



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

**PROPUESTA EDUCATIVA SOBRE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS PREFERENTES Y DE EMERGENCIA EN
ADOLESCENTES DEL BARRIO PIEDRA GRANDE, CANTÓN
ARCHIDONA.**

2015- 2016

AUTORA: NANCY DEL PILAR YAMBAY PAUCAR

TUTORA: SOINI GONZÁLEZ

Trabajo de Titulación modalidad Proyecto de Investigación y Desarrollo, presentado ante el Instituto de Posgrado y Educación Continua de la ESPOCH, como requisito parcial para la obtención del grado de:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Riobamba – Ecuador

Diciembre, 2016



CERTIFICACIÓN

EL TRIBUNAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN CERTIFICA QUE:

El trabajo de titulación modalidad Proyectos de investigación y Desarrollo, “PROPUESTA EDUCATIVA SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PREFERENTES Y DE EMERGENCIA EN ADOLESCENTES DEL BARRIO PIEDRA GRANDE, CANTÓN ARCHIDONA, 2015- 2016.” de responsabilidad de la Dra. Nancy del Pilar Yambay Paucar, ha sido prolijamente revisado y se autoriza su presentación.

Ing. PhD. Fredy Proaño Ortiz

PRESIDENTE

Dra. Soini González Gámez.

DIRECTORA

Dra. Vivian Herrera Gómez

MIEMBRO

Dra. Lucila Revé Sigler

MIEMBRO

Riobamba, 2016.

DERECHOS INTELECTUALES

Yo, Nancy Del Pilar Yambay Paucar, declaro que soy responsable de las ideas, doctrinas y resultados expuestos en el **Trabajo de Titulación modalidad Proyectos de Investigación y Desarrollo**, y que el patrimonio intelectual generado por la misma pertenece exclusivamente a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

FIRMA

C.I. 0603327792

DEDICATORIA

A mi esposo Manuel, por el apoyo incondicional y comprensión durante el transcurso del posgrado y desarrollo de la investigación.

A mi hija Areli por ser mi inspiración y motivo que me impulsa cada día a ser excelente profesional, madre y persona.

A mi madre Lolita por su amor infinito quien ha sido el soporte y guía en la búsqueda de mi horizonte profesional.

A mi padre José que desde el cielo me guía y me bendice para convertirme en una profesional competente y útil para la sociedad.

A mis hermanos y sobrinos por las manifestaciones de aliento y cariño que me han dado a lo largo de mi vida profesional.

Nancy.

AGRADECIMIENTO

Expreso mi agradecimiento a:

- Dios por haberme dado el don de la perseverancia para culminar con éxito uno de los sueños de mi vida.
- Mi esposo por el tiempo, apoyo y comprensión que me ha brindado durante la trayectoria del postgrado.
- Mi hija por ser la motivación que me impulsa para continuar con mi preparación profesional.
- Doctora Soini González Gámez por su apoyo incondicional y profesionalismo en la tutoría de todo el proceso investigativo.
- A los Docentes de la Misión Médica Cubana quienes contribuyeron con sus conocimientos en la formación académica y personal como médicos familiares.
- A los adolescentes quienes con su frescura y voluntad hicieron posible la realización de esta investigación.
- A mis compañeros por su amistad y colaboración en el desarrollo de esta investigación.

Nancy.

CONTENIDO

	Pág.
CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACION	ii
DERECHOS INTELECTUALES	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO	v
CONTENIDO.....	vi
LISTA DE TABLAS	ix
RESUMEN	xi
SUMMARY	xii
CAPÍTULO I	
1. INTRODUCCIÓN	1
1.2.1 <i>Objetivo general</i>	7
1.2.2 <i>Objetivos específicos</i>	7
1.3 Hipótesis de investigación	8
CAPÍTULO II	
2. MARCO REFERENCIAL.....	9
2.1 Antecedentes investigativos.....	9
2.2 Adolescencia	10
2.2.1 <i>Etapas de la adolescencia</i>	11
2.2.2 <i>Cambios en la adolescencia</i>	12
2.3 Embarazo en la adolescencia	14
2.3.1 <i>Factores predisponentes para el embarazo en la adolescencia</i>	15
2.3.2 <i>Consecuencias del embarazo en la adolescencia</i>	16
2.4 Anticoncepción en la adolescencia.....	17
2.4.1 <i>Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos</i>	18
2.4.2 <i>Consideraciones para la indicación de anticoncepción en adolescentes</i>	18
2.5 Bioética de la anticoncepción en adolescentes.....	19
2.6 Métodos anticonceptivos	20
2.6.1 <i>Concepto de método anticonceptivo</i>	21
2.6.2 <i>Clasificación de los métodos anticonceptivos en la adolescencia</i>	21

2.6.3	<i>Métodos anticonceptivos preferentes o recomendables</i>	22
2.6.3.3	<i>Anticonceptivos hormonales orales</i>	29
2.6.4	<i>Anticoncepción de emergencia</i>	36
CAPÍTULO III		
3.	DISEÑO METODOLÓGICO	41
3.1	Tipo de Investigación: De Desarrollo	41
3.2	Descripción de la población de estudio	41
3.2.1	<i>Unidad de análisis</i>	41
2.2.2	<i>Criterios de inclusión y exclusión</i>	41
3.3	Identificación de variables	42
3.4	Operacionalización de variables	43
3.5	Técnicas de Recolección de la información	47
3.5.1	<i>Fuente de recolección de la información</i>	47
3.5.2	<i>Instrumento</i>	48
3.5.3	<i>Etapas de la investigación</i>	48
3.6	Procesamiento de la información	49
3.7	Aspectos éticos	50
CAPÍTULO IV		
RESULTADOS Y DISCUSIÓN		51
4.	PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA	65
4.1	DATOS INFORMATIVOS	65
4.1.1	<i>Título</i>	65
4.1.2	<i>Institución ejecutora</i>	66
4.1.3	<i>Beneficiarios</i>	66
4.1.4	<i>Tiempo estimado para la ejecución</i>	66
4.1.5	<i>Equipo responsable</i>	67
4.2	Antecedentes de la propuesta	67
4.3	Fundamentación de la propuesta de intervención	67
4.4	Objetivos	68
4.4.1	<i>Objetivo General</i>	68
4.4.2	<i>Objetivos Específicos</i>	68
4.5	Acciones de la propuesta de intervención	69
4.6	Plan de la propuesta de intervención	70
4.7	Desarrollo del plan de intervención	74

