAVES”

(Chaves", 2013)Manifiesta: En diciembre de 1938, José María Estrada Coello, Ministro de Educación Pública, firma el Decreto N°. 32 de Creación de la Institución Educativa, siendo Presidente del Ecuador el Dr. Carlos Alberto Arroyo del Río, sus gestores fueron el Sr. Visitador de Educación Filemón Gracia Reina y el Dr. César Augusto Durango, el Ilustre Consejo Cantonal de ese entonces formado por los señores: Miguel Ángel Albán como Presidente, Alfredo Coloma, Reinaldo Arguello, Augusto Zabala, Teodoro Gaibor, César Napoleón Pazmiño y Leopoldo Gaibor como Concejales. Se integra el Personal Docente en marzo de 1939, se inaugura el 4 de mayo de 1939, abriéndose las matrículas en octubre del mismo año con la concurrencia de 45 estudiantes entre hombres y mujeres funcionando en el edificio del Concejo Municipal; pocos días después, el 27 de mayo se realiza la compra de la quinta Porotopamba, propiedad del sacerdote Dr. Leónidas Verdezoto, en S/. 3500. Desde su creación la institución se constituyó para San Miguel en una solución trascendental que ha dado generaciones de miles de jóvenes responsables y patriotas que han servido y están sirviendo en los diferentes rincones de nuestra patria.-

El Colegio Nacional “Ángel Polibio Chaves”, ha ofertado el Título de Profesor Normalista Rural, Bachillerato en Ciencias de la Educación, Bachillerato en Ciencias Especialidades: Sociales, Físico–Matemática, Químico-Biológicas, Bachillerato Técnico en: Informática Especialización Administración de Sistemas, Bachillerato Técnico en Comercio y Administración, Especialidad Contabilidad y Administración, Bachillerato Técnico en Comercio y Administración, especialidad Turismo y Hotelería, Bachillerato en Ciencias especialidad Informática. Bachilleratos: General Unificado en Ciencias, y Bachillerato Técnico de Servicios, Especialización Administración de Sistemas, y Polivalente Especialización Contabilidad y Administración. Educación Básica Superior (8°, 9° y 10°).

A partir del 19 de abril de 2013, recibe autorización legal para ofrecer el PROGRAMA DEL DIPLOMA DEL BACHILLERATO INTERNACIONAL, a través de Jeffrey R. Beard Director General, Ginebra- Suiza, constituyéndose en la primera Institución Educativa de la provincia de Bolívar en alcanzar tal distinción por mérito propio.

Mediante RESOLUCION N°. 00578, contemplado en el Art. 37 del Acuerdo Ministerial N°. 020-2012, literal K) establece que la Dirección Zonal de Planificación consolide requerimientos de recursos de la oferta educativa mediante la aplicación de un proceso de micro planificación, y, es así que mediante informe técnico N°. CZ5-DP-0150-13, de fecha 29/abril/2013, suscrito por el Ing. Abel Alarcón Salvatierra-Director de Planificación de la Zona 5, considera favorablemente en RESOLUCION la fusión de las instituciones educativas fiscales “RODRIGO RIOFRIO JIMÉNEZ” y “ANGEL POLIBIO CHAVES”, de la parroquia San Miguel, cantón San Miguel, provincia Bolívar, a partir del año lectivo 2013-2014 y autorizando a la Institución Educativa Fusionada pase a denominarse UNIDAD EDUCATIVA DEL MILENIO “ANGEL POLIBIO CHAVES”, con sección matutina - Código AMIE 02H00499, asentado en la parroquia San Miguel, cantón San Miguel, provincia Bolívar, con niveles y subniveles: EDUCACION INICIAL: 1 y 2. EDUCACION GENERAL BASICA: Preparatoria: 1 Grado EGB, Básica Elemental: 2, 3 y 4 Grados EGB, Básica Media: 5, 6, y 7 Grados EGB, Básica Superior: 8, 9, y 10 Grados EBG. BACHILLERATO GENERAL UNIFICADO: Primero, Segundo y Tercer curso. La resolución dispone que el personal docente de las dos instituciones citadas, pasen a laborar a la UNIDAD EDUCATIVA DEL MILENIO “ANGEL POLIBIO CHAVES”, con asiento en la parroquia central del cantón San Miguel, Provincia Bolívar.- San Francisco de Milagro, 17 de julio del 2013.- f). Abg. Juan Carlos Rodríguez. COORDINADOR ZONAL 5 DE EDUCACIÓN.

1.1.Misión.

El plantel es un establecimiento líder en educación para construir un mundo mejor, valoramos nuestro bien merecido prestigio de calidad, excelencia y liderazgo educativo; utiliza tecnología de última ingeniería con una permanente innovación pedagógica, direccionando en la formación de seres humanos altamente competitivos y calificados, formados sobre la base de elevados niveles académicos con valores éticos y morales, complementado con un desarrollo de aptitudes físicas, cognitivas, espirituales y disciplinarias. Logramos nuestros objetivos a través del trabajo en equipo y haciendo participar activamente a todos quienes forman parte de nuestra institución. (Archivos Secretaria de la Unidad Educativa “Ángel Polibio Chaves”, 2013.)

1.2.Visión.

Crear, a través de una educación de alta calidad, una sociedad conformada por individuos conscientes de su propia identidad y de su rol en la sociedad del siglo XXI; convirtiéndola en una de las mejores instituciones educativas del país y una de las más importantes de la provincia en términos de calidad en la formación integral de los estudiantes, con un elevado nivel de auto estima, que desarrollen su capacidad crítica, creativa y constructiva, convirtiéndose en líderes morales, democráticos y que asuman los compromisos sociales que les permita mejorar las condiciones de vida. (ppp. 12-13-14)

2. ADOLESCENCIA

(OMS, Salud)Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es la etapa comprendida entre los 10 y los 19 años, dicha clasificación está basada en el comportamiento de la morbilidad y mortalidad de éste grupo poblacional. Para fines operativos ha sido caracterizada en dos grupos: adolescencia temprana de 10 a 14 años y adolescencia tardía de 15 a 19 años.

La pubertad o adolescencia inicial es la primera fase, comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14-15 años.

La adolescencia media y tardía se extiende desde los 15 a los 19 años. Para la Organización Mundial de la Salud la denominación de jóvenes comprende desde los 10 a los 24 años, incluyendo por tanto la adolescencia (de 10 a 19 años) y la juventud plena (de los 19 a los 24 años).

La OMS estima que una de cada cinco personas en el mundo es adolescente, 85 por ciento de ellos viven en países pobres o de ingresos medios, y alrededor de 1.7 millones de ellos mueren al año.

La adolescencia se caracteriza por el crecimiento físico y desarrollo psicológico, y es la fase del desarrollo humano situada entre la infancia y la edad adulta. Esta transición es tanto física como psicológica por lo que debe considerarse un fenómeno biológico, cultural y social.

2.1.ADOLESCENCIA EPOCA DE CAMBIOS

(Krauskopf, 2007), afirma que en la adolescencia temprana y para ambos sexos, no hay gran desarrollo manifiesto de los caracteres sexuales secundarios, pero suceden cambios hormonales a nivel de la hipófisis, como el aumento en la concentración de gonadotropinas (hormona folículo estimulante) y de esteroides sexuales.

Seguidamente aparecen cambios físicos, sobre todo cambios observados en la glándula mamaria de las niñas, los cambios genitales de los varones y el vello pubiano en ambos sexos.

MUJERES

(Lara Alberca, 1977), afirma que el primer cambio identificable en la mayoría de las niñas es la aparición del botón mamario. La adolescencia en las mujeres comienza a los 10 o 12 años.

Se caracteriza por un agrandamiento en el tejido glandular por debajo de la areola, consecuencia de la acción de los estrógenos producidos por el ovario. La edad de aparición es después de los 8 años; puede ser unilateral y permanecer así por un tiempo, y casi siempre es doloroso al simple roce.

Al avanzar la adolescencia, el desarrollo mamario, además de ser cuantitativo, es cualitativo: la areola se hace más oscura y más grande, y sobresale del tejido circundante, aumenta el tejido glandular, se adquiere la forma definitiva, generalmente cónica, y se desarrollan los canalículos.

Puede haber crecimiento asimétrico de las mamas, el vello púbico, bajo la acción de los andrógenos adrenales y ováricos, es fino, escaso y aparece inicialmente a lo largo de los labios mayores, y luego se va expandiendo, en algunos casos coincide con el desarrollo mamario y en otros puede ser el primer indicio puberal. Suele comenzar a notarse a los 9 o 10 años de edad.

Al pasar los años, el vello pubiano se hace más grueso y menos lacio, denso, rizado y cubre la superficie externa de los labios, y se extiende hasta el monte de Venus, y alcanza la

forma triangular característica adulta después de 3 a 5 años (aproximadamente entre los 15 y 16 años de edad).

El vello axilar y el vello corporal aparecen más tarde. Los genitales y las gónadas cambian de aspecto y configuración. Los labios mayores aumentan de vascularización y aumenta la cantidad de folículos pilosos, hay estrogenización inicial de la mucosa vaginal, los ovarios y el cuerpo del útero aumentan en tamaño.

Las trompas de Falopio aumentan después de tamaño, y aumenta el número de pliegues en su mucosa. Los labios menores se desarrollan, los labios mayores se vuelven luego delgados y se pigmentan y crecen, para cubrir el introito.

La vagina alcanza una profundidad de 8 cm y, luego, de 10–11 cm. Por efectos estrogénicos, la mucosa se torna más gruesa, las células aumentan su contenido de glucógeno y el pH vaginal pasa de neutro a ácido un año antes de la primera menstruación (conocida con el nombre de menarquia o menarca).

Se desarrollan las glándulas de Bartolini, aumentan las secreciones vaginales, la flora microbiana cambia (aparece el bacilo de Doderlein), la vulva sufre modificaciones en su espesor y coloración. Por último, en las mujeres que nacen con himen, éste se engrosa y su diámetro alcanza 1 cm.

La menarquia o menarca, que es la primera menstruación, aparece precedida por un flujo claro, inodoro, transparente y bacteriológicamente puro que, visto al microscopio, tiene aspecto de hojas de helecho. La menarquia tiende a presentarse a los 11 o 12 años, aunque puede aparecer en la pubertad avanzada (8-10 años).

VARONES

Los testículos prepuberianos tienen un diámetro aproximado de 2,5 a 3 cm, el cual aumenta por la proliferación de los túbulos seminíferos. El agrandamiento del epidídimo, las vesículas seminales y la próstata coinciden con el crecimiento testicular, pero no es apreciable externamente.

En el escroto se observa un aumento en la vascularización, adelgazamiento de la piel y desarrollo de los folículos pilosos.

La espermatogénesis (es decir, la producción de espermatozoides) se detecta histológicamente entre los 11 y 15 años de edad, y la edad para la primera eyaculación o espermarquia es entre los 12 y los 16 años.

El pene comienza a crecer en longitud y también a ensancharse aproximadamente un año después de que los testículos aumentan de tamaño. Las erecciones son más frecuentes y aparecen las emisiones nocturnas.

El vello sexual aparece y se propaga hasta el pubis, donde se aprecia más grueso y rizado. Puede comenzar a aparecer el vello axilar y, en ocasiones, en el labio superior (bigote). El vello en los brazos y en las piernas se torna más grueso y abundante alrededor de los 14 años.

Aumenta la actividad apocrina (es decir, de la secreción de las glándulas suprarrenales), con la aparición de humedad y olor axilar, igual que el acné, típico de esta etapa de la vida.

2.2.CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Desde el punto de vista práctico, los cambios habituales del crecimiento tienen tres grandes características:

Se realizan en forma secuencial, es decir, unas características aparecen antes de que aparezcan otras, como es el caso del crecimiento de los senos antes de la aparición de la menstruación (o regla o periodo), el vello púbico antes que el axilar, los miembros inferiores crecen primero que el tronco, los testículos se incrementan antes que el pene, etc.

El tiempo de comienzo, la magnitud y la velocidad de cada evento es considerablemente variable entre las edades y los sexos. Cada evento del crecimiento sigue la ley de la variabilidad individual del desarrollo, cada individuo tiene una propia manera de ser y la conserva a través de los años de la adolescencia y en el que influyen diversos factores, como su origen étnico, su constitución genética o familiar, nutrición, funcionamiento endocrino y ambiente sociocultural.

Basado en ello, la evaluación de la maduración sexual suele ser más valiosa desde el punto de vista clínico que la edad cronológica, que es la correlación que por lo general preocupa a los padres y al mismo adolescente

2.3.FACTORES PREDISPONENTES A UN EMBARAZO EN ADOLESCENTES

(Salud Club Planeta, 2011), refiere que un embarazo en la etapa adolescente es todo aquel que se presenta en menores de 19 años, aunque los ginecólogos sólo consideran aquellos casos que se dan en mujeres que tienen menos de 2 años de haber iniciado su menstruación.

En nuestro país, uno de cada seis nacimientos ocurre en mujeres menos de 19 años. El embarazo en este porcentaje de jóvenes generalmente no son planeados y tal vez ni deseados,

lo que acarrea fuertes problemas ya que son experiencias muy difíciles que afectan la salud integral tanto de los padres adolescentes como la de sus hijos, familiares y de la sociedad en sí.

Existen múltiples causas que se relacionan entre sí.

- Esta situación se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad, sin embargo se registra con mayor frecuencia en jóvenes pertenecientes a sectores socioeconómicos más disminuidos.
- Los adolescentes llegan a ser fértiles aproximadamente 4 o 5 años antes de ser emocionalmente maduros, pues ahora los jóvenes comienzan más temprano su vida sexual (la edad 12 años se asocia con un 91% de oportunidades de estar embarazadas antes de los 19 años, y la edad de 13 años se asocia con un 56% de embarazos durante la adolescencia).
- Los medios de comunicación transmiten frecuentemente mensajes manifiestos o secretos en los cuales las relaciones sexuales sin estar casados son comunes, aceptadas y a veces, esperadas.
- La falta de afecto, comunicación y las relaciones problemáticas en una familia, influyen para que se den casos de embarazos a muy temprana edad, cuando hay falta de atención a los hijos ya sea por la separación de los padres o bien porque ambos deciden realizarse profesionalmente, delegando o descuidando su rol; los jóvenes crecen carentes de valores morales que guíen sus conductas.
- En el hogar, la escuela o la comunidad no existe la suficiente educación sobre el comportamiento sexual responsable e información clara específica sobre las consecuencias del intercambio sexual (incluyendo el embarazo, enfermedades de transmisión sexual y efectos psico-sociales). Por lo tanto, gran parte de la "educación sexual" que los adolescentes reciben viene a través de filtros desinformados o compañeros sin formar.

- El ser madre o padre en esta etapa donde los jóvenes están en busca de su identidad, puede representar una forma de afirmarse como hombre o mujer.
- Cuando por circunstancias diversas, muchos de los roles adultos se transfieren tempranamente a las jóvenes.
- El embarazo en adolescentes es más frecuente en hijas de madres que también tuvieron hijos a muy temprana edad. Para muchas culturas y sobre todo en países subdesarrollados, La maternidad se sigue presentando como el único modo en que la mujer puede alcanzar un lugar en la sociedad.
- Existe una escasa información sobre el correcto uso de métodos anticonceptivos y sobre la fertilidad, determinando que de los adolescentes que están informados sobre los métodos anticonceptivos y su forma de uso, solo la mitad de ellos, quienes llevan una vida sexualmente activa los usan.