4.7.1 Plan de clase No. 1	74
4.7.2 Plan de clase No. 2	77
4.7.3 Plan de clase No. 3	82
4.7.4 Plan de clase No. 4	86
4.7.5 Plan de clase No. 5	90
4.7.6 Plan de clase No. 6	93
4.8 Evaluación de cocimientos pos intervención	96
CONCLUSIONES	97
RECOMENDACIONES:	98
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

LISTA DE TABLAS

Tabla 1-4: Adolescentes según edad y sexo. Barrio Piedra Grande. Cantón Archidona, 2016.....	53
Tabla 2-4: Adolescentes según etnia. Barrió Piedra Grande. Cantón Archidona, 2016.....	54
Tabla 3-4: Adolescentes según la escolaridad. Barrio Piedra Grande. Cantón Archidona 2016.....	55
Tabla 4-4: Adolescentes según descendencia. Barrio Piedra Grande. Cantón Archidona, 2016.....	56
Tabla 5-4: Adolescentes según la convivencia. Barrio Piedra Grande. Cantón Archidona, 2016.....	57
Tabla 6-4: Adolescentes según la escolaridad de los padres. Barrio Piedra Grande. Cantón Archidona 2016.....	58
Tabla 7-4: Adolescentes según conocimientos sobre métodos anticonceptivos y edad. Barrio Piedra Grande Cantón Archidona 2016.....	59
Tabla 8-4: Adolescentes según conocimiento sobre métodos anticonceptivos y sexo. Barrio Piedra Grande Cantón Archidona 2016.....	60
Tabla 9-4 : Adolescentes según conocimientos sobre métodos anticonceptivos y etnia. Barrio Piedra Grande. Cantón Archidona, 2016.....	62
Tabla 10 -4: Adolescentes según conocimientos sobre métodos anticonceptivos y escolaridad de los padres. Barrio Piedra Grande. Cantón Archidona 2016.....	63

Tabla 11-4: Adolescentes según conocimiento sobre métodos anticonceptivos y convivencia familiar. Barrio, Piedra Grande. Cantón Archidona, 2016.....**64**

RESUMEN

Propuesta educativa sobre métodos anticonceptivos preferentes y de emergencia en adolescentes de barrio Piedra Grande, Cantón Archidona, provincia de Napo en el periodo comprendido de Julio 2015 a Julio 2016. Se realizó un estudio descriptivo, correlacional y transversal con enfoque cuantitativo y cualitativo, el universo estuvo constituido por 126 adolescentes, para el estudio se tomó una muestra de 120 adolescentes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Para la obtención de la información se utilizó una encuesta, validada por un grupo de expertos mediante los criterios de Moriyama y la obtención del alfa de Cronbach. Se obtuvieron los siguientes resultados: 59 adolescentes pertenecían al grupo de edad de 10 a 14 años con el 49,1%, 65 pertenecían al sexo femenino para un 54,2%, 78 adolescentes se autoidentificaron como indígenas alcanzando el 65%, 60 adolescentes se hallaron cursando la educación básica superior para un 50%. En cuanto a los conocimientos 105 adolescentes para un 87,5% presentaron conocimientos no satisfactorios, 58 adolescentes del sexo femenino presentaron conocimientos no satisfactorios para un 48,3%, 65 adolescentes indígenas presentaron conocimientos no satisfactorios alcanzando el 54,2%. Concluyendo que los adolescentes presentaron conocimientos no satisfactorios sobre métodos anticonceptivos preferentes y de emergencia relacionados con el sexo, edad y la etnia. En base a los resultados obtenidos se diseñó una estrategia de intervención educativa sobre este tema. Recomendando la aplicación de la intervención educativa en los adolescentes del barrio Piedra Grande del cantón Archidona.

Palabras clave: < MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS >, < PROPUESTA DE INTERVENCIÓN >, < ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA > < CONOCIMIENTOS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS >, < ARCHIDONA (CANTÓN) >, < NAPO (PROVINCIA) >.

SUMMARY

Educational proposal on preferential and emergency contraceptives methods in adolescents in the Neighborhood of Piedra Grande, Archidona canton, Napo Province in the period from July 2015 to July 2016. It was carried out a descriptive correlational and cross-sectional study with a quantitative and qualitative approach, The universe was constituted by 126 adolescents, for the study was taken a sample of 120 adolescents who met the inclusion and exclusion criteria. To obtain the information, It was used a survey, validated by a group of experts by Moriyama's criteria and obtained the Cronbach's alpha. They obtained the following results: 59 adolescents belonged to the age group of 10 to 14 with 49,1%; 65 belonged to the female sex for 54,2%, 78 adolescents identified themselves as indigenous reaching 65%; 60 adolescents were enrolled in higher education for 50%. With regard to the knowledge, 105 adolescents for a 87,5% presented unsatisfactory knowledge, 58 female adolescents presented unsatisfactory knowledge for 48,3%, 65 indigenous adolescents presented unsatisfactory knowledge reaching 54,2%. Concluding that adolescents presented unsatisfactory knowledge on preferred and emergency contraceptive methods related to the gender, age, and ethnicity. On the basis of the results obtained was designed a strategy of educational intervention on this subject. Recommending the implementation of the educational intervention in adolescents of the Neighborhood Piedra Grande, Archidona canton.