2.4.CONSECUENCIAS DE RELACIONES SEXUALES TEMPRANAS EN LAS/OS ADOLESCENTES

2.4.1. Consecuencias orgánicas:

Desde el aspecto médico, embarazarse durante la adolescencia trae serias consecuencias:

(Peláez, 1995), afirma que durante la gestación, el parto y el postparto son mucho más probables toda una serie de problemas orgánicos que pueden afectar notablemente a la madre y al hijo. Esto ha motivado que los embarazos en la adolescencia hayan sido considerados de alto riesgo por la Organización Mundial de la Salud. Durante la gestación son más frecuentes las anemias, las alteraciones de peso, el crecimiento uterino inferior a lo normal y los abortos espontáneos.

Las complicaciones durante el parto y el postparto son también muy importantes. La tasa de mortalidad es también más elevada. Por encima de esta edad, parecen ser mucho más relevantes diversos factores de tipo psicológico y social. Entre los factores psicológicos destaca el inadecuado y escaso o nulo cuidado prenatal que suelen tener estas madres. Este escaso cuidado prenatal parece estar motivado, entre otras cosas, por el hecho de que

aproximadamente el 80% de estos embarazos no son deseados, lo que favorece la tendencia a ocultarlos, y por los malos hábitos de salud que suelen tener estas madres. Respecto a los factores de tipo social, el fundamental sería el bajo estatus socioeconómico y sociocultural que suelen tener estas chicas.

Un problema que se presenta en este tipo de embarazos es la falta de atención médica desde el inicio del embarazo, debido a que generalmente las chicas no avisan pronto a sus padres, tardan en decirles de su situación de 4 a 5 meses, los cuales pasan sin revisión alguna

Las mujeres de 16 años o menos corren el riesgo de pre eclampsia y eclampsia.

Consecuencias psicosociales

- Algunas jóvenes madres optan por la adopción que les crea una gran culpa y arrepentimiento, sobre todo en etapas más maduras de su vida.
- Las adolescentes que son madres solteras, enfrentándose a grandes carencias y dificultades. Su proyecto de vida se ve frenado, sufren agresiones por parte de su familia y del entorno y tienen menos oportunidades de conseguir un empleo (cuando lo obtienen es mal remunerado), sin olvidar que deben educar a su hijo en medio de un ambiente desfavorable.
- Otras jóvenes madres deciden (si es que la pareja responde) casarse; sin embargo existen altas probabilidades de que su matrimonio no resulte porque los chicos se enfrentan a un evento inesperado, sorpresivo; no son capaces en esos momentos de llevar una vida de pareja independiente económicamente, no están lo suficientemente maduros para que su relación perdure, ni están preparados para recibir un hijo y mucho menos cuidarlo.

2.4.2. Consecuencias educativas:

En las madres adolescentes las posibilidades de llegar a conseguir una buena formación se ven claramente disminuidas, ya que son mucho más frecuentes los problemas escolares y el abandono de los estudios.

El menor rendimiento académico y las mayores probabilidades de abandono escolar interfieren seriamente en el proceso de formación. Todo ello puede acarrear importantes consecuencias sociales y económicas.

2.4.3. Consecuencias socio-económicas:

En el caso de que la madre decida quedarse con el hijo, las responsabilidades parentales, su bajo nivel de formación, y su habitualmente escasa o nula experiencia laboral, hacen más fácil que, o bien no encuentre un trabajo. Como consecuencia de ello, muchas de estas chicas viven en hogares con reducidos ingresos, incluso por debajo del nivel de la pobreza. En algunos casos, la situación económica es tan precaria que pasan a depender de la asistencia social.

2.4.4. Consecuencias socio-relacionales:

Ser madre puede ocasionar a la chica importantes problemas de rechazo social. La adolescente puede ser rechazada, además de por su pareja, por algunos de sus amigos, vecinos o familiares. En casos extremos puede llegar a ser rechazada incluso por sus propios padres. Este rechazo le priva de una parte muy importante de sus fuentes de apoyo social en ocasiones, también económico, precisamente en el momento en que más las necesita. Por otro lado, esto hace más difícil que la chica se implique en una relación de pareja estable.

2.5. INFORMACIÓN SEXUAL

(Arévalo Martínez, 2010), mencionan que uno de los modos de prevenir es informar. La información que se les brinda a los adolescentes puede ser muy interesante; sin embargo en el momento de tomar decisiones la información no alcanza, porque debe ir acompañada de la educación que van recibiendo paulatinamente de la familia y otros agentes: los medios de comunicación social, la escuela, la iglesia y los servicios de salud. Cada uno de ellos actúa de diversos modos, con influencia de ellos actúa de diversos modos, con influencia de cada uno en la formación de la personalidad.

Para que la información tenga eficacia debe constituirse en formación. Sin duda, la información sexual es uno de los aspectos de la educación sexual, pero es necesario remarcar que también incluye la formación de actitudes hacia lo sexual. Dichas actitudes tienen como base el sistema de valores, ideales, normas, pautas e ideologías que sobre la sexualidad tiene la cultura en la que el sujeto vive. La información permanece en el nivel intelectual y la formación se inserta en la personalidad, manifestándose en la conducta.

Para que esto suceda, la información tiene que motivar a los sujetos para que puedan trasladarla a sus propias vivencias, compararla con sus conocimientos previos y relacionarla con hechos actuales. La información debe producir conflictos y estar acorde con sus intereses, de manera que no permanezca solo en el plano intelectual sino también afectivo, convirtiéndose en formación, constitutiva de la personalidad. (p. 822).

Hablar de la vida sexual no es sencillo; tiene que ver con una serie de creencias que hemos heredado de nuestros padres, madres, abuelos, maestros, sacerdotes, comunicadores sociales, directores, etc. En general, ellos comparten la idea de que hablar de estos temas sólo es propio de las personas adultas o de quienes viven en pareja.

Pareciera que las y los adolescentes que no están casados no tienen por qué ocuparse de estos asuntos, idea errónea porque, efectivamente, hombres y mujeres tienen la necesidad de preguntar sobre sus dudas, compartir sus fantasías y temores acerca de todos los aspectos de la vida, incluida la sexualidad.

2.6.PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR Y LA ADOLESCENCIA

El Plan Nacional para el buen Vivir contempla 11 objetivos dentro de los cuales uno hace referencia e hincapié en los adolescentes.

Objetivo 3: Mejorar la calidad de vida de la población

Embarazo adolescente, salud sexual y reproductiva

La incidencia de embarazos en la adolescencia se relaciona, entre otros aspectos, con limitaciones e insuficiencias en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, así como a la falta de información y educación sexual oportunas.

Desde el año 2011 se implementa la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención de Embarazo en adolescentes, con los ejes estratégicos de servicios integrales y estrategias de comunicación para modificación de patrones culturales. Además se cuenta con el proyecto Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos (DAIA) y con programas de prevención, promoción, atención y restitución; también se garantiza el acceso y el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos, como los de Plan Andino, el Plan Nacional para la Prevención del embarazo en Adolescentes, el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal y el Plan Nacional de Erradicación de Violencia de Género.

Son madres el 16.9% de las adolescentes entre 15 y 19 años y el 0.6% de las adolescentes entre 12 y 14 años. Por lo tanto, están expuestas a consecuencias en su salud, a la reproducción intergeneracional de la pobreza, a la posible inestabilidad familiar, a la deserción escolar y a la inserción precaria en el mercado laboral. (INEC 2010).

El abordaje de salud sexual y reproductiva se ha ampliado: se ha integrado diferentes componentes como salud sexual, inclusión de hombres y diversidades sexuales y se han incluido otras problemáticas de salud como infecciones de transmisión sexual, cáncer de mama y cervico-uterino y el aborto. Así, se supera el tema reproductivo y se transita hacia el abordaje de la sexualidad de manera integral. El sistema de salud ha respondido mediante la capacitación y la generación de espacios para la atención integral a adolescentes, la atención del parto humanizado e intercultural, el acceso a métodos anticonceptivos modernos y gratuitos y campañas educativas. (MSP, 2012)

2.7. ESTRATEGIA NACIONAL INTERSECTORIAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y PREVENCIÓN DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES

El desconocimiento de la planificación familiar y el incremento de los embarazos adolescentes, son dos grandes y complejos problemas que causan diversos impactos negativos en las mujeres ecuatorianas, es por ello que el Gobierno Nacional ha puesto en marcha, desde el Estado, la iniciativa conocida como ENIPLA (sigla cuyo significado es Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo Adolescente).

La ENIPLA se propone:

- Reducir la brecha entre embarazos deseados y observados y la mortalidad materna relacionada. En el país se ubica alrededor del 37% de promedio general; esto significa que de cada 100 nacimientos, 37 fueron no planificados. La cifra es mucho más preocupante cuando se incorporan variables como acceso a la educación y quintiles de pobreza, determinándose que en quintil uno -con escaso acceso a educación-, la brecha supera el 50%.

- Reducir el porcentaje de embarazos en adolescentes a nivel nacional. Cabe señalar que dicho indicador experimentó un incremento que situó al Ecuador como el país con el más alto índice de embarazos adolescentes en América Latina (17% aproximadamente). El crecimiento en los últimos 10 años bordea el 74%.

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

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

Esto permitirá superar los efectos de los problemas señalados en la salud de las mujeres, en su educación, en sus oportunidades laborales, en los niveles de desnutrición infantil, y en la tasa de abortos, tanto los registrados (25.000 registrados el último año), como los reales. (MSP, Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Embarazo en la Adolescencia, 2012)

3. METODOS ANTICONCEPTICOS Y PLANIFICACION FAMILIAR

La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad.

Muchos jóvenes necesitan anticonceptivos para postergar el embarazo, en si todos los seres humanos tienen el derecho a decidir cuántos hijos quiere tener y cuándo, idealmente, las mujeres y los hombres jóvenes deben esperar hasta los 18 años como mínimo o hasta terminar los estudios y estar listos antes de tener hijos. Después de tener un hijo, es más saludable esperar al menos 2 años para intentar quedar embarazada nuevamente.

3.1.OBJETIVOS GLOBALES DE LA PLANIFICACION FAMILIAR

(Lavado Habrahamshon, 1999), manifiesta que los objetivos de la Planificación familiar son:

- Brindar a las personas, hombres o mujeres, herramientas para que hagan uso del derecho que tienen de elegir libremente el número de hijos que quieren tener.
- Ofrecer al ser humano la posibilidad de tener relaciones sexuales gratificantes y enriquecedoras sin presión y sin temor de embarazos no deseados.
- Garantizar el derecho de regular la fecundidad, con mínimos riesgos y efectos secundarios indeseables o peligrosos.
- Disminuir las estadísticas de embarazos no deseados.
- Disminuir el número de abortos provocados y las graves consecuencias producidas por estos.

- Propender a que las familias puedan disfrutar de mejores condiciones socioeconómicas al disminuir el número de miembros del hogar.
- Evitar la gestación en edades no adecuadas.
- Evitar que las parejas con enfermedades o defectos hereditarios los transmitan a sus hijos.
- Evitar las complicaciones que se presentan en la mujer por la sucesión rápida de gestaciones.

3.2. Beneficios de la planificación familiar

La promoción de la planificación familiar y el acceso a los métodos anticonceptivos preferidos para las mujeres y las parejas resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades.

La capacidad de la mujer para decidir si quiere embarazarse y en qué momento tiene una repercusión directa en su salud y bienestar. La planificación familiar permite espaciar los embarazos y puede posponerlos en las jóvenes que tienen mayor riesgo de morir por causa de la procreación prematura, lo cual disminuye la mortalidad materna.

Al reducir la tasa de embarazos no deseados, la planificación familiar también disminuye la necesidad de efectuar abortos peligrosos.

3.3.ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENCIA

(Cruz Hernández, 2007), dice que cuando se analiza la selección del método anticonceptivo que se va a indicar a un adolescente, debemos tener en cuenta 2 aspectos fundamentales:

- Peligros médicos del embarazo a esta edad.
- Ventajas y desventajas, efectos secundarios y peligros, del uso de los anticonceptivos en la adolescencia.

No existe un método anticonceptivo ideal para uso en la adolescencia, como tampoco existen razones médicas para negar el uso de algunos basándose solo en razones de edad. El mejor método será aquel que la adolescente y, en el mejor de los casos, ambos miembros de la pareja, escojan, una vez que hubiesen recibido una completa y detallada información, y hayan sido interrogados exhaustivamente sobre cuestiones inherentes a su sexualidad y derecho reproductivo, lo que facilitará, finalmente, que se produzca el acuerdo entre el proveedor de salud y la pareja. Deberán tomarse en consideración también a la hora de la selección del anticonceptivo, los hallazgos del examen físico general y de la esfera reproductiva, así como aspectos no médicos, pues estos no solo van a cumplir una función de prevención del embarazo, sino también la no menos importante de prevenir el contagio de una infección de transmisión sexual.

3.4.Acceso a los métodos anticonceptivos

(MSP, 2012)Es importante que los servicios de planificación familiar estén ampliamente disponibles y sean de fácil acceso, por medio de parteras y otros agentes de salud capacitados, para toda persona sexualmente activa, en particular los adolescentes. Las parteras están capacitadas para facilitar (en los lugares en que estén autorizadas) los métodos anticonceptivos localmente disponibles y culturalmente aceptables.

Otros agentes de salud calificados, por ejemplo, los agentes de salud comunitarios, también pueden facilitar asesoramiento y algunos métodos de planificación familiar, entre ellos

píldoras y preservativos. Para métodos tales como la esterilización, tanto los hombres como las mujeres deben ser remitidos a un médico.

3.5. CLASIFICACION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

3.5.1. ANTICONCEPTIVOS NATURALES

(Glejzer., 2006) afirma que son aquellos métodos que se basan en la fisiología (función) hormonal normal de la mujer, en los cuales hay abstención de hacer relaciones sexuales durante la ovulación (momento en el cual el óvulo sale del ovario) y los días cercanos a ella (días de riesgo para quedar embarazada) (p55)

Para lo cual es necesario saber:

- Que el ciclo ovárico de la mujer empieza con la menstruación, es decir que el primer día del ciclo es el primer día de la menstruación, y que el último día del ciclo es un día antes de la próxima menstruación. todo el ciclo dura aproximadamente 28 días.
- Que la ovulación se da a mitad del ciclo aproximadamente (14 día), que se acompaña de un discreto aumento de la temperatura corporal ($< 1^{\circ}\text{C}$) en relación a los días pre-ovulatorios del ciclo, y que la secreción vaginal se vuelve de mayor viscosidad (el moco es más abundante, espeso y claro, y se extiende con mayor facilidad). es la época más con mayores posibilidades de que la mujer salga embarazada.

Método del Ritmo

Permite tener relaciones sexuales: 8 días después de iniciada la menstruación y 8 días antes de la fecha próxima probable.