KEYWORDS: <CONTRACEPTIVE METHODS>, <INTERVENTION PROPOSAL>, <EMERGENCY CONTRACEPTIVES>, <KNOWLEDGE ABOUT CONTRACEPTIVE METHODS>, <ARCHIDONA CANTON>, <NAPO PROVINCE>.

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una fase maravillosa que cursa todo ser humano, pero también puede ser compleja y angustiosa para los padres ya que esta etapa la gente joven adquiere nuevas responsabilidades y siente la necesidad de independencia. Los adolescentes buscan su identidad, aprenden a poner en práctica los valores que recibieron de sus progenitores en la niñez y desarrollan habilidades que les permitirán convertirse en adultos productivos y responsables.

Para que el desarrollo del adolescente sea pleno es necesario que exista el apoyo y aliento de los adultos lo que los ayudará a convertirse en miembros de apoyo que contribuyan en la familia y comunidad. (Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2002).

Con la energía, entusiasmo, creatividad y curiosidad que poseen los adolescentes, él tiene la capacidad de lograr un mundo mejor, de cambiar los patrones negativos de conducta social, de romper el círculo de violencia y discriminación de los cuales en muchos casos son víctimas y que ha sido transmitido de generación en generación (Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2002).

Se considera que los adolescentes son un grupo de riesgo debido a que exploran su sexualidad sin conocimientos y sin medidas de protección, es más probable que las niñas inicien su vida sexual tempranamente pero también las probabilidades de usar algún método anticonceptivos son escasas, en contraste con lo varones estos se involucran en relaciones sexuales peligrosas, en ambos casos corren el riesgo de enfrentarse prematuramente a infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados, violencia sexual e incluso matrimonios precoces, por tales motivos es meritorio que desde edades tempranas se brinde información científica sobre sexualidad y planificación familiar (UNICEF, 2011).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) el fomento de la planificación familiar y la accesibilidad a métodos anticonceptivos es esencial para lograr el bienestar de la pareja y autonomía de las mujeres ya que permite decidir el número de hijos y el tiempo entre cada uno de ellos, además disminuyen la necesidad de recurrir al aborto y a otras prácticas que pueden poner en riesgo la vida de las y los adolescentes.

Sin embargo hablar de anticoncepción en la adolescencia no resulta sencillo, hay que reconocer dos circunstancias importantes: la primera está en relación con el reconocimiento del derecho que tiene el adolescente al goce de su sexualidad de una forma segura evitando un desenlace adverso y la segunda tiene que ver con reconocer que a pesar de las diversas estrategias implementadas por la familia, maestros, profesionales de la salud e instituciones gubernamentales, no se consigue eliminar ni disminuir el embarazo en la adolescencia (Rodríguez, 2015).

Por lo tanto, la prescripción de un método anticonceptivo en la adolescencia se convierte en una tarea difícil para el médico debido a que en esta etapa no existe ningún método anticonceptivo ideal, sin embargo, un método ideal sería aquel que les de la facultad de vivir plenamente su sexualidad y les ofrezca una protección eficaz para el embarazo e infecciones de transmisión sexual (Cervera, 2013).

Por lo antes expuesto la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia clasifica a los métodos anticonceptivos en la adolescencia en: Recomendables o Preferentes, aceptables, poco aceptables y de emergencia. Estos deben reunir ciertas características como: ser eficaz, fácil de usar, reversible, de bajo costo y no debe interferir en el desarrollo físico (Peláez, 2016).

Sin embargo, debido que, a nivel mundial, la mayoría de los jóvenes inician su vida sexual a edades tempranas, la utilización de anticonceptivos como medida preventiva para embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (ITS) va a depender de la información que tengan en ese momento sobre el tema, de la madurez con la que enfrente su sexualidad, de la disposición y motivación que tengan hacia la posibilidad de usar algún anticonceptivo (Flores y Soto, 2008).

A pesar que la mayoría de jóvenes han oído hablar de anticonceptivos, saben dónde los distribuyen incluso creen estar en capacidad de utilizarlos, desconocen su función y su forma de actuar en la fisiología de la reproducción, generando el uso incorrecto de los mismos, esta situación se acentúa en poblaciones rezagadas y puede verse favorecido por la baja escolaridad, factores culturales, sociales e incluso religiosos (Flores y Soto, 2008).

Uno de los resultados y quizá el más nefasto es el incremento de embarazos no deseados. En América Latina y el Caribe, la tendencia de la fecundidad adolescente ha mostrado un comportamiento heterogéneo. En Ecuador la tasa de embarazo en adolescentes llega al 17 % ubicándose en segundo lugar después de Venezuela, situación que puede estar en relación con escasa educación sexual y poca adherencia al uso de métodos anticonceptivos (Diario el Universo, 2012).

Con la finalidad de revertir esta problemática, en algunos países se ha implementado servicios y programas de salud sexual y anticoncepción, el propósito ha sido fomentar el apoyo y comprensión familiar, reducir las relaciones sexuales forzadas entre los adolescentes, aumentar el uso de anticonceptivos a fin de evitar el riesgo de embarazo involuntario. No obstante, este tema aún genera conflictos por los tabúes, creencias culturales y mitos existentes (OMS, 2014).

El Ecuador en el año 2012 presenta la Estrategia Nacional de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo Adolescente (ENIPLA) con la finalidad de disminuir el embarazo en la adolescencia, garantizando el acceso a la educación, información, consejería en materia de educación sexual y reproducción, sin embargo esta estrategia fue cuestionada por el Gobierno Nacional, ya que las acciones realizadas por ENIPLA fomentaban el libertinaje sexual, repartiendo condones como chicles sin las directrices de los padres, por lo que se puso en duda la sostenibilidad de este programa, ocasionado la suspensión del mismo, con la idea de fortalecer o recuperar valores éticos y morales en los jóvenes a través del “Plan familia Ecuador” priorizando el amor, efecto y familia como eje de la sexualidad (Paz y Miño, 2015).

Problema de Investigación

La sexualidad es una expresión del ser humano, sea este masculino o femenino, no se trata solo de genitalidad sino más bien es una exteriorización del ser íntimo de la persona, se expresa y se experimenta a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas y relaciones, pero también se ve influenciada por interacciones entre lo biológico, psicológico, social, económico, cultural, ético, histórico y religioso. Su importancia radica en que los jóvenes inician su vida sexual en edades tempranas, en comparación con otros grupos de edad estos tienen altas tasas de morbilidad originadas de una conducta sexual inadecuada, incluyendo infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados (Corona y Funes, 2014).

El embarazo en adolescentes sigue siendo un problema social que acarrea consecuencias devastadoras para los jóvenes y sus familias. De acuerdo a estadísticas sanitarias la tasa media de natalidad mundial en adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1000 mujeres adolescentes, siendo la más alta en África Subsahariana, mientras que la proporción de partos que ocurren durante la adolescencia se sitúa en alrededor del 2% en China, el 18% en América Latina y el Caribe y más del 50% en el África subsahariana (OMS, 2014).

En América Latina específicamente en los países Andinos la tasa de embarazo adolescente es de aproximadamente el 18%, además por cada mil nacimientos que ocurren 74 provienen de mujeres adolescentes, con un rango de entre 55 y 90 por 1000. En otros países como Colombia para el año de 1995 al 2010 el embarazo adolescente se redujo de 89 a 84 por 1000 nacidos vivos, sin embargo, durante el año 2005 existió un repunte llegando a 90 por 1000. En Ecuador el porcentaje de madres adolescentes para el año 2010 fue de 19%

(Trejo, Chimbo & Coello, 2015).

Ecuador es uno de los países de América Latina con mayor número de casos de embarazo en la adolescencia, 1 de cada 5 mujeres entre 15 y 19 y 1 de cada adolescente entre 12 y 14 años ya es madre hoy en día. En los últimos 10 años esta tendencia ha tenido un incremento de 2.3 puntos en relación a la fecundidad en mujeres de edad adulta (Trejo, Chimbo & Coello, 2015). En el año 2010 se demostró que 3'645.167 mujeres eran madres, de ellas 122.301 fueron adolescentes, del total de madres

adolescentes el 75.2% pertenece a la población económicamente inactiva lo que las conduce a realizar tareas impropias para su edad y dejan de lado actividades de formación profesional, el 22,1% asiste al nivel educativo el resto abandona sus estudios, situación que generará conflictos a futuro, limitándolas a recibir una educación de calidad para insertarse en el mundo laboral, estas cifras muestran que el embarazo en la adolescencia altera el sistema de vida, educación y puede empeorar o perpetuar el ciclo intergeneracional de pobreza (Burneo, Córdova, Gutiérrez & Ordoñez, 2015).

Trejo et al. (2015) Hace referencia a que, en Ecuador, dos de cada tres adolescentes entre 15 y 19 años, sin educación, son madres o están embarazadas por primera vez, menciona también que en la última década el embarazo en menores de 15 años ha llegado al 74%, mientras que en mayores de 15 años este porcentaje llegó al 9%; con relación a la fecundidad manifiesta que el Ecuador tiene la tasa más alta de la Subregión Andina llegando a 100 por 1000 nacidos vivos. Entre las determinantes que conducen al aumento del embarazo adolescente se mencionan: pobreza, desigualdad, desempleo, residencia de las adolescentes en zonas rurales, escaso gasto público en salud, violencia de género, escaso o mala utilización de métodos anticonceptivos y bajo escolaridad (Azebedo, López, Müller & Perova, 2012).

En el Distrito 15D01 (Cantón Tena-Archidona-Arosemena Tola), se observa que el número de embarazadas adolescentes se mantiene elevado, en el año 2015 se captaron 6575 embarazadas, de ellas 1997 (30%) fueron adolescentes y de enero agosto de 2016 de un total de 3329 embarazadas, 981 (29%) son adolescentes (Estadísticas, Distrito 15D01, 2016).

En el Cantón Archidona de acuerdo al registro estadístico del Centro de Salud Enero - Diciembre 2014 se captaron 326 embarazadas (100%), de las cuales el 36,8% son adolescentes entre 13 y 19 años, en su mayoría son indígenas 82,5% frente a las mestizas 17,5%. (Estadísticas del Centro de Salud Archidona, 2014).

En el Barrio Piedra Grande el 33,3% de embarazos corresponde a adolescentes entre 12 a 19 años, problemática que ha sido identificada por los líderes formales e informales durante la realización del análisis de la situación de salud 2014 (Análisis de la situación de salud, 2014).

Formulación del problema

¿Cuál es el grado de relación entre las variables sociodemográficas y el conocimiento sobre métodos anticonceptivos preferentes y de emergencia en los adolescentes del Barrio Piedra, del Cantón Archidona, a considerar en la elaboración de una propuesta educativa?

Justificación

El incremento de embarazos en adolescentes y el desconocimiento e importancia de los métodos anticonceptivos son los dos grandes y complejos problemas que hoy en día afecta a la población de adolescentes, causando diversas consecuencias negativas para el desarrollo personal y social de las mujeres (Fàrez, González & Quezada, 2014).

La calidad de información que poseen los adolescentes acerca de métodos anticonceptivos crea preocupación, ya que esta situación deja en evidencia que existe una falta total de educación acerca de la sexualidad desde los adultos hacia los niños y adolescentes; en el seno familiar no se habla con amplitud sobre el tema, en los pocos intentos tímidamente se habla acerca de la anatomía y funciones sexuales; esta situación empeora porque en el currículo educativo no existe una asignatura dedicada a educación sexual, en el mejor de los casos la educación formal y las clases de sexualidad se basan en la biología del ser humano, superficialmente intentan explicar cómo prevenir embarazos y enfermedades de transmisión sexual (Burneo et al.,2015).