Poco efectivo en la práctica. Requiere de mucho cuidado de parte de la mujer y que ambos miembros de la pareja cambien sus hábitos sexuales

Exige largos períodos de abstinencia para que sea efectivo; estrecha cooperación entre ambos miembros de la pareja y de compromiso real por parte del hombre; exige registros diarios detallados de los ciclos menstruales; no es efectivo para mujeres con ciclos menstruales irregulares.

Moco cervical

Las relaciones sexuales se tienen sólo durante las etapas del ciclo menstrual cuando la mujer no puede embarazarse, requiere conocer estas etapas; incluye observar la temperatura del cuerpo y los cambios del moco cervical.

Prohíbe hacer relaciones sexuales cuando el moco se hace muy viscoso y al tratar de separarlo entre los dedos (entre el primer dedo y segundo dedo se extiende más de 3 cm de longitud).

Temperatura basal

Permite tener relaciones sexuales a partir de la tercera noche en que la mujer ha comprobado un aumento de su temperatura corporal (menos de 1°C) hasta la próxima menstruación. La mujer debe medirse la temperatura vaginal, cada mañana y confeccionar una gráfica, alrededor de la mitad de su ciclo vera que la temperatura se eleva, es el momento más peligroso, pero luego de 3 días ya no hay peligro.

Abstinencia periódica:

Evitar el coito durante el periodo de ovulación femenina la parte intermedia periovulatoria del ciclo femenino.

Lactancia materna prolongada

Promueve la liberación de la hormona prolactina, la cual favorece la amenorrea y la anovulación y consecuentemente una infertilidad fisiológica.

Coito interrumpido

Retirar el pene de la vagina antes de que se produzca la eyaculación, es poco efectivo porque el esperma puede liberarse antes de eyacular y penetrar en el cuello de la matriz. Exige un alto grado de autocontrol de parte del adolescente varón, interfiere con la satisfacción sexual de ambos.

Contraindicaciones de los métodos naturales: ninguna.

3.5.2. METODOS DE BARRERA

Según (Glejzer, 2006), los métodos de barrera impiden la unión del espermatozoide con el óvulo, ya sea formando una barrera mecánica (preservativo, diafragma) o química (óvulos vaginales, jaleas, etc) o la combinación de ambos. Dentro de esta clasificación encontramos:

- **CONDÓN O PRESERVATIVO MASCULINO - FEMENINO**

Este método previene de las infecciones de Transmisión sexual y del contagio de S.I.D.A. Cubierta de látex (generalmente) muy delgada, que se coloca sobre el pene erecto antes de la penetración. Existe también el preservativo femenino que se pone antes del coito dentro de la vagina. (p57).

Beneficios o Ventajas colaterales del condón.

- Los condones masculinos impiden que los espermatozoides tengan acceso al aparato reproductivo femenino e impiden que los microorganismos (ETS, incluyendo el VIH SIDA) pasen de un miembro de la pareja al otro.
- Prevenir de infecciones vaginales o transmitidas por contacto sexual y, posiblemente, de enfermedad inflamatoria pélvica.
- Mayor comodidad y placer sexual con los dispositivos lubricados.

Desventajas:

- Interrumpe el acto sexual para su colocación: interrupción del juego previo.
- Reducción de la sensibilidad masculina y femenina.
- Dificultad de mantener erección.
- Disminución en el disfrute de la relación sexual.

El condón femenino es otra de las opciones disponibles de este grupo, si bien su uso es muy reducido todavía. Puede ser controlado por la propia paciente y ofrece protección contra las ITS.

EL DIAFRAGMA

Es una caperuza o casquete de látex muy flexible que se coloca en el fondo de la vagina, cubriendo completamente el cuello del útero. Su eficacia se calcula entre un 82 y un 96 %.

Cómo funciona: Impide el paso de los espermatozoides al interior del útero, al tapar el cuello del útero que es el principal punto de paso.

Cómo se utiliza: El personal sanitario te indicará cuál es tu talla y asimismo te enseñará cómo colocarlo. Tiene que ir acompañado de una crema espermicida, que se extenderá sobre las dos caras y bordes del diafragma. Una vez puesto habrás de comprobar que el cuello del útero queda bien tapado. Se debe colocar antes del coito no pudiendo retirarlo hasta pasadas 6-8 horas. Si se realizan varios coitos seguidos no hay que extraerlo sino aplicar directamente la crema espermicida en la vagina.

ÓVULOS VAGINALES

Tienen contenido espermicida, se debe colocar la mujer un óvulo quince minutos antes de la relación sexual, y dejarlo allí por lo menos 6 horas después de haber terminado la relación para que tenga efecto.

Contraindicaciones: vulvo vaginitis.

3.5.3. MÉTODOS HORMONALES

Anticonceptivos Orales

Ocupan la segunda posición entre los métodos recomendados para ser utilizados por los adolescentes, y algunos autores consideran que si se guardan las precauciones adecuadas, puede ser el método anticonceptivo más idóneo para usar en esta etapa. Son una combinación de estrógeno y/o progesterona en dosis que previenen la ovulación y regulan los ciclos menstruales.

- **La píldora**

(Landa Sánchez, 2001), manifiesta que es uno de los métodos anticonceptivos reversibles más eficaces y seguros utilizado en el mundo. Actúa sobre el ciclo hormonal de la mujer impidiendo la ovulación. Las píldoras combinadas contienen las hormonas estrógeno y progestágeno, también existen píldoras que sólo contienen progesterona. Ningún otro método anticonceptivo ha sido y sigue siendo tan estudiado de modo tan profundo como la píldora.(p2)

Hoy en día se dispone de píldoras que, además de una alta eficacia anticonceptiva con menos efectos secundarios, poseen ventajas adicionales como:

- Aliviar los síntomas del síndrome premenstrual (sensibilidad mamaria, dolor abdominal, etc.).
- Mejorar algunas alteraciones de la piel (acné).
- La anticoncepción oral es un método reversible y muy seguro para prevenir el embarazo, siempre que se utilice siguiendo las indicaciones médicas.

Cómo funciona: La toma diaria de una píldora combinada inhibe la ovulación por lo que es uno de los métodos anticonceptivos más eficaces que existen. Si no hay ovulación no puede haber embarazo.

Cómo se usa:

Todos los días se debe tomar la píldora a la misma hora. Según los preparados, se deben tomar de manera continuada o con descansos de seis o siete días. Si la presentación es de 28 pastillas se deben tomar continuamente, sin descansos: al terminar un envase, se comienza el siguiente. Si la presentación es de 21 o 22 pastillas se deben tomar con un intervalo de seis o siete días de descanso entre cada envase. En ambos casos, el sangrado menstrual aparecerá con una periodicidad de aproximadamente 28 días.

ANILLO VAGINAL

Un aro de un material similar al plástico de 5 cm. de diámetro y 4 mm de grosor contiene las hormonas similares a las de la píldora anticonceptiva; a través de unos pequeños poros en el anillo se va soltando el medicamento que es absorbido por la mucosa de la vagina. Los efectos secundarios y la eficacia son como los de la píldora.

Cómo se usa:

Se introduce en la vagina, como un tampón, a los 5-7 días de empezar el ciclo, dejándolo dentro durante 21 días; pasado este tiempo se retira, se deja 7 días de descanso y se inserta otro nuevo.

PARCHE ANTICONCEPTIVO

Un pequeño parche, similar a una tirita de 4,5 cm. de lado y menos de 1 mm de grosor, se coloca sobre la piel; este parche contiene las hormonas, al igual que los otros métodos hormonales, y las va soltando siendo absorbidas a través de la piel

Los efectos secundarios y la eficacia son como las de la píldora puesto que se trata de las mismas hormonas, aunque la vía de administración es distinta.

Cómo se usa:

Se coloca el primer día del ciclo sobre la piel un parche que se cambiará semanalmente durante tres semanas seguidas. A los 21 días, cuando ya se hayan utilizado los tres parches, disponemos de una semana de descanso donde no se aplica ningún parche y será el momento

en el que aparecerá el sangrado menstrual. Debe colocarse en una zona del cuerpo sin cremas para que no se despegue y nunca en la mamas; los sitios más adecuados son la nalga o el vientre.

3.5.4. METODOS INYECTABLES

Administración de estrógenos y/o progesterona que evitan la ovulación. Se administran generalmente una vez al mes.

- ✓ Mesigyna
- ✓ Topacel

IMPLANTES SUBDÉRMICOS

Consiste en la inserción por parte del médico/a de una o dos varillas bajo la piel del brazo, que gradualmente liberan pequeñas cantidades de hormona.

Actúa durante 3 ó 5 años, dependiendo del tipo de implante, impidiendo la ovulación.

Ventajas

- Altamente eficaz, prolongado y reversible.
- Su eficacia es independiente del cumplimiento del usuario.
- Es de uso prolongado sin menor atención clínica.
- Aportan niveles de Progestágenos estables.
- Ausencia de estrógenos exógenos.
- Mejora la dismenorrea.
- Simple y rápida inserción

Desventajas

- Debe proveerse de una clínica y requiere personal entrenado en su inserción y retiro.
- Requiere de una consejería cuidadosa y específica para lograr continuidad de uso ante los sangrados irregulares y otros efectos.

3.5.5. METODOS TEMPORALES INTRAUTERINOS

T DE COBRE

(Chera, 2012) Se trata de un DIU (dispositivo intrauterino) que además de ofrecer una alta eficacia anticonceptiva, ofrece ventajas con respecto a los otros DIU. Este DIU, actúa liberando pequeñas cantidades de una hormona (parecida a la producida de manera natural por la mujer) durante 5 años.

Tiene una eficacia anticonceptiva tan alta como la Ligadura de trompas, no requiriendo de una intervención quirúrgica. Es un pequeño dispositivo de polietileno con un filamento de cobre que el médico/a implanta en el interior del útero.

Su efecto anticonceptivo se debe a una respuesta inflamatoria, incrementada por el cobre que lleva el DIU, dentro de la matriz.

3.5.6. MÉTODOS QUÍMICOS

ESPERMICIDAS

Son sustancias que destruyen o incapacitan a los espermatozoides de modo que no lleguen al útero o no sean capaces de fecundar el óvulo. Los puedes encontrar como gel, espuma o supositorios. No debe utilizarse como único método anticonceptivo ya que su eficacia es muy baja. La mayoría de preservativos llevan alguna sustancia espermicida.

3.5.7. MÉTODOS QUIRÚRGICOS

Son métodos que por lo general se consideran irreversibles, es decir, la persona que se somete a la intervención quirúrgica deja de ser fértil de por vida.

LIGADURA DE TROMPAS EN LA MUJER

Es una intervención quirúrgica que se realiza con el fin de ocluir las trompas de Falopio, para evitar que el óvulo sea fecundado y llegue al útero, y que produce esterilidad permanente.

VASECTOMÍA EN EL HOMBRE

Procedimiento quirúrgico, que consiste en cortar y ligar los conductos deferentes, encargados de transportar los espermatozoides desde los testículos al exterior. (Foro Ecuador, 2013)

3.5.8. METODOS DE EMERGENCIA

LA PÍLDORA DE EMERGENCIA

La píldora anticonceptiva de emergencia o comúnmente llamada “píldora del día después” es un método de emergencia y no se puede utilizar como método anticonceptivo habitual.

Debe ser usada tras el fallo del método habitual o después de practicar el coito sin protección, permitiendo evitar el embarazo no deseado.

La píldora de emergencia se comercializa en envases mono dosis de uno o dos comprimidos. Deben tomarse el o los dos comprimidos juntos lo antes posible tras el coito desprotegido. Siempre en un plazo máximo de 72 horas.

La máxima eficacia se consigue cuanto antes se tome el o los comprimidos, llegando al 95% si se han tomado en las primeras 24 horas. La píldora del día después evita el embarazo antes de que éste se haya producido, no actúa si ya estás embarazada y no es abortiva.

CAPITULO II

1. DISEÑO METODOLÓGICO

1.1.TIPO DE ESTUDIO:

Estudio descriptivo, transversal

Considerando la naturaleza de las variables en el problema, se establece que la investigación es de carácter descriptiva, puesto que: Wilson (2009), manifiesta que “Los estudios descriptivos tienen como objetivo, establecer cómo es y cómo se manifiesta un determinado fenómeno que atrae la atención, de tal manera que se limitan a identificar sus características o propiedades en un momento determinado, sin que el investigador tenga acceso a controlar o manipular a conveniencia, las variables en estudio”.

Es transversal porque los datos se recogen, sobre grupos de sujetos y se realizó en un periodo de tiempo determinado (Octubre 2013- Septiembre 2014).

1.2.UNIVERSO Y MUESTRA

El universo de esta investigación lo conforman los 226 adolescentes de bachillerato de la Unidad Educativa Ángel Polibio Chaves.

MUESTRA:

En el presente trabajo no se tomó muestra, se trabajó con el universo completo.

1.3.TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

- Se realizó la revisión documental (expedientes de las estudiantes embarazadas), que constan y reposan en el departamento de orientación vocacional de dicha institución.
- Se aplicó la técnica de la encuesta, misma que consta de 11 preguntas, dirigidas a las/os adolescentes del bachillerato de la Unidad Educativa “Ángel Polibio Chaves”

1.4.TÉCNICAS DE PROCEDIMIENTOS, ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

El procesamiento de la información se efectuó de manera computarizada, mediante una base de datos en el programa Microsoft Office Excel, en el que se procedió a la tabulación de la información cuantitativa en gráficos de datos, representados en frecuencias y porcentajes.

Para el análisis y para la presentación de los datos se utilizó gráficos: pasteles, los cuales demuestran los resultados obtenidos en la investigación.

CAPITULO III

1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

1.1.ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.

En el presente estudio uno de los objetivos fue identificar los factores de riesgo que predisponen a un embarazo en la adolescencia y fortalecer el conocimiento de las/os adolescentes sobre métodos anticonceptivos y la encuesta aplicada nos arrojó los siguientes resultados:

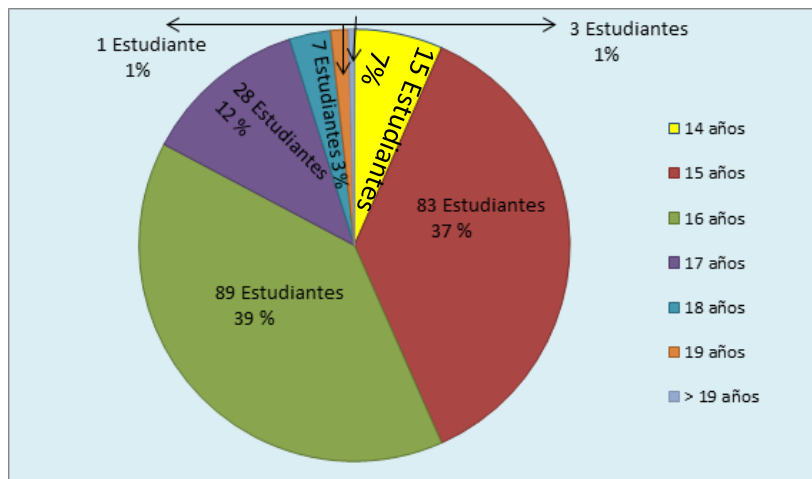
**RESULTADO DE LAS ENCUESTAS APLICADAS A LAS/OS ADOLESCENTES
DEL BACHILLERATO DE LA UNIDAD EDUCATIVA “ANGEL POLIBIO
CHAVES”**

GRAFICO # 1

1.-Señala la edad en la que te encuentras.