Varios estudios realizados en el Ecuador dejan al descubierto el déficit de conocimientos que poseen los adolescentes sobre métodos anticonceptivos. Uno de los estudios realizados en el año 2014 en la provincia de Tungurahua demostró que el 61% tiene algún conocimiento sobre métodos anticonceptivos, el 38% no posee ninguna información, sin embargo el 58% presenta conocimientos insuficientes, el 37% presentó conocimientos regulares, apenas el 4,3% tiene un buen nivel de conocimientos, durante este trabajo se evidenció que la mayoría de embarazos se produjeron por mal uso o no uso de métodos anticonceptivos, estos se hallan relacionados con los deficientes conocimientos sobre anticonceptivos y ciertos mitos que se formaron respecto a ellos (Llerena, 2014).

En la región amazónica la problemática del embarazo precoz es cada vez más frecuente, en el año 2011 de los 45708 partos adolescentes que fueron atendidos en el país, el 6,3% se produjeron en la zona oriental (El Telégrafo, 2013). La Dirección de salud de Napo a través del personal de las Unidades Operativas ha intentado socializar ciertos temas de sexualidad de una manera superficial y aislada sin lograr el impacto deseado.

Durante las visitas de control realizadas a los hogares con riesgo pre-concepcional se observó el desconocimiento por parte de las y los adolescentes sobre métodos anticonceptivos preferentes y de emergencia, así como temor de los padres para encarar conversaciones y orientaciones sobre el tema, lo que en muchos casos está relacionado con la etnia y bajo nivel educacional de los mismos. Mediante la aplicación de técnicas cualitativas como la entrevista a profundidad con líderes formales de la comunidad se corroboró los supuestos expresados anteriormente, así como la necesidad de implementar medidas para su control.

Por lo tanto, realizar una propuesta de intervención educativa para mejorar los conocimientos sobre los métodos anticonceptivos preferentes y de emergencia, podría tener un efecto favorable, pues con pocos recursos se espera mejorar las actitudes y prácticas frente al uso de anticonceptivos, que incidan en la disminución de los embarazos en adolescentes y se prevengan las infecciones de transmisión sexual a largo plazo.

1.2 Objetivos de la investigación

1.2.1 Objetivo general

Elaborar una propuesta educativa sobre métodos anticonceptivos preferentes y de emergencia en los adolescentes del Barrio Piedra Grande, del cantón Archidona en el período Julio de 2015- Julio de 2016.

.

1.2.2 Objetivos específicos

1.- Caracterizar a los adolescentes según variables sociodemográficas y biológicas.

2.-Evaluar los conocimientos sobre los métodos anticonceptivos preferentes y píldoras anticonceptivas de emergencia en adolescentes del barrio Piedra Grande del Cantón Archidona.

3.-Identificar el grado de relación entre las variables sociodemográficas seleccionadas y los conocimientos sobre métodos anticonceptivos.

4.-Diseñar una propuesta educativa sobre métodos anticonceptivos preferentes y píldoras anticonceptivas de emergencia.

1.3 Hipótesis de investigación

Hipótesis Nula (H0): Los adolescentes del barrio Piedra Grande del cantón Archidona deben tener los conocimientos suficientes sobre métodos anticonceptivos preferentes y de emergencia, por lo que no será necesaria una intervención educativa.

Hipótesis Alternativa (H1): Los adolescentes del barrio Piedra Grande del cantón no deben tener conocimientos suficientes sobre métodos anticonceptivos preferentes y de emergencia, por lo que será necesaria una intervención educativa sobre este tema.

CAPÍTULO II

2. MARCO REFERENCIAL

2.1 Antecedentes investigativos

Posterior a la exploración de las diferentes fuentes bibliográficas se encontraron varios estudios relacionados al tema investigativo

Autores: Sánchez Meneses M.; Dávila Mendoza R.; Ponce Rosas E.

Tema: Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud

Se trata de un estudio descriptivo, observacional y transversal, realizado en los servicios de atención médica del centro de salud de la jurisdicción de Tlalpan Distrito Federal de México en el periodo de septiembre a octubre 2014. El objetivo fue identificar el nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes. La muestra estaba conformada por 120 adolescentes entre de 15 a 19 años de edad, a los cuales previo la firma del consentimiento informado se les aplicó un cuestionario de 10 preguntas en cual se incluyeron variables sociodemográficas y de conocimientos sobre métodos anticonceptivos. Los conocimientos fueron calificados como alto, medio, bajo y nulo.

Conclusión:

Los resultados encontrados en el estudio dejo al descubierto que hay que mejorar la calidad de la educación con respecto a la sexualidad y a los métodos anticonceptivos, debido a que la mayor parte de los adolescentes presentaron conocimientos medios y bajos. Por lo que es importante brindar una atención de calidad con asesoría y prescripción de anticonceptivos de forma segura tomando en cuenta la motivación y aceptabilidad del adolescente hacia el método para garantizar la adherencia y continuidad del mismo.

Autores: Posada, M. y Mora, B.

Tema: Conocimientos previos sobre métodos anticonceptivos y su relación con conocimientos adquiridos después de una intervención educativa con simulador

El estudio fue de tipo descriptivo, se realizó durante el año 2013, en Colombia, Departamento de Risaralda, Municipio dos Quebradas. El objetivo fue relacionar los conocimientos previos sobre los métodos anticonceptivos con los conocimientos adquiridos posterior a una intervención educativa con simulador. La muestra estaba conformada por 295 adolescentes que cursaban diferentes grados de escolaridad. El estudio se desarrolló en tres etapas: en la primera se aplicó un cuestionario para identificar los conocimientos previos, en una segunda fase se identificó las falencias y se elaboró los contenidos que iban a ser impartidos, en la tercera fase se evaluó los conocimientos posteriores a la intervención

Conclusión:

Se identificó que los adolescentes presentaban conocimientos deficientes sobre métodos anticonceptivos, la aplicación de la intervención mediante el uso de un simulador sirvió para que los adolescentes modifiquen los conocimientos sobre el tema. Este trabajo pone de manifiesto que la enseñanza en la adolescencia debe ser práctica y demostrativa para que los jóvenes asimilen la información.