14 15 16 17 18 19

Mayor de 19



FUENTE: Encuesta aplicada a las/os estudiantes de Bachillerato de la Unidad Educativa “Ángel Polibio Chaves”

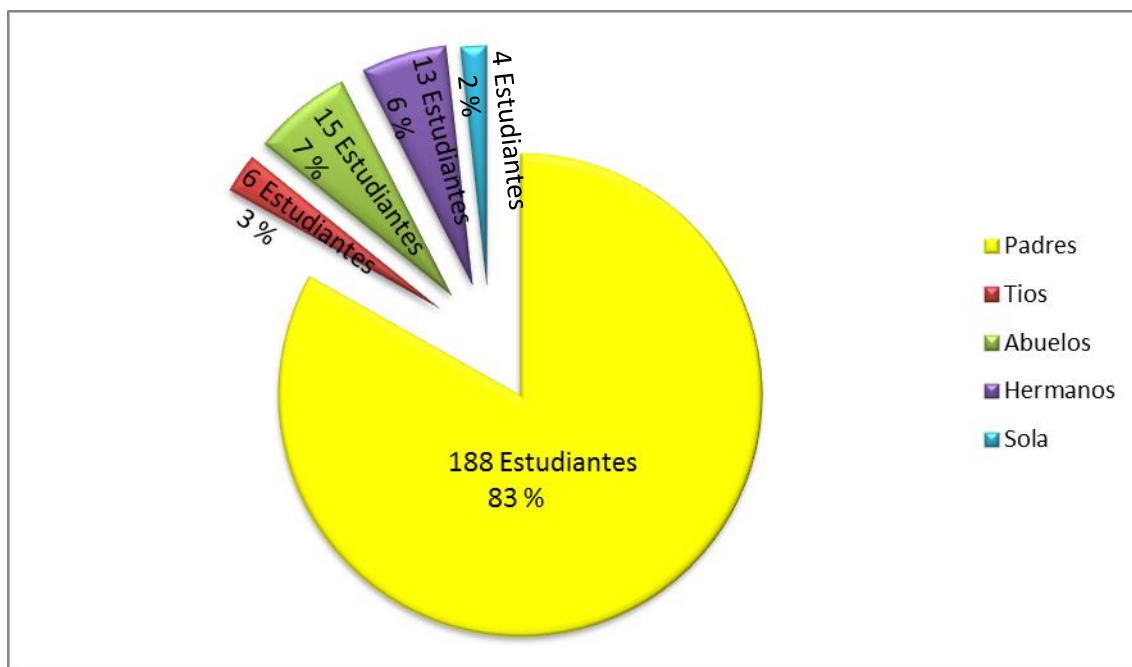
ELABORADO POR: IRE David González / IRE Fanny Veloz

Los datos que arroja la encuesta nos da a conocer que tenemos 15 estudiantes de 14 años que corresponde al 7%; de 15 años de edad tenemos 83 estudiantes que corresponden al 37 %; de 16 años tenemos 89 estudiantes que corresponde al 39 %; de 17 años tenemos 28 estudiantes que corresponde al 12%; de 18 años tenemos 7 estudiantes que corresponde al 3%; de 19 años tenemos 3 estudiantes que corresponde al 1%; y mayores a 19 años solo tenemos un estudiante que corresponde al 1%; Podemos observar claramente que la mayoría de estudiantes se encuentra en las edades de 15 y 16 años.

GRAFICO # 2

2.- Con quien vives.

Padres () Tíos () Abuelos () Hermanos () Sola ()



FUENTE: FUENTE: Encuesta aplicada a las/os estudiantes de Bachillerato de la Unidad Educativa “Ángel Polibio Chaves”

ELABORADO POR: IRE David González / IRE Fanny Veloz

La clasificación por edades nos revela claramente que en su mayoría es decir 188 estudiantes que equivalen al 83 % viven con sus padres; 6 estudiantes viven con sus tíos equivalente al 3%; tenemos 15 estudiantes que viven con sus abuelos que equivale al 7%; entre hermanos viven 13 estudiantes que equivale al 6%; y estudiantes que viven solos tenemos 4 que equivale al 2%.

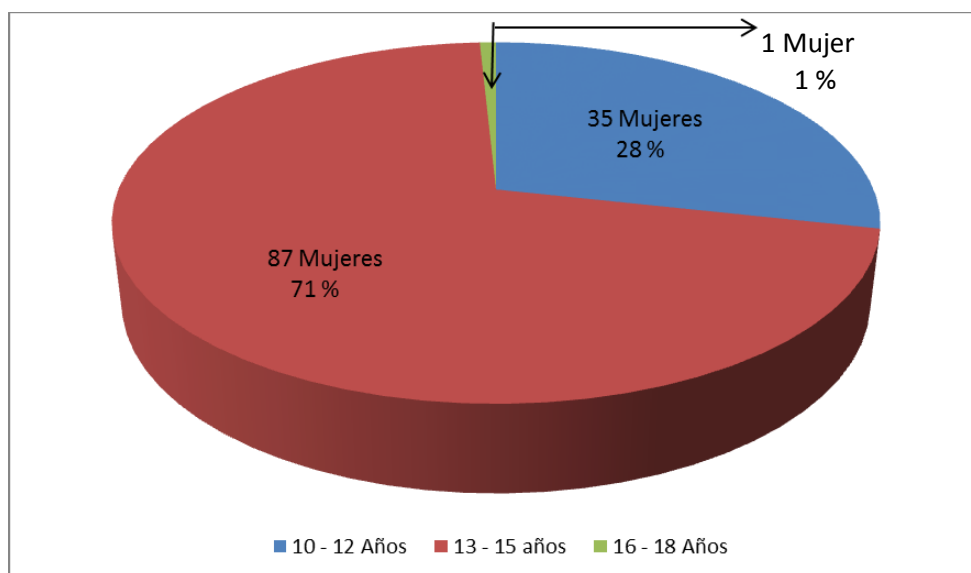
GRAFICO # 3

3.- A qué edad tuviste tu primera menstruación.

10.....12

13.....15

16.....18



FUENTE: Encuesta aplicada a las/os estudiantes de Bachillerato de la Unidad Educativa “Ángel Polibio Chaves”

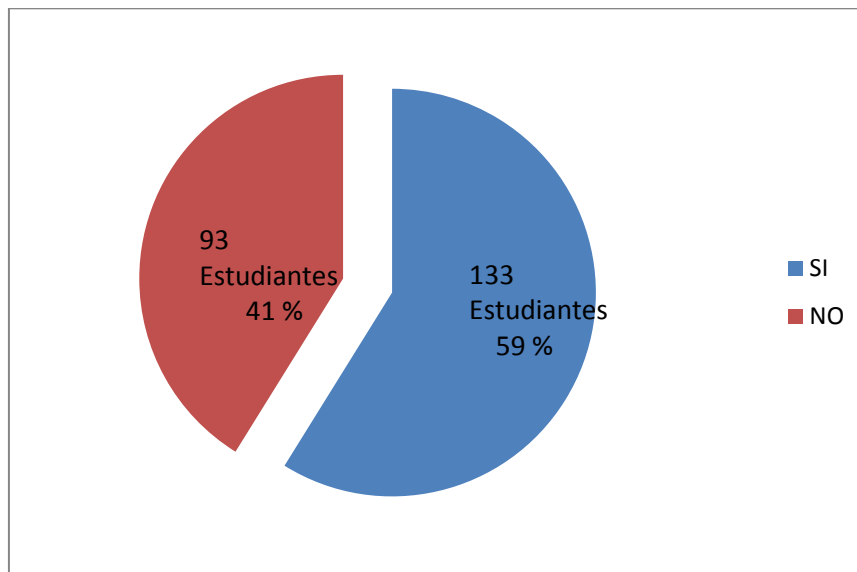
ELABORADO POR: IRE David González / IRE Fanny Veloz

Los datos tabulados nos reflejan que de las 226 encuestas aplicadas tenemos 123 mujeres, por lo cual nos indican que en la edad de 10 – 12 años tuvieron su primera menstruación o menarquia 35 mujeres, que equivale al 28%; en su mayoría tuvieron su primera menstruación a la edad de 13 – 15 años 87 mujeres equivalente al 71%; y en la edad de 16 – 18 años solo tuvimos una mujer que tuvo su primera menarquia, equivalente al 1%.

GRAFICO # 4

4.-Tienes novio/a (Enamorado/a)

Si () No ()



FUENTE: Encuesta aplicada a las/os estudiantes de Bachillerato de la Unidad Educativa “Ángel Polibio Chaves”.

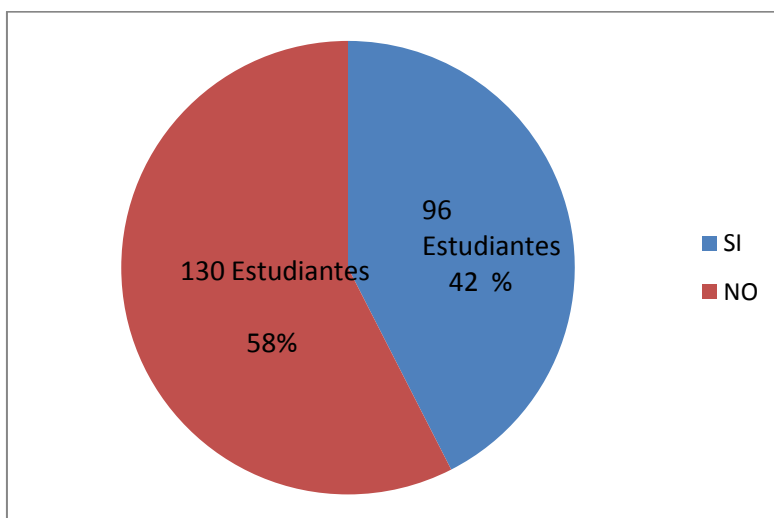
ELABORADO POR: IRE David González / IRE Fanny Veloz

Al tabular la pregunta #4 nos podemos dar cuenta claramente que 133 estudiantes equivalente al 59% que es mayoría tienen enamorado/a; y el restante es decir 99 estudiantes equivalente al 41 % no tienen enamorado/a.

GRAFICO # 5

5.- Has tenido relaciones sexuales.

Si () No ()



FUENTE: Encuesta aplicada a las/os estudiantes de Bachillerato de la Unidad Educativa “Ángel Polibio Chaves”

ELABORADO POR: IRE David González / IRE Fanny Veloz

En esta grafica nos podemos dar cuenta claramente que al tabular las 226 encuestas nos revela que 96 estudiantes equivalentes al 42 % ya han tenido relaciones sexuales; y los otros 130 estudiantes que equivalen al 58 % no han tenido todavía su primera relación sexual.

GRAFICO # 6

6.- Cuáles de estos motivos te llevo a tener relaciones sexuales.

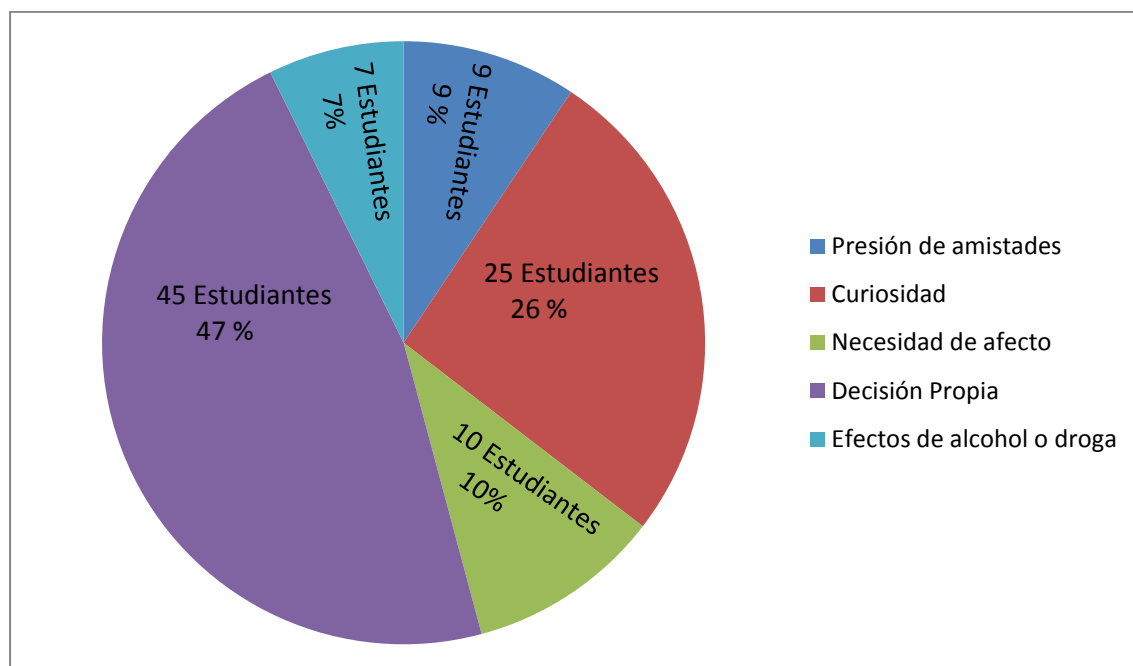
Presión de amistades ()

Curiosidad ()

Necesidad de afecto ()

Decisión propia ()

Efectos de alcohol o droga ()



FUENTE: Encuesta aplicada a las/os estudiantes de Bachillerato de la Unidad Educativa “Ángel Polibio Chaves”

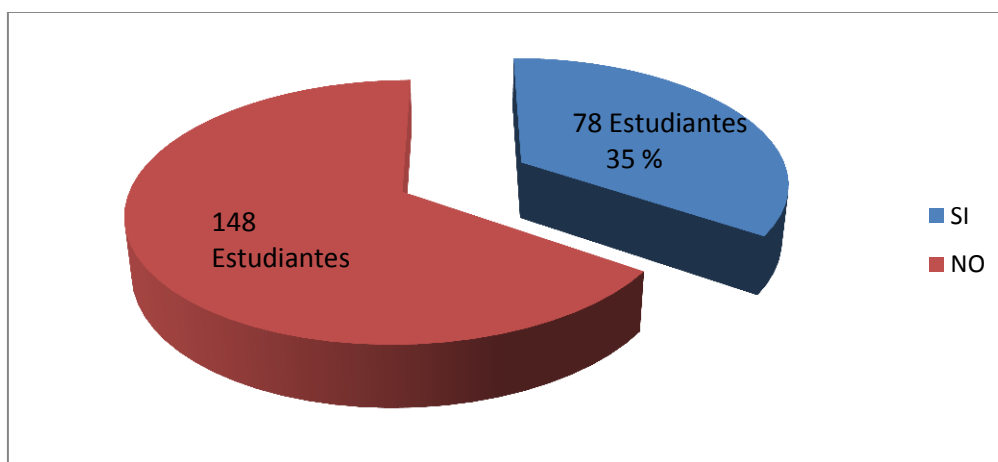
ELABORADO POR: IRE David González / IRE Fanny Veloz

Los datos arrojados de la encuesta nos dice claramente que de los 96 estudiantes que ya han tenido relaciones sexuales, la mayoría es decir 45 estudiantes equivalente al 47% han tenido relaciones por decisión propia; seguido de 25 estudiantes equivalente al 26 % tuvieron relaciones por curiosidad; 10 estudiantes equivalentes al 10% tuvieron relaciones por necesidad de afecto; 9 estudiantes equivalentes al 9% tuvieron relaciones por la presión de amistades; y los últimos 7 estudiantes equivalentes al 7% tuvieron relaciones por estar bajo efectos del alcohol o drogas.