2.2 Adolescencia

A nivel mundial la población de adolescentes entre 10 y 24 años es de aproximadamente 1.800 millones (Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA] 2014), mientras que en América latina y el Caribe llega el número de adolescentes a 140 millones (UNFPA, 2012). En Ecuador la población de 10 a 19 años es de 2,958.879 lo que corresponde al 20,4% de la población (Instituto Nacional de Estadísticas y censo [INEC] 2010), en la provincia de Napo la población de adolescente es de 24,330 correspondiente al 23,5% de la población en general, con predominio del sexo femenino sobre el masculino (Fascículo provincial de Napo, 2010).

La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la salud (OMS) como el período de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, sus límites han sido fijado entre los 10 y 19 años, es una etapa de transición importante en la vida del ser humano, caracterizada por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios biológicos, psicológicos y sociales (Sam, Osorio, Rodríguez & Pérez, 2014).

Fáres et al., (2014) menciona que la adolescencia sigue siendo un periodo de aprendizaje y transición en el cual es difícil acceder a información y educación sexual, lo cual constituye serios obstáculos para acceder a métodos anticonceptivos y medidas preventivas frente a enfermedades de transmisión sexual, generando dificultad en el inicio de la vida sexual, trayendo como consecuencias el incremento de embarazos no deseados, abandono escolar, pobreza, desempleo y complicaciones en el recién nacido.

2.2.1 Etapas de la adolescencia

Al ser la adolescencia una etapa donde se producen una serie de cambios biopsicosociales es difícil establecer límites cronológicos. Casas y Ceñal (2005) mencionan que para comprender mejor el desarrollo del adolescente esta se divide en tres etapas: Adolescencia temprana de 11 a 13 años, adolescencia media de 14 a 17 años, y adolescencia tardía de 17 a 21 años. Otras entidades como la UNICEF (2011) dividen a la adolescencia en dos grandes etapas: Adolescencia temprana de 10 a 14 años y adolescencia tardía de 15 a 19 años. Sin embargo, Gaete (2015) refiere que la adolescencia es un período altamente variable en relación al crecimiento, desarrollo biológico, psicológico y social, por ende, la edad en que inicia o termina esta etapa es variable y los cambios son asincrónicos, por todas estas limitaciones divide a la adolescencia en tres etapas: Adolescencia temprana de 10 a 14 años, adolescencia media de 15 a 17 años y adolescencia tardía de 17 años en adelante.

2.2.2 Cambios en la adolescencia

Cambios físicos

La adolescencia es una etapa de rápido e intenso crecimiento y desarrollo físico en la que se producen cambios importantes en el cuerpo, se manifiesta como un período de transición entre la infancia y la edad adulta. El crecimiento del individuo a partir de la niñez, es acelerado y desconcertante, pues atraviesa diferentes fases sin mostrar una naturaleza fija, en esta se distingue dos períodos importantes: la pubertad y la adolescencia. La pubertad es el primer período y se halla estrechamente relacionado con cambios fisiológicos, lo que otorga a las y los adolescente la transformación físico-sexual definido por la aptitud para la procreación. Mientras tanto la adolescencia se centra en la aparición de la menstruación en las mujeres y en los varones la primera eyaculación (Mora y Hernández 2015).

Cambios psicológicos y sociales

Los caracteres del desarrollo psicosocial en los y las adolescentes son el producto de la interacción entre el desarrollo alcanzado en las etapas anteriores del ciclo vital, factores biológicos propios de esta etapa (desarrollo puberal, desarrollo cerebral, cambios hormonales) y la influencia de múltiples factores sociales y culturales (Gaete, 2015).

Durante este período la adolescencia posee sus propias tareas del desarrollo, las cuales deben completarse para conseguir finalmente un funcionamiento adaptativo durante la madurez. Lo fundamental de este período es la búsqueda de la identidad personal e involucra varios aspectos: aceptación del propio cuerpo, conocimiento objetivo, aceptación de la propia personalidad, identidad sexual y vocacional, ideología personal en los cuales incluye valores propios. Otra de las tareas mencionada por el mismo autor es el logro de la autonomía la cual ocurre cuando el adolescente logra la independencia emocional y económica, lo que implica la separación progresiva de la familia y el acercamiento al grupo de pares, estos cambios generan alteraciones en la dinámica familiar (Pérez et al., 2015).

Con relación a los cambios sociales el adolescente empieza a distanciarse del núcleo familiar y pierde el interés en la familia, pone resistencia a los límites, a la supervisión, no aceptan consejos ni toleran las críticas, llegan a crear conciencia de que los padres no son perfectos. A medida que transcurre el tiempo y llegan a la adolescencia media el grupo de pares se fortalece y se establecen relaciones con el sexo opuesto, adopta la vestimenta, la conducta y valores del grupo, luchan por conseguir la emancipación de la familia (Gaete, 2015).

En la adolescencia tardía disminuye la influencia de los amigos, los valores del grupo se debilitan, las amistades son más selectivas, el joven regresa a la familia, aprecia los valores y experiencia de los padres buscando su ayuda alcanzando la relación nuevas dimensiones, haciendo que aumente el desarrollo personal y familiar (Gaete, 2015).

En este período el adolescente debe alcanzar la independencia de los padres, aceptación del grupo de pares, adaptación a la nueva imagen corporal, fijación de la identidad sexual vocacional y moral (Casas y Ceñal, 2005). El conocimiento de los cambios que se producen en los adolescentes de acuerdo a sus características individuales, costumbres culturales, religiosas y sociales ayudará a interpretar ciertas actitudes, comportamientos y reacciones frente a eventos que no son esperados ni comunes para su edad, como por ejemplo un embarazo no deseado, pues ante esta situación la chica procederá de acuerdo a la época de la vida que está cursando. El embarazo no garantiza que alcance la madurez sexual ni psicológica (Ulanowicz, Parra, Wendler & Monzón, 2006).

2.3 Embarazo en la adolescencia

Las perspectivas sociales, académicas, económicas entre otras, ha obligado a que en la actualidad se posponga uno de los objetivos anhelados por la mujer como es el ser madre, no obstante, y sin premeditación este objetivo va cada día tomando más intensidad en la población adolescente. El ser madre en edades tempranas genera conflictos familiares, altera la estructura y funcionalidad de la misma, la mayoría de embarazos en esta etapa ocurren fuera de una relación estable, lo que ocasiona pensamientos de rechazo hacia el nuevo ser, convirtiéndolos en hijos no deseados; ante esta situación la adolescente no tiene la capacidad de responder a las demandas que implica un nuevo ser en su vida y peor un dejar de vivir para sí y responder a la necesidades de su hijo (Rosales e Irigoyen, 2013).

Embarazo en la adolescencia es aquella gestación que ocurre en mujeres de 10 a 19 años independientemente de la edad ginecológica. Crea conflictos que se imponen a la crisis propia de la adolescencia, interfiriendo en la vida del adolescente cuando todavía no alcanza la madurez física y mental y en muchas ocasiones en medio de deficiencias nutricionales y ámbitos familiares poco favorables (Guevara, 2013).

De acuerdo a la Organización Mundial de la salud ([OMS,] 2014) 16 millones de adolescentes entre 15 y 19 años, y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año ocurriendo la mayoría en países de bajos y medianos ingresos económicos.

En la región Andina el Ecuador es el primer país con alta prevalencia de embarazos en adolescentes, mientras a nivel de América del sur ocupa el segundo lugar después de Venezuela. A nivel nacional existen alrededor de 1.600 embarazos cada año y ocurre principalmente en adolescentes menores de 15 años de edad (Periódico el tiempo, 2015).

El proyecto Community Embedded Reproductive Health Care for Adolescents ([CERCA] 2012) asegura que el 46,5% de las madres tuvieron su primer hijo antes de los 19 años, patrón que puede reproducirse en su descendencia. Además, advierte que en la última década se evidenció un incremento de embarazos en adolescentes en un 74% entre los 10 a 14 años y de 9% entre los 15 a 19 años. Durante el año 2011 se

registraron 45708 de madres adolescentes de los cuales el 96,59% fue en mujeres de 15 a 19 años y el 3,41% en mujeres de 10 a 14 años.

Sin embargo de acuerdo al informe emitido por la Agencia Nacional de Noticias del Ecuador y Sud América ([ANDES], 2015), menciona que el embarazo en adolescentes de 15 a 19 años se redujo en siete puntos porcentuales y obedece al impacto de estrategia de planificación familiar y embarazo en adolescentes diseñada por el gobierno, mientras que en las adolescentes de 10 a 14 años se evidenció un aumento en el número de embarazos lo que puede estar relacionada con causas de abuso y violencia, por lo que recomiendan priorizar la atención en esta etapa de la vida.

2.3.1 Factores predisponentes para el embarazo en la adolescencia

Existen varias determinantes para un embarazo precoz, cada uno de los factores tienen un impacto diferente. En Ecuador tienen un elevado riesgo de embarazo aquellas jóvenes que viven en zonas rurales en comparación con las que viven en zonas urbanas, un factor importante es la baja escolaridad, poniéndose de manifiesto en las adolescentes que no han terminado la educación básica o en el mejor de los casos apenas han concluido con la educación primaria. El panorama se complica por el escaso o nulo conocimiento que poseen acerca de las relaciones sexuales y métodos anticonceptivos (Gonzales, 2009).

Existen otros factores que pueden estar involucrados con el embarazo precoz, entre estos se hallan: menarca temprana, inicio precoz de relaciones sexuales, familia disfuncional, migraciones recientes, falta o distorsión de la información sobre métodos anticonceptivos, controversias entre su sistema de valores y el de sus padres, y las agresiones sexuales (CERCA, 2012).

Es importante que los padres mediante el diálogo, ejemplo y una buena educación preparen a sus hijos para el encuentro con el sexo opuesto y analicen junto con ellos aspectos de la vida familiar, sexualidad, reproducción etc. Sin embargo, la mayoría de los padres no están bien informados y su educación acarrea rezagos de la vieja sociedad, tampoco es raro que en su actitud frente al sexo existan respuestas irracionales,

incompletas creando en los jóvenes incertidumbre y motivándoles a que busquen informantes no idóneos, inmaduros y quizá menos interesados, creando un círculo vicioso que los conducirá a conductas sexuales de riesgo (Alarcón, Coello, Cabrera & Monier, 2009).

2.3.2 Consecuencias del embarazo en la adolescencia

Médicas

La atención del embarazo en la adolescencia es una de las prioridades para los servicios de salud, ya que se relaciona con diversos problemas biológicos, psicológicos y sociales que afectan a la madre y al recién nacido. Las complicaciones maternas que se presentan a lo largo de la gestación se relacionan con: mal nutrición, enfermedad hipertensiva, anemia, amenaza de parto prematuro, mientras que en el niño las complicaciones que este puede presentar son: bajo peso al nacer, apgar bajo, traumatismo al nacimiento, problemas neurológicos y riesgo de muerte en el primer año de vida (Mora y Hernández, 2015).