GRAFICO # 7

7.- Has recibido capacitaciones sobre prevención del embarazo y métodos anticonceptivos.

Si () No ()



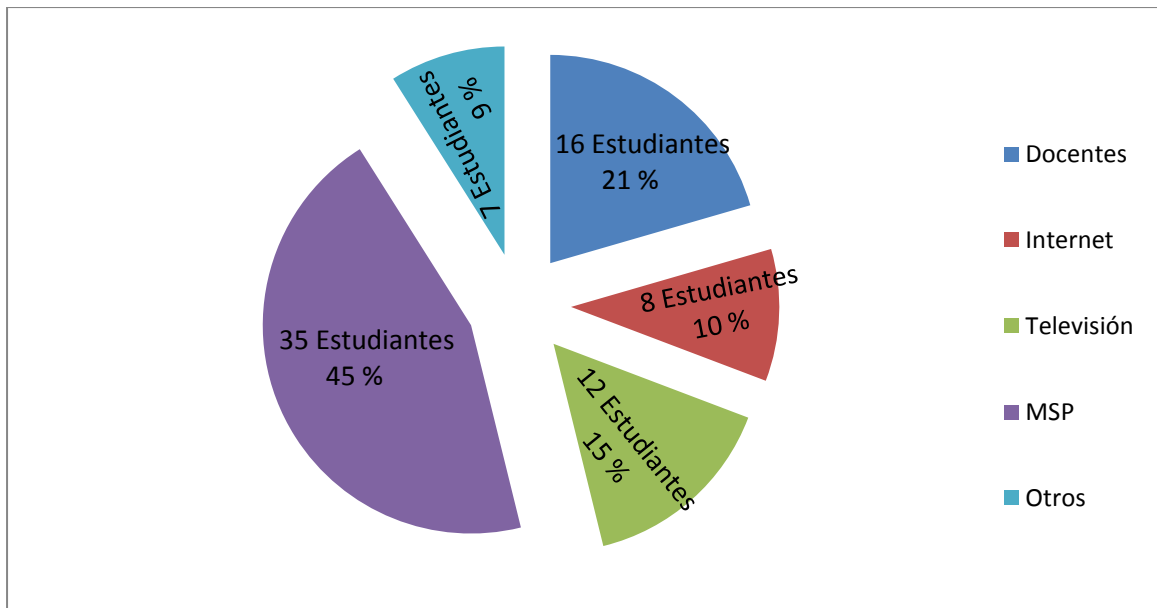
FUENTE: Encuesta aplicada a las/os estudiantes de Bachillerato de la Unidad Educativa “Ángel Polibio Chaves”

ELABORADO POR: IRE David González / IRE Fanny Veloz

Los datos tabulados de las 226 encuestas revelan que en su mayoría un total de 148 estudiantes equivalente al 65% no han recibido capacitaciones sobre prevención del embarazo y métodos anticonceptivos; y por 78 estudiantes equivalentes al 35 % si han recibido capacitaciones sobre dichos temas.

De quienes:

- Docentes del colegio ()
- De Internet ()
- Por la televisión ()
- Ministerio de Salud Pública ()
- Otros ()



FUENTE: Encuesta aplicada a las/os estudiantes de Bachillerato de la Unidad Educativa “Ángel Polibio Chaves”

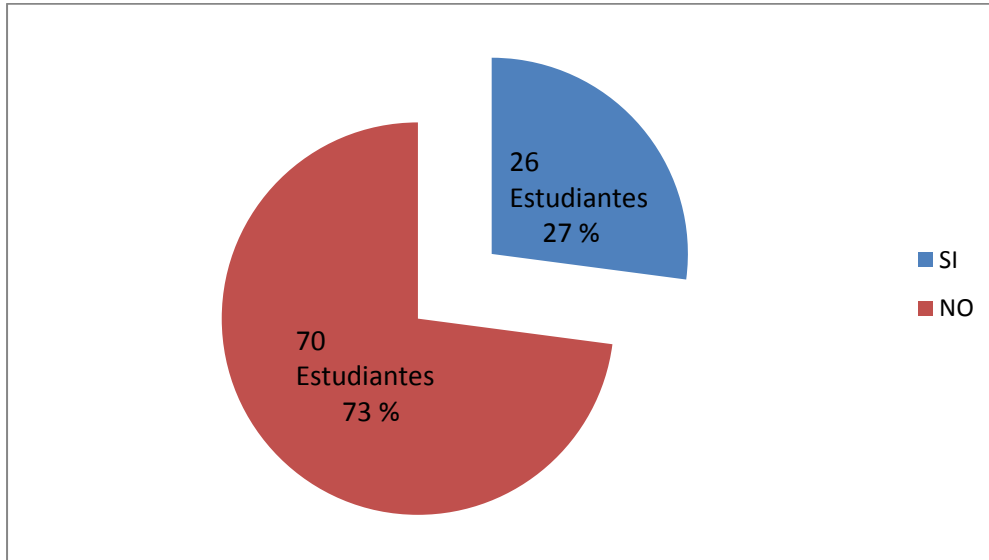
ELABORADO POR: IRE David González / IRE Fanny Veloz

Los datos que revela la encuesta que de 78 estudiantes que recibieron capacitaciones en su mayoría 35 estudiantes equivalentes a un 45% recibieron capacitaciones por parte del MSP; 16 estudiantes equivalentes al 21 % recibieron capacitaciones por parte de los docentes del plantel; 12 estudiantes equivalentes al 15 % se auto capacitaron por medio de la televisión; 8 estudiantes equivalentes al 10 % se capacitaron por si mismos por medio del internet; y los últimos 7 estudiantes que equivalen al 9 % se capacitaron por otros medios.

GRAFICO # 8

Utilizas métodos anticonceptivos.

Si () No ()



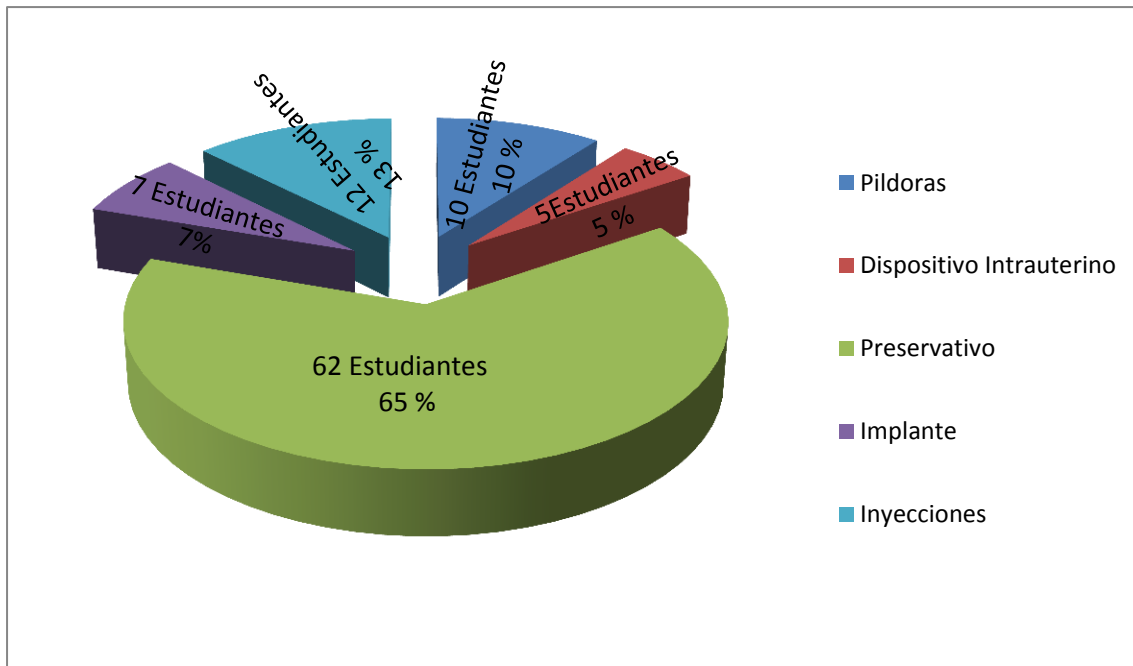
FUENTE: Encuesta aplicada a las/os estudiantes de Bachillerato de la Unidad Educativa “Ángel Polibio Chaves”

ELABORADO POR: IRE David González / IRE Fanny Veloz

Los datos arrojados de la encuesta nos dice que de 96 estudiantes en su mayoría 70 alumnos equivalentes al 73 % no utilizan métodos anticonceptivos, por lo cual se presume que son más propensos/as a concebir un hijo a temprana edad, e incluso pueden contraer enfermedades de transmisión sexual; y los 26 estudiantes restantes equivalentes al 27 % si utilizan métodos anticonceptivos.

Cuales:

Píldoras () Dispositivo intrauterino () Preservativo ()
Implante () Inyecciones ()



FUENTE: Encuesta aplicada a las/os estudiantes de Bachillerato de la Unidad Educativa “Ángel Polibio Chaves”

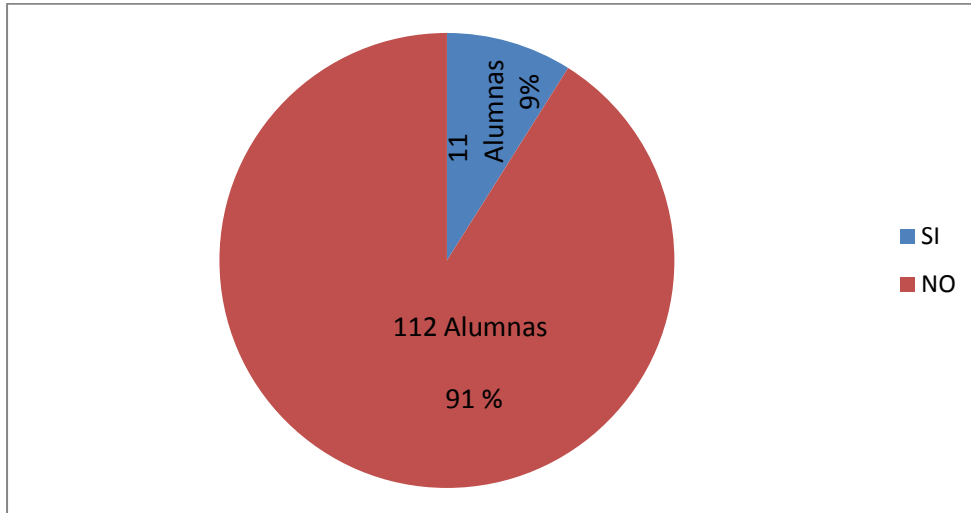
ELABORADO POR: IRE David González / IRE Fanny Veloz

De los 96 alumnos que si utilizan métodos anticonceptivos, tenemos la mayoría que son 62 estudiantes equivalentes al 65 % que utilizan preservativo; 12 alumnas equivalentes al 13% utilizan inyecciones; 10 alumnas que equivalen al 10% utilizan píldoras; 7 alumnas que equivalen al 7% utilizan implante; y las 5 últimas estudiantes que equivalen al 5% utilizan DIU- dispositivo intrauterino.

GRAFICO # 9

9.-Estas embarazada, o has estado embarazada.

Si () No ()



FUENTE: Encuesta aplicada a las/os estudiantes de Bachillerato de la Unidad Educativa “Ángel Polibio Chaves”.

ELABORADO POR: IRE David González / IRE Fanny Veloz

Los datos tabulados de la encuesta nos dan a conocer que de 123 mujeres tenemos 11 alumnas embarazadas que equivalente al 9%; las 112 estudiantes restantes que equivalen al 91% no se encuentran en periodo de gestación.

GRAFICO # 10

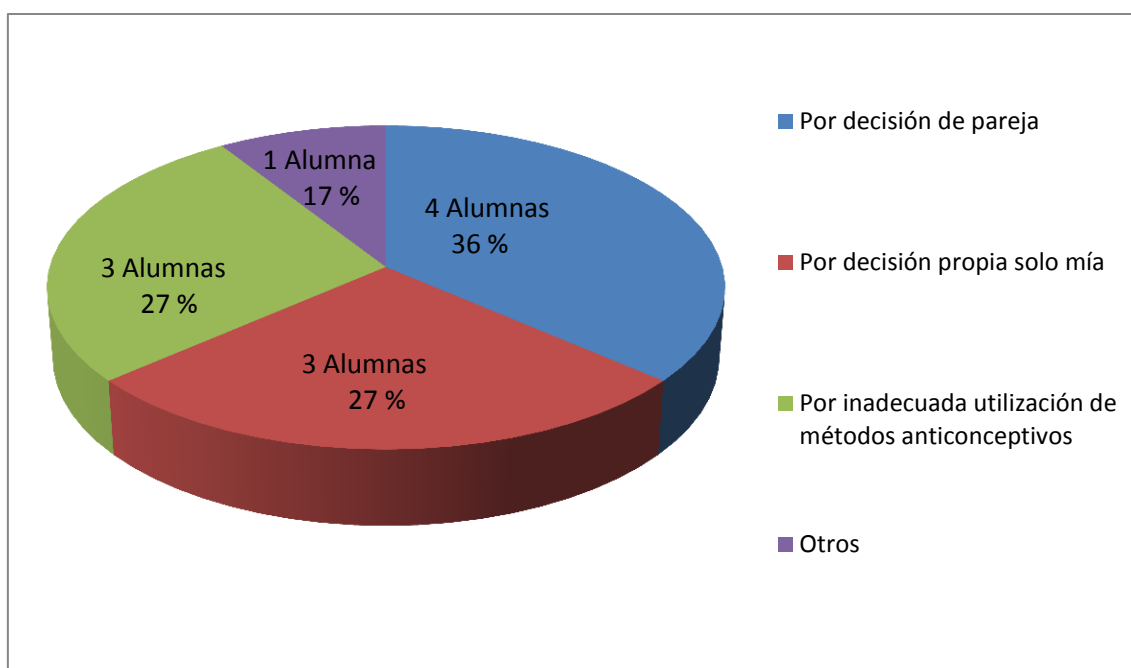
10.-Cuál crees que fue la causa de tu embarazo?

Por decisión de pareja ()

Por decisión propia solo mía ()

Por inadecuada utilización de métodos anticonceptivos ()

Otros ()



FUENTE: Encuesta aplicada a las/os estudiantes de Bachillerato de la Unidad Educativa “Ángel Polibio Chaves”

ELABORADO POR: IRE David González / IRE Fanny Veloz

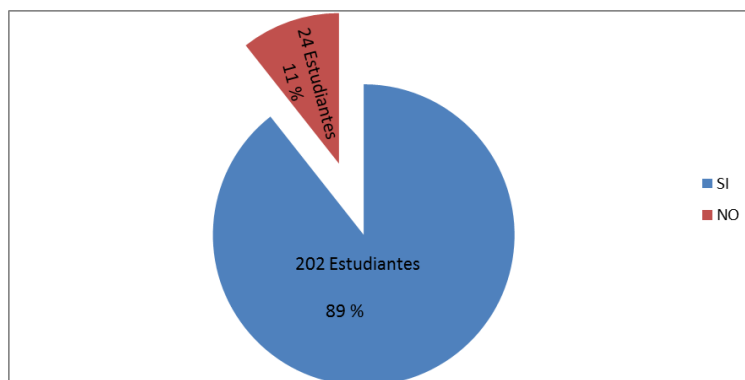
Los datos tabulados de la encuesta aplicada nos revelan que tenemos 11 alumnas embarazadas de las cuales 4 alumnas que equivalen al 36% se embarazaron por decisión de pareja; 3 alumnas equivalentes al 27% se embarazan por decisión propia de ellas; otras 3 alumnas que equivalen al 27% quedan embarazadas por la inadecuada utilización de métodos anticonceptivos; y la 1 alumna restante quedo embarazada por otro motivo.

GRAFICO # 11

11.- Te gustaría recibir charlas sobre:

- Educación sexual y reproductiva
- Prevención de embarazos.
- Métodos anticonceptivos.

Si () No ()



FUENTE: Encuesta aplicada a las/os estudiantes de Bachillerato de la Unidad Educativa “Ángel Polibio Chaves”

ELABORADO POR: IRE David González / IRE Fanny Veloz

De las 226 encuestas aplicadas a los estudiantes podemos visibilizar claramente que la mayoría de alumnos es decir 202 estudiantes que equivalen al 89% si les gustaría recibir charlas sobre métodos anticonceptivos, salud sexual reproductiva y la prevención de embarazo en adolescentes; y tenemos 24 estudiantes que equivalen al 11% que no aceptan que se les capacite sobre dichos temas a tratar.

Que días.

Lunes () Martes () Miércoles () Jueves () Viernes ()

Qué hora. ()

Debido a la respuesta de los estudiantes en su forma de contestar los días en que desean la socialización de la guía y se les de charlas sobre métodos anticonceptivos, prevención de embarazo en adolescentes, la mayor parte del estudiantado escogió los días lunes y viernes a partir de las 11:45 am es decir las dos últimas horas laborables.

1.2.CONCLUSIONES

Con el trabajo investigativo realizado se ha llegado a las siguientes conclusiones:

- Según el grupo etario de los 226 estudiantes encuestados de la Unidad Educativa “Ángel Polibio Chaves”, cuya edad oscila entre 15 a 19 años, en su mayoría se encuentran en las edades de 16 años, seguido de la edad de 15 años; estos dos grupos conforman la mayor parte de alumnos de edades en desarrollo y por ende son los grupos más vulnerables; también tenemos que la mayor parte de estudiantes conviven con sus padres, mientras que hay adolescentes que viven con sus hermanos, tíos, abuelos e inclusive viven solos; en donde es notable la falta de apoyo, consejos de los padres, lo que conlleva a que los estudiantes tengan relaciones sexuales a temprana edad y sin tener un nivel basto de conocimientos sobre métodos anticonceptivos, planificación familiar y como prevenir un embarazo precoz en adolescentes.
- La menarquía de las adolescentes, se inició en su mayoría en edades de 13 – 15 años y de todos los estudiantes tuvieron relaciones a temprana edad un 58%, por lo cual concluimos que en nuestro medio existe una alta tasa de promiscuidad influenciada por la falta de orientación sexual desde sus hogares, o por el libertinaje que se observa hoy en día en nuestras ciudades, también podemos observar que un número muy significativo de estudiantes nunca recibieron una orientación sobre salud sexual reproductiva, métodos anticonceptivos y como prevenir un embarazo a temprana edad; sin embargo, se pudo notar que hay adolescentes que utilizan métodos anticonceptivos, pero no sabemos si le dan el correcto uso a los mismos, lo cual se encuentra evidenciado en el alto índice de embarazos y madres con hijos, que tiene la Unidad Educativa “Ángel Polibio Chaves.”

1.3. RECOMENDACIONES:

- Como principal recomendación se debe incluir como cátedra la materia de educación sexual y reproductiva en todos los centros de enseñanza educativa ya sean escuelas, colegios, universidades, tanto públicos como privados, esta cátedra debe ser dada por docentes o personal capacitado en el ámbito de la salud sexual para así garantizar la enseñanza de los derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes.
- Es necesario que todos los centros educativos tengan manuales o guías de métodos anticonceptivos y sepan enseñar el correcto uso de los mismos a sus estudiantes; siempre y cuando fortaleciéndose a través de charlas, talleres de educación sexual y reproductiva que abarcan temas como prevención de embarazo en adolescentes, métodos anticonceptivos y su uso respectivo, todos estos temas a tratar se debe dar a conocer a los padres de familia, estudiantes, docentes para que ellos desde su hogar o aula de clase orienten a los jóvenes en desarrollo a promover una vida sexual responsable cumpliendo a cabalidad sus derechos sexuales y reproductivos para así garantizar una vida satisfactoria en el futuro.
- Todas las Unidades Educativas deberían trabajar en conjunto con los centros de salud como son hospitales básicos o subcentros, para así poder dotar de conocimientos a docentes, estudiantes y padres de familia para promover la educación sobre cómo llevar una vida sexual responsable, y dar un seguimiento y control a las madres gestantes y madres ya dadas a luz que se encuentran en los establecimientos educativos, para así inclusive contribuir en la disminución de las muertes materno neonatales que se dan por la falta de apoyo y conocimiento de las autoridades.

CAPITULO IV

1. PROPUESTA

TITULO

**FORTALECIMIENTO DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS MEDIANTE LA ELABORACIÓN DE UNA GUÍA PRÁCTICA DE
LOS MISMOS**

1.1. INTRODUCCIÓN

El tema de los embarazos adolescentes es un motivo de gran preocupación para muchas personas en todo el mundo, constituye un problema social, económico y de salud pública, es por ello que se han llevado a cabo innumerables esfuerzos para educar a los jóvenes acerca de todo lo atinente al sexo y a los diferentes métodos de control de la natalidad.

Si bien es cierto la adolescencia es una de las etapas más difíciles para los seres humanos, ya que es un estado de inmadurez, en la que se corre el riesgo de fracasar o cometer errores que dejarán huella en la vida futura.

Cabe mencionar que éste tipo de problema social no es reciente, es decir, desde años pasados existe y lo peor es que se han realizado muchas investigaciones, pero ninguna ha podido resolver el problema y que últimamente se ha expandido considerablemente en nuestro país y especialmente en nuestra provincia debido a muchos factores encontrados durante la aplicación de la encuesta respectiva a los estudiantes de bachillerato de la Unidad Educativa “Ángel Polibio Chaves”.

El embarazo no planificado a esta edad de la vida reduce las posibilidades de que los adolescentes puedan seguir sus estudios y superarse en la vida, por lo que es necesario darle la debida importancia a este tema sobre todo en lo que respecta a información oportuna y precisa sobre métodos anticonceptivos, mediante una guía práctica de los mismos, creando así en los jóvenes el pensamiento de una vida sexual activa responsable.

1.2. JUSTIFICACION

Para proponer la elaboración de una guía práctica de métodos anticonceptivos se tomó en cuenta las siguientes consideraciones:

- En el resultado del trabajo de investigación, se evidenció que hay un alto índice de embarazo en las adolescentes, cuyos factores predisponentes son el inicio de una vida sexual activa a temprana edad, además se determinó que existe un nivel muy bajo de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva y métodos anticonceptivos por parte de los estudiantes y que lo poco que conocen es gracias a fuentes externas como la tecnología, la televisión, pero no tienen una información precisa y concreta.
- Los derechos sexuales establecen la garantía de disfrutar de una sexualidad libremente elegida, sin sufrir violencia ni abuso sexual, con posibilidades de evitar los riesgos de transmisión de enfermedades, y con respeto de la orientación sexual y de la identidad de género de cada persona sin discriminación.
- Los derechos reproductivos son definidos como la posibilidad de decidir, en forma autónoma y sin discriminación, si tener o no tener hijos/as, el momento de tenerlos, cuántos/as hijos/as tener y con quién y el espaciamiento entre sus nacimientos.
- Para el cumplimiento de los derechos reproductivos, en la consejería debe brindarse información suficiente y en términos comprensibles. En caso de que la persona decida usar un método anticonceptivo, brindar gratis el que mejor se adapte a las posibilidades de salud y preferencias de cada usuaria/o.

- Los derechos sexuales y reproductivos son reconocidos como derechos humanos básicos y, por lo tanto, inalienables, integrales e indivisibles, son inherentes a mujeres y hombres sin distinción de edad, clase, etnia, nacionalidad, orientación sexual o religión
- Por todo lo mencionado en calidad de Internos Rotativos de Enfermería, hacemos un aporte elaborando una guía de métodos anticonceptivos para permitir el acceso a esta información y de esta manera contribuir a los adolescentes, a la institución y al país con conocimientos bastos sobre métodos anticonceptivos, planificación familiar y prevención de embarazos no deseados ya que ellos son el presente y el futuro de nuestra patria.

1.3. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Proporcionar información sobre métodos anticonceptivos que aseguren una salud sexual responsable a las/os adolescentes de la Unidad Educativa “Ángel Polibio Chaves”

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Elaborar una guía de métodos anticonceptivos que guarde las características de la bibliografía revisada.
- Socializar la propuesta elaborada a las/os estudiantes de bachillerato y a las autoridades de la Unidad Educativa “Ángel Polibio Chaves”

1.4. SUSTENTACIÓN DE LA PROPUESTA:

La información recolectada durante la aplicación de la encuesta arrojó resultados que dan el valor suficiente a la elaboración de esta guía de métodos anticonceptivos, ya que se pudo evidenciar que las/os adolescentes de esta unidad educativa tienen un bajo nivel de conocimiento sobre este tema, además se evidenció que iniciaron su vida sexual activa a temprana edad por muchos factores estando entre los primeros la decisión propia y curiosidad, sin embargo no se toman las debidas precauciones al momento de realizarlo, ya que con la utilización de métodos anticonceptivos no solamente estaríamos evitando el embarazo no deseado sino también estaríamos asegurando una salud sexual responsable, motivo por el que la propuesta está dirigida a fortalecer los conocimientos de las/os adolescentes, haciendo énfasis en el cumplimiento de las características conforme a la bibliografía revisada.

Para la elaboración de esta propuesta nos hemos basado en la estrategia que el Gobierno Nacional ha puesto en marcha, desde el Estado, la iniciativa conocida como ENIPLA (sigla cuyo significado es Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo Adolescente).

Esta guía es muy didáctica y de importante para las/os adolescentes considerando que en esta etapa de la vida es en donde más preguntas y dudas se vienen a la mente, que son necesarias responder.

GUIA DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

1. ¿Cuándo debemos usar un método anticonceptivo?

Un método anticonceptivo se debe utilizar siempre que se quiera evitar la posibilidad de embarazo y enfermedades de Transmisión sexual y se tenga relaciones sexuales con penetración.

2. ¿Qué métodos anticonceptivos existen?

Hoy en día existen una variedad de métodos anticonceptivos que se puede elegir considerando la condición de las parejas que inicien Planificación Familiar, de una manera totalmente gratis otorgado por el Ministerio de Salud Publica en cualquier unidad operativa del país.

3. ¿Qué método debemos utilizar?

Es una decisión muy personal, cada tipo de anticonceptivo tiene sus ventajas e inconvenientes. Es aconsejable que un profesional de la salud te ayude a decidir cuál es el mejor para ti.

En principio el método ideal podría ser aquel que reuniese las siguientes condiciones:

- Eficacia absoluta (ningún fallo).
- De uso sencillo.

- Que no interfiera en la espontaneidad y en la calidad de las relaciones sexuales.
- Que sea un método con beneficios añadidos.
- Que proteja frente a las infecciones de contagio sexual si necesitamos esa protección.

4. CLASIFICACION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

4.1.ANTICONCEPTIVOS NATURALES

(Glejzer., 2006). Afirma que son aquellos métodos que se basan en la fisiología (función) hormonal normal de la mujer, en los cuales hay abstención de hacer relaciones sexuales durante la ovulación (momento en el cual el óvulo sale del ovario) y los días cercanos a ella (días de riesgo para quedar embarazada) (p55)

Para lo cual es necesario saber:

- Que el ciclo ovárico de la mujer empieza con la menstruación, es decir que el primer día del ciclo es el primer día de la menstruación, y que el último día del ciclo es un día antes de la próxima menstruación. todo el ciclo dura aproximadamente 28 días.
- Que la ovulación se da a mitad del ciclo aproximadamente (14 día), que se acompaña de un discreto aumento de la temperatura corporal ($< 1^{\circ}\text{c}$) en relación a los días pre-ovulatorios del ciclo, y que la secreción vaginal se vuelve de mayor viscosidad (el moco es más abundante, espeso y claro, y se extiende con mayor facilidad). es la época más con mayores posibilidades de que la mujer salga embarazada.


Tipo de método	Descripción
Ritmo	Permite tener relaciones sexuales: 8 días después de iniciada la menstruación y 8 días antes de la fecha próxima probable
Moco cervical	Prohíbe hacer relaciones sexuales cuando el moco se hace muy viscoso y al tratar de separarlo entre los dedos (entre el primer dedo y segundo dedo se extiende más de 3 cm de longitud)
Temperatura basal	Permite tener relaciones sexuales a partir de la tercera noche en que la mujer ha comprobado un aumento de su temperatura corporal (menos de 1°C) hasta la próxima menstruación. La mujer debe medirse la temperatura vaginal, cada mañana y confeccionar una gráfica, alrededor de la mitad de su ciclo vera que la temperatura se eleva, es el momento más peligroso, pero luego de 3 días ya no hay peligro.
Abstinencia periódica:	Evitar el coito durante el periodo de ovulación femenina la parte intermedia periovulatoria del ciclo femenino.
Lactancia materna prolongada	Promueve la liberación de la hormona prolactina, la cual favorece la amenorrea y la anovulación y consecuentemente una infertilidad fisiológica.
Coito interrumpido	Retirar el pene de la vagina antes de que se produzca la eyaculación.

Contraindicaciones de los métodos naturales: ninguna.

4.2. METODOS DE BARRERA

Según (Glejzer, 2006), los métodos de barrera impiden la unión del espermatozoide con el óvulo, ya sea formando una barrera mecánica (preservativo, diafragma) o química (óvulos vaginales, jaleas, etc) o la combinación de ambos. Dentro de esta clasificación encontramos:

- **CONDÓN O PRESERVATIVO MASCULINO O FEMENINO**

<p>Este método previene de las infecciones de Transmisión sexual y del contagio de S.I.D.A. Cubierta de látex (generalmente) muy delgada, que se coloca sobre el pene erecto antes de la penetración. Existe también el preservativo femenino que se pone antes del coito dentro de la vagina. (p57).</p>	
---	--



Beneficios o Ventajas colaterales del condón.