Psicosociales

La maternidad es una responsabilidad de la mujer adulta. Cuando este evento se produce en la adolescencia y la joven no puede ejercer su papel de madre, el proceso se altera en diferente grado, conduciéndolas a que adopten obligaciones impropias de esta etapa de la vida, generando crisis que sobrepasa la capacidad de resolución de las adolescentes. El embarazo adolescente provoca intensos cambios biológicos, físicos, psíquicos y sociales, con aumento de la emotividad e incremento de problemas que no resolvieron anteriormente, optando la adolescente por exhibir diferentes actitudes las cuales van a depender del entorno familiar y sociocultural donde habita (Pérez et al., 2015).

Según la OMS (2014) el embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a la pobreza, abandono escolar, empleos menos remunerados e insatisfactorios, reducción de oportunidades, conflictos familiares, fracasos en la relación con su pareja, divorcios tempranos y violencia de género, ocasionando en la adolescente depresión, baja autoestima, sentimientos de inutilidad y

frustración. Por lo que es necesario ofertar una atención oportuna e integral tomando en cuenta el contexto familiar y su ambiente socioeconómico y cultural.

2.4 Anticoncepción en la adolescencia

Se considera que la anticoncepción en la adolescencia es la prestación de un servicio de salud integral, es solicitada espontáneamente por los adolescentes o pareja de adolescentes que han iniciado o están pensando iniciar una vida sexual, la misma puede ser permanente o esporádica (Montero, 2011). En la adolescencia no existe ningún anticonceptivo ideal, sin embargo, el método idóneo será aquel con el cual los jóvenes puedan vivir y expresar libremente su sexualidad y le proporcione una protección efectiva frente al embarazo y a las enfermedades de transmisión sexual (Cervera, 2013).

Sam et al., (2014) menciona que a excepción de la esterilización masculina y femenina todos los otros métodos son apropiados siempre y cuando el adolescente no sea portador de alguna enfermedad. Previo a ofrecerle las diferentes opciones anticonceptivas el joven tiene que tener la oportunidad de expresar sus necesidades y decidirse por uno de ellos; además el personal de salud debe crear un ambiente de confianza y ofrecerles información correcta para que los interesados seleccionen libremente el método. Para su elección es importante tomar en cuenta las conductas sexuales, frecuencia de relaciones, riesgo de enfermedades de transmisión sexual, eficacia del método, costo económico, efectos secundarios y capacidad de cumplir con el uso.

A la hora de seleccionar un método anticonceptivo existen otros factores a tomar en cuenta entre estos se hallan: motivación frente a la posibilidad de usarlo, seguridad, riesgos del método y número de parejas. Con lo anteriormente expuesto los anticonceptivos en la adolescencia debe tener alta eficacia, ofrecer protección frente a las enfermedades de transmisión sexual, ser reversible, no interferir en el desarrollo físico, fácil de utilizar y adecuado a la actividad sexual (Parra, 2011).

Existen aspectos personales que también hay que tomar en cuenta al momento de brindar asesoramiento anticonceptivo, entre estos se menciona: edad, madurez física y psicológica, conocimiento de las necesidades de los adolescentes o de la pareja,

cooperación mutua, valores morales, creencias, entorno familiar, estado de salud y entorno socio familiar (Cervera, 2013).

2.4.1 Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos

Para la consejería y prescripción de métodos anticonceptivos hay que tener en cuenta los criterios médicos de elegibilidad, los cuales constituyen una herramienta útil en la práctica médica y se sustentan en medicina basada en evidencia (Sam et al., 2014). La OMS (2015) clasifica estos criterios en cuatro categorías:

Categoría 1: No hay restricciones para el uso del método anticonceptivo.

Categoría 2: Las ventajas de usar el método anticonceptivo son superiores a los riesgos teóricos descritos y aprobados.

Categoría 3: Los riesgos teóricos apodados superan las ventajas a la hora de utilizar el método anticonceptivo.

Categoría 4: El uso del método implica un riesgo inaceptable para la salud y bienestar de la usuaria

2.4.2 Consideraciones para la indicación de anticoncepción en adolescentes

Montero (2011) considera que para prescribir un método anticonceptivo ha sido de utilidad clasificar a los adolescentes que consultan por asesoramiento anticonceptivo en tres grupos, esta clasificación se ha realizado tomando en cuenta los antecedentes Gineco-obstétricos en especial los de embarazos previos:

- **Grupo A:** En este se hallan las adolescentes sin embarazos anteriores o nuligestas. En este conjunto de jóvenes las relaciones sexuales son aisladas, la unión con la pareja no es sólida, hasta este momento la fertilidad no ha sido demostrada.

- **Grupo B:** En este se incluyen todas aquellas adolescentes que ya han tenido un embarazo previo, con interrupción de la gestación antes de que el feto sea viable. En este grupo la fertilidad ya está comprobada. Los encuentros sexuales son más frecuentes sin embargo el vínculo de pareja sigue siendo débil.
- **Grupo C:** A este pertenecen todas las adolescentes que ya han tenido un parto, la relación de pareja es ligeramente estable, las relaciones sexuales son más frecuentes por lo que es importante educar a la pareja y fomentar la planificación familiar para evitar un segundo embarazo con un periodo intergenésico corto.

En la indicación del método hay que tener presente que el Grupo C es en general el menos conflictivo, tienen mejor aceptabilidad del método, siendo la indicación similar a las mujeres adultas. Sin embargo, alrededor del 60% tiene riesgo de un nuevo embarazo antes de los 2 años. Las usuarias del grupo A son las que mayor problema representa, ya que en ellas existe menor aceptabilidad y la mayoría de adolescentes terminan abandonando el método anticonceptivo prescrito. El Grupo B comparte características de los dos grupos, con predilección hacia el grupo A. Independientemente del grupo en el que se encuentre es importante enseñar y recomendar el uso del preservativo como medida de prevención para embarazo precoz y enfermedades de transmisión sexual (Montero, 2011).

2.5 Bioética de la anticoncepción en adolescentes

El concepto ético en Medicina (*Primum non nocere*) lo