- Los condones masculinos impiden que los espermatozoides tengan acceso al aparato reproductivo femenino e impiden que los microorganismos (ETS, incluyendo el VIH SIDA) pasen de un miembro de la pareja al otro.
- Prevenir de infecciones vaginales o transmitidas por contacto sexual y, posiblemente, de enfermedad inflamatoria pélvica.
- Mayor comodidad y placer sexual con los dispositivos lubricados.

Desventajas:

- Interrumpe el acto sexual para su colocación: interrupción del juego previo.
- Reducción de la sensibilidad masculina y femenina.
- Dificultad de mantener erección.
- Disminución en el disfrute de la relación sexual.

EL DIAFRAGMA

Es una caperuza o casquete de látex muy flexible que se coloca en el fondo de la vagina, cubriendo completamente el cuello del útero. Su eficacia se calcula entre un 82 y un 96 %.



Método de barrera:
El diafragma se ajusta
en el cuello uterino
e impide que los
espermatozoides
entren al útero

ADAM.

Cómo funciona: Impide el paso de los espermatozoides al interior del útero, al tapar el cuello del útero que es el principal punto de paso.

Cómo se utiliza: El personal sanitario te indicará cuál es tu talla y asimismo te enseñará cómo colocarlo. Tiene que ir acompañado de una crema espermicida, que se extenderá sobre las dos caras y bordes del diafragma. Una vez puesto habrás de comprobar que el cuello del útero queda bien tapado. Se debe colocar antes del coito no pudiendo retirarlo hasta pasadas 6-8 horas. Si se realizan varios coitos seguidos no hay que extraerlo sino aplicar directamente la crema espermicida en la vagina.

ÓVULOS VAGINALES:

Tienen contenido espermicida, se debe colocar la mujer un óvulo quince minutos antes de la relación sexual, y dejarlo allí por lo menos 6 horas después de haber terminado la relación para que tenga efecto.



Contraindicaciones: vulvo vaginitis.

4.3. MÉTODOS TEMPORALES HORMONALES

Anticonceptivos Orales

Son una combinación de estrógeno y/o progesterona en dosis que previenen la ovulación y regulan los ciclos menstruales.

La píldora



(Landa Sánchez, 2001). Manifiesta que es uno de los métodos anticonceptivos reversibles más eficaces y seguros utilizado en el mundo. Actúa sobre el ciclo hormonal de la mujer impidiendo la ovulación. Las píldoras combinadas contienen las hormonas estrógeno y progestágeno, también existen píldoras que sólo contienen progesterona. Ningún otro método

anticonceptivo ha sido y sigue siendo tan estudiado de modo tan profundo como la píldora.(p2)

Hoy en día se dispone de píldoras que, además de una alta eficacia anticonceptiva con menos efectos secundarios, poseen ventajas adicionales como:

- Aliviar los síntomas del síndrome premenstrual (sensibilidad mamaria, dolor abdominal, etc.).
- Mejorar algunas alteraciones de la piel (acné).
- La anticoncepción oral es un método reversible y muy seguro para prevenir el embarazo, siempre que se utilice siguiendo las indicaciones médicas.

Cómo funciona:

La toma diaria de una píldora combinada inhibe la ovulación por lo que es uno de los métodos anticonceptivos más eficaces que existen. Si no hay ovulación no puede haber embarazo.

Cómo se usa:

Todos los días se debe tomar la píldora a la misma hora. Según los preparados, se deben tomar de manera continuada o con descansos de seis o siete días. Si la presentación es de 28 pastillas se deben tomar continuamente, sin descansos: al terminar un envase, se comienza el siguiente. Si la presentación es de 21 o 22 pastillas se deben tomar con un intervalo de seis o siete días de descanso entre cada envase. En ambos casos, el sangrado menstrual aparecerá con una periodicidad de aproximadamente 28 días.

ANILLO VAGINAL

Un aro de un material similar al plástico de 5 cm. de diámetro y 4 mm de grosor contiene las hormonas similares a las de la píldora anticonceptiva; a través de unos pequeños poros en el anillo se va soltando el medicamento que es absorbido por la mucosa de la vagina. Los efectos secundarios y la eficacia son como los de la píldora.



Cómo se usa:

Se introduce en la vagina, como un tampón, a los 5-7 días de empezar el ciclo, dejándolo dentro durante 21 días; pasado este tiempo se retira, se deja 7 días de descanso y se inserta otro nuevo.

PARCHE ANTICONCEPTIVO

Un pequeño parche, similar a una tirita de 4,5 cm. de lado y menos de 1 mm de grosor, se coloca sobre la piel; este parche contiene las hormonas, al igual que los otros métodos hormonales, y las va soltando siendo absorbidas a través de la piel.




Los efectos secundarios y la eficacia son como las de la píldora puesto que se trata de las mismas hormonas, aunque la vía de administración es distinta.


Cómo se usa:

Se coloca el primer día del ciclo sobre la piel un parche que se cambiará semanalmente durante tres semanas seguidas. A los 21 días, cuando ya se hayan utilizado los tres parches, disponemos de una semana de descanso donde no se aplica ningún parche y será el momento en el que aparecerá el sangrado menstrual. Debe colocarse en una zona del cuerpo sin cremas para que no se despegue y nunca en la mamas; los sitios más adecuados son la nalga o el vientre.

4.4.MÉTODOS INYECTABLES

<p>Administración de estrógenos y/o progesterona que evitan la ovulación. Se administran generalmente una vez al mes.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mesigyna ✓ Topacel 	
---	--

IMPLANTES SUBDÉRMICOS

<p>Consiste en la inserción por parte del médico/a de una o dos varillas bajo la piel del brazo, que gradualmente liberan pequeñas cantidades de hormona. Actúa durante 3 ó 5 años, dependiendo del tipo de implante, impidiendo la ovulación.</p>	
--	--

Ventajas

- Altamente eficaz, prolongado y reversible.
- Su eficacia es independiente del cumplimiento del usuario.
- Es de uso prolongado sin menor atención clínica.
- Aportan niveles de Progestágenos estables.
- Ausencia de estrógenos exógenos.

- Mejora la dismenorrea.
- Simple y rápida inserción

Desventajas

- Debe proveerse de una clínica y requiere personal entrenado en su inserción y retiro.
- Requiere de una consejería cuidadosa y específica para lograr continuidad de uso ante los sangrados irregulares y otros efectos.

4.5.METODOS INTRAUTERINOS

T DE COBRE.

(Chera, 2012)Se trata de un DIU (dispositivo intrauterino) que además de ofrecer una alta eficacia anticonceptiva, ofrece ventajas con respecto a los otros DIU. Este DIU, actúa liberando pequeñas cantidades de una hormona (parecida a la producida de manera natural por la mujer) durante 5 años.



Tiene una eficacia anticonceptiva tan alta como la Ligadura de trompas, no requiriendo de una intervención quirúrgica. Es un pequeño dispositivo de polietileno con un filamento de cobre que el médico/a implanta en el interior del útero. Su efecto anticonceptivo se debe a una respuesta inflamatoria, incrementada por el cobre que lleva el DIU, dentro de la matriz.

4.6.MÉTODOS QUÍMICOS

- **ESPERMICIDAS**

Son sustancias que destruyen o incapacitan a los espermatozoides de modo que no lleguen al útero o no sean capaces de fecundar el óvulo. Los puedes encontrar como gel, espuma o supositorios. No debe utilizarse como único método anticonceptivo ya que su eficacia es muy baja. La mayoría de preservativos llevan alguna sustancia espermicida.

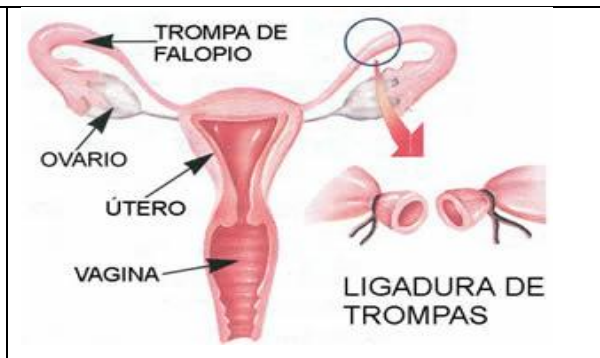


4.7.MÉTODOS QUIRÚRGICOS

Son métodos que por lo general se consideran irreversibles, es decir, la persona que se somete a la intervención quirúrgica deja de ser fértil de por vida.

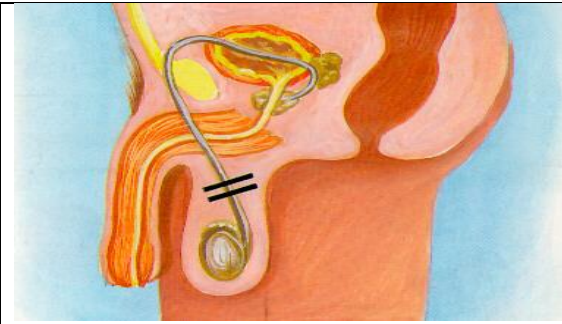
LIGADURA DE TROMPAS EN LA MUJER

Es una intervención quirúrgica que se realiza con el fin de ocluir las trompas de Falopio, para evitar que el óvulo sea fecundado y llegue al útero, y que produce esterilidad permanente.



VASECTOMÍA EN EL HOMBRE

Procedimiento quirúrgico, que consiste en cortar y ligar los conductos deferentes, encargados de transportar los espermatozoides desde los testículos al exterior. (Foro Ecuador, 2013)



4.8.METODOS DE EMERGENCIA

LA PÍLDORA DE EMERGENCIA

La píldora anticonceptiva de emergencia o comúnmente llamada “píldora del día después” es un método de emergencia y no se puede utilizar como método anticonceptivo habitual.



Debe ser usada tras el fallo del método habitual o después de practicar el coito sin protección, permitiendo evitar el embarazo no deseado.

La píldora de emergencia se comercializa en envases mono dosis de uno o dos comprimidos. Deben tomarse el o los dos comprimidos juntos lo antes posible tras el coito desprotegido. Siempre en un plazo máximo de 72 horas.

La máxima eficacia se consigue cuanto antes se tome el o los comprimidos, llegando al 95% si se han tomado en las primeras 24 horas. La píldora del día después evita el embarazo antes de que éste se haya producido, no actúa si ya estás embarazada y no es abortiva.

1.5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	REPOSABLES	FECHA
Revisión de Bibliografía	IRE. DAVID GONZALEZ IRE. FANNY VELOZ	Octubre 2014
Elaboración de la propuesta	IRE. DAVID GONZALEZ IRE. FANNY VELOZ	Octubre 2014
Presentación al director de tesis	IRE. DAVID GONZALEZ IRE. FANNY VELOZ	Octubre 2014
Socializar en la Unidad Educativa	IRE. DAVID GONZALEZ IRE. FANNY VELOZ	Noviembre 1014

1.6. PRESUPUESTO

UNIDADES	MATERIALES	PRECIO UNIT.	PRECIO TOTAL
20	Horas de Internet	0.60	12.00
544	Impresiones	0.20	108.80
4	Marcadores	0.80	3.20
10	Papelotes	0.20	2.00
TOTAL			126.26

1.7. SOSTENIBILIDAD

La labor del sector salud es trabajar en varias situaciones como prevención, promoción, curación y rehabilitación de la salud en todas las determinantes de la misma y entre las de mayor importancia se encuentra la prevención del embarazo en adolescentes y como primer nivel de atención nos enfocamos netamente en las dos primeras prevención y promoción de servicios, puesto que el trabajo realizado es producto de esto.

Es sostenible porque no implica mayores gastos para la institución, ya que se puede reproducir en copias para que todo el bachillerato tenga acceso, o a su vez se puede adquirir información en las Unidades Operativas del MSP.

1.8. FACTIBILIDAD

Social: esta propuesta es factible porque fortalecerá los conocimientos de las/os adolescentes de la Unidad Educativa “Ángel Polibio Chaves”, sobre los métodos anticonceptivos existentes y disponibles para cuando hayan decidido iniciar su vida sexual y con la finalidad de evitar los embarazos no deseados.

Técnico: esta guía es factible que se utilice por las/os adolescentes, puesto a que es muy didáctica y resume todo lo referente a la clasificación de métodos anticonceptivos, su correcto uso, ventajas y desventajas.

Económica: es factible de implementar porque no consta de muchas hojas y se puede reproducir en copias para asegurar el acceso a esta guía de todos los/as estudiantes de bachillerato.

Político: esta propuesta es factible porque se respalda en mandatos del Ministerio de Salud Pública quien estableció como política de estado la Planificación Familiar, cuya meta es la disminución de tasa de fecundidad en un 7% anual; embarazo en adolescentes al 2013 en un 25% y la mortalidad materna en un 2% anual.

Responde también al tercer objetivo del Plan Nacional del Buen Vivir ya que conlleva a “Mejorar la calidad de vida de la población”, en lo que respecta al Embarazo adolescente, Salud sexual y reproductiva, donde se establecen programas de promoción, prevención y restitución y se garantiza el acceso y cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos y el acceso a métodos anticonceptivos modernos, gratuitos y campañas educativas.(MSP, 2012)

1.9. RESULTADOS

Como resultado se obtuvo:

- Aceptación y apertura por las autoridades de la Unidad Educativa para realizar el trabajo de investigación.
- Conocer la realidad de las/os adolescentes de la Unidad Educativa “Ángel Polibio Chaves”
- Una guía práctica de métodos anticonceptivos.
- Propuesta socializada y con una gran acogida por parte de las autoridades y estudiantes de la unidad educativa.
- Estudiantes y docentes con mejor conocimiento sobre salud sexual reproductiva y métodos anticonceptivos.

1.10. BIBLIOGRAFIA:

Goldstein & Glejzer, **Sexualidad Padres e Hijos**, *Métodos anticonceptivos y Planificación Familiar*. Buenos Aires – Argentina 2006.

Goldstein & Glejzer, **Sexualidad Padres e Hijos**, *Métodos anticonceptivos de Barrera*. Buenos Aires – Argentina 2006.

Landa Sánchez, A (2003) **Sexualidad**, *Clasificación de métodos anticonceptivo*. España 2001.(p2).

Chera, S. 2001 guiiia para profesionales de la salud, Metodos anticonceptivos [20:00 – 23/06/2014]. Recuperado en:
<http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/tocoginecologia/files/2014/02/M%C3%A9todos-Anticonceptivos.-Guia-Pr%C3%A1ctica-para-Profesionales-de-la-Salud.pdf>

Foros Ecuador, 2013. **Tipos de métodos anticonceptivos**. *Anticonceptivos de Emergencia*. [18:00 – 20/05/2014]. Recuperado en:
<http://www.forosecuador.ec/forum/aficiones/amor-y-sexualidad/3366-tipos-de-m%C3%A9todos-anticonceptivos>

ANEXOS

1. ANEXO 1: FORMATO DE LA ENCUESTA APLICADA.

Esta encuesta tiene como finalidad identificar los factores de riesgo que conllevan a una vida sexual activa y embarazos a temprana edad en estudiantes de la “Unidad Educativa Ángel Polibio Chaves”.

Responsables de la encuesta:

INTERNOS ROTATIVOS DE ENFERMERÍA.

IRE: David González

IRE: Fanny Veloz

1.- Señala la edad en la que te encuentras.

15 16 17 18 19

Mayor de 19

2.- Con quien vives.

Padres () Tíos () Abuelos () Hermanos () Sola ()

3.- A qué edad tuviste tu primera menstruación.

10.....12 13.....15 16.....18

4.- Tienes novio/a

Si () No ()

5.- Has tenido relaciones sexuales.

Si () No ()

6.- Cuáles de estos motivos te llevo a tener relaciones sexuales.

Presión de amistades ()

Curiosidad ()

Necesidad de afecto ()

Decisión propia ()

Efectos de alcohol o droga ()

7.- Has recibido capacitaciones sobre prevención del embarazo y métodos anticonceptivos.

Si () No ()

De quienes:

- Docentes del colegio ()
- De Internet ()
- Por la televisión ()
- Ministerio de Salud Pública ()
- Otros ()

8.- Utilizas métodos anticonceptivos.

Si () No ()

Cuales:

Píldoras () Dispositivo intrauterino () Preservativo ()
Implante () Inyecciones ()

9.-Estas embarazada, o has estado embarazada.

Si () No ()

10.-Cuál crees que fue la causa de tu embarazo?

Por decisión de pareja ()

Por decisión propia solo mía ()

Por inadecuada utilización de métodos anticonceptivos ()

Otros ()

11.- Te gustaría recibir charlas sobre:

- Educación sexual y reproductiva
- Prevención de embarazos.
- Métodos anticonceptivos.

Si () No ()


Que días.


Lunes () Martes () Miércoles () Jueves () Viernes ()

Qué hora. ()

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

2. ANEXO 2: PERMISO PARA APLICAR ENCUESTA EN LA UNIDAD EDUCATIVA “ANGEL POLIBIO CHAVES”

 **UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR**
INTERNADO ROTATIVO DE ENFERMERÍA


Ministerio de Salud Pública

DIRECCION PROVINCIAL DE SALUD DE BOLIVAR
HOSPITAL BASICO SAN MIGUEL DISTRITO 02 D 03

FORMATO N° EDE 01

Msc:
MARCELO VALVERDE
Director de la Unidad Educativa Ángel Polibio Chaves San Miguel.

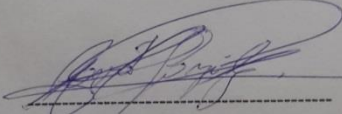
Presente:
De nuestras consideraciones:

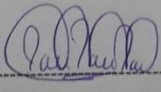
Con un cordial y atento saludo, y a su vez deseándole éxitos en sus funciones, de parte de quien suscribimos; **GONZÁLEZ NARANJO DAVID EDUARDO** con cédula de identidad N° 020209922-2, y **VELOZ CARGUACUNDO FANNY LUCELIA** con cédula de identidad N° 020182126-1; estudiantes de la Carrera de Enfermería modalidad presencial de la Universidad Estatal de Bolívar, y a su vez Internos Rotativos de Enfermería en el Hospital Básico San Miguel, acudo ante su autoridad para pedir de manera muy comedida se me brinde la apertura para aplicar una encuesta a los y las estudiantes de esta prestigiosa unidad educativa, con la finalidad de saber cuál es la causa que conlleva a una vida sexual activa y embarazos a temprana edad en las adolescentes.

Para la aprobación de nuestra petición adjuntamos la encuesta.

Por la favorable atención brindada a la presente de antemano anticipamos nuestros más sinceros agradecimientos.

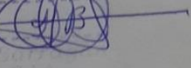
Atentamente:


David Eduardo González Naranjo
INTERNO ROTATIVO DE ENFERMERÍA


Fanny Lucelia Veloz Carguacundo
INTERNA ROTATIVA DE ENFERMERÍA

UNIDAD EDUCATIVA DEL MILENIO
ÁNGEL POLIBIO CHAVES
SAN MIGUEL DE BOLIVAR

FECHA Y RUBRO DE REGISTRO: 14/05/2014 14/1/Av. Cesar Abel Pazmiño y Juan Pio de Mora
TELF (03)2989112-2989416 FAX

FECHA Y RUBRO DE RESPUESTA: 
Leda Marisol
SECRETARÍA

3. ANEXO 3: NOMINA DE LAS ALUMNAS CON HIJOS Y EMBARAZADAS DE LOS CICLOS DE BACHILLERATO DE LA UNIDAD EDUCATIVA.

COLEGIO NACIONAL "ANGEL POLIBIO CHAVES " DE SAN MIGUEL DE BOLIVAR.- 2.013- 2014.

NOMINA DE ALUMNAS QUE TIENEN HIJOS.

1.- MAYRA KARINA CASTILLO MORA.	PRIMER AÑO BACHILLERATO "C"
2.- JESSICA MARGOTH LEMA GUAMAN.	TERCER AÑO BACHILLERATO "A".
3.- JESSICA FERNANDA ANALUIZA MONTES.	TERCER AÑO DSE BACHILLERATO "B".
4.- JOHANNA STEFANIA GUAMAN CHILUIZA.	TERCER AÑO DE BACHILLERATO "D"
5.-KAROLINA JASMIN VELASCO QUINTANA.	TERCER AÑO DE BACHILLERATO "D".
6.- DAGMAR MERY GAIBOR REMACHE.	TERCER AÑO DE BACHILLERATO "E".
7.- JECENYA ELIZABETH INCA SANGACHA.	TERCER AÑO DE BACHILLERATO "E".
8.- LILIA VERONICA SINCHE QUINATOA.	TERCER AÑO DE BACHILLERATO "E".
9.- JOSSELYN ALEXANDRA BERRONES VELASCO.	TERCER AÑO DE BACHILLERATO "F".
10.- LIZETH CABRERA SANCHEZ.	TERCER AÑO DE BACHILLERATO "G".
11.- DEICY MARIELA RUBIN POVEDA.	TERCER AÑO DE BACHILLERATO "G"
12.- JENNY VERÓNICA MORETA LEMA.	TERCER AÑO DE BACHILLERATO "A"

NOMINA DE ALUMNAS EMBARAZADAS.

1.- .- MARIA DE LOURDES BARRAGAN BARRAGAN.	SEGUNDO AÑO DE BACHILLERATO
2.- .- JESSICA MARGOTH LEMA GUAMAN.	TERCER AÑO BACHILLERATO "A"
3.- KARINA MORELIA. GUADALUPE NARANJO	TERCER AÑO BACHILLERATO "C"
4.- JOHANA SULAY GAROFALO GARCIA.	TERCER AÑO BACHILLERATO "I"
5.- BANEZA JUDITH VERDEZOTO LEON.	TERCER AÑO BACHILLERATO "

LIC. ENMA BAYAS SANCHEZ.
ORIENTADORA VOCACIONAL.

San Miguel de Bolívar, 23 de abril del 2014.

Sr. Lic.

Marcelo Valverde.

RECTOR DE LA UNIDAD EDUCATIVA DEL MILENIO "ANGEL POLIBIO CHAVES".

De mi consideración.

Luego de expresarle un cordial saludo, informo la nómina de alumnas embarazadas en el presente año lectivo.

ALUMNAS EMBARAZADAS

2.013- 2014.

SEGUNDO AÑO BACHILLERATO.

- 1.- HUILCA KAREN (2meses) "C"
- 2.- VELOZ CRIOLLO LISETH (3 meses) "C"
- 3.- GALLO LUCIO GABRIELA (3 meses)*

TERCER AÑO DE BACHILLERATO.

- 4.- DURAN EDILMA. (4 meses)*

NOTA . Esta nómina difiere de la anterior considerando que las otras alumnas ya dieron a luz.

Particular que comunico, para los fines legales consiguientes.

Atentamente.

Lic. Enma Bayas Sánchez.

IRIENTADORA VOCACIONAL.

4. ANEXO 4: APLICACIÓN DE ENCUESTA A LAS/OS ADOLESCENTES



5. ANEXO 5: EJECUCIÓN - SOCIALIZACIÓN DE LA PROPUESTA





Socializando la propuesta.











6. ANEXO 6: ENTREGA DE TRIPTICOS EN LA SOCIALIZACION

<p>LA PILDORA DEL DIA DESPUÉS</p>  <p>Se trata de un preparado hormonal a base de la hormona (gestágeno), este método de emergencia, no debe utilizarse de forma habitual sino que solo es recomendable en casos inesperados.</p>  <p>No es segura 100% pero evita el 85% de los embarazos que pudieran producirse.</p>	<p>USO</p> <p>Se deben usar dentro de los 5 días o 120 horas, después de la relación sexual no protegida. Mientras antes se usen ofrezcan mayor efecto.</p>  <ul style="list-style-type: none">⇒ Cuando se usa dentro de las 72 horas es seguro en un 98%⇒ Si se usa dentro de los 4 días serán seguras en un 85%⇒ Si usa al quinto día tendrá solo el 31% de seguridad. <p>HOSPITAL SAN MIGUEL</p>  <p>Ministerio de Salud Pública</p>	 <p>UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERÍA TEMA: MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS</p>  <p>AUTORES: IRE DAVID GONZALEZ IRE FANNY VELOZ</p>
--	---	---



7. ANEXO 7: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	MESES	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV
Definición del tema de investigación.															
Presentación de la denuncia del tema de investigación.															
Designación de directores y aprobación temas te tesis.															
Desarrollo 1ra. Parte: tema, objetivos, justificación, problema, Hipótesis, variables, marco teórico															
Encuentro de asesoramiento directores/as															
Desarrollo 2da.parte: Operacionalización de las variables, diseño metodológico, instrumento de recolección de datos															
Desarrollo 3ra. Parte. Recolección, procesamiento y análisis de datos, conclusiones, recomendaciones, anexos															
Entrega de trabajos al CIE para revisión y calificación de los trabajos escritos por los pares académicos															

8. ANEXO 8: PRESUPUESTO

RECURSOS HUMANOS:

Lic. Jaime Calvache **Director de tesis**

David González **Interno Rotativo de Enfermería - UEB**

Fanny Veloz **Interna Rotativa de Enfermería - UEB**

RECURSOS MATERIALES:

DETALLE	P. UNITARIO	P. FINAL
100 Horas de internet	0.60	60.00
452 Impresiones B/N encuestas	0.10	45.20
670 Impresiones a color borradores	0.25	167.50
6 Anillados	2.00	12.00
6 Especies valoradas	2.00	12.00
10 Oficios	0.50	5.00
Preparativos defensa de tesis		220.00
Imprevistos		78.25
Total		521.70

RECURSOS FINANCIEROS: 521.70

BIBLIOGRAFIA

OMS, 2012. Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. *Adolescencia* [15:00 – 03/04/2014]. Recuperado en:
http://apps.who.int/rhl/adolescent/cd005215_ramoss_com/es/index.html

Unidad Educativa “Ángel Polibio Chaves”, 2013. *Reseña Histórica – visión – misión.*
Secretaria del plantel. (ppp, 12-13-14).

MSP, Salud. *Salud de adolescencia*, [11:00 – 22/05/2014]. Recuperado en:
<http://www.censia.salud.gob.mx/descargas/adolescencia/saludadol.pdf>

Krauskopf, D. (2007). *Adolescencia y Educación. Cambios en la adolescencia. 2ª ed.*
EUNED, [8:00 – 20/06/2014]. Recuperado en:
<http://books.google.es/books?id=mqjTAdT4HV0C&printsec=frontcover&dq=inauthor:%22Dina+Krauskopf%22&hl=es&sa=X&ei=ZH9eVJ3oI7XIsASimoKIAw&ved=0CCIQ6AEwAA>

Lara Alberca, J (1977), *Adolescencia Cambios físicos y cognitivos. Cambios y características.* [9:00 – 13/03/2014]. (pp. 127-128)

Salud Club Planeta, (2011). *Porque se embarazan los adolescentes.* [10:00 – 21/06/2014].
Recuperado en:
http://www.peques.com.mx/por_que_los_adolescentes_se_embarazan.htm

Peláez, J(1995). **Adolescente embarazada.** *Sexología y Sociedad.* [11:00 – 23/06/2014]. Recuperado en: <http://www.monografias.com/trabajos75/prevencion-embarazo-adolescentes-tarea-social/prevencion-embarazo-adolescentes-tarea-social2.shtml>

Arévalo Martínez, C., Paricio Parrilla, J., Lassa Lete, I. (2010). Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia. *Información sexual al adolescente* [16:00 – 28/04/2014]. Recuperado en: http://www.imv.com.ve/_descargas/2010-10/31d3c83a5510ead663b89cf6bd1c974e1860918065embarazo_adolescencia.pdf Capitulo 26 (p. 822).

MSP, Buen Vivir Plan Nacional 2013-2017 Objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir [10:00 – 18/06/2014]. Recuperado en: <http://www.buenvivir.gob.ec/objetivo-3.-mejorar-la-calidad-de-vida-de-la-poblacion>

MSP, 2012. Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención de Embarazos en Adolescentes. [22:00 – 01/07/2014]. Recuperado en <http://www.salud.gob.ec/estrategia-nacional-intersectorial-de-planificacion-familiar-y-prevencion-de-embarazos-en-adolescentes/>

Lavado Habrahamshon, M. (1999), **Profamilia Colombia.** *Objetivos de la Planificación Familiar.* [10:00 – 02/07/2014]. Recuperado en: http://www.profamilia.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=35&Itemid=55

Cruz Hernández, J., Yanes Quesada, M., Isla Valdés, A. (2007) **Revista Cubana Endocrinol.** *Anticoncepción en la adolescencia.* [20:00 – 12/07/2014]. Recuperado en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/end/vol18_1_07/end06107.htm

OMS, (2012). **Organización Mundial de la Salud. Planificación Familiar.** [12:00 – 21/07/2014]. Recuperado en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

Goldstein & Glejzer, **Sexualidad Padres e Hijos, Métodos anticonceptivos y Planificación Familiar.** Buenos Aires – Argentina 2006.

Goldstein & Glejzer, **Sexualidad Padres e Hijos, Métodos anticonceptivos de Barrera.** Buenos Aires – Argentina 2006.

Landa Sánchez, A (2001) **Sexualidad, Clasificación de métodos anticonceptivo.** España (p2).

Chera, S. 2001 guía para profesionales de la salud, Métodos anticonceptivos [20:00 – 23/06/2014]. Recuperado en: <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/tocoginecologia/files/2014/02/M%C3%A9todos-Anticonceptivos.-Guia-Pr%C3%A1ctica-para-Profesionales-de-la-Salud.pdf>

Foros Ecuador, 2013. **Tipos de métodos anticonceptivos. Anticonceptivos de Emergencia.** [18:00 – 20/05/2014]. Recuperado en: <http://www.forosecuador.ec/forum/aficiones/amor-y-sexualidad/3366-tipos-de-m%C3%A9todos-anticonceptivos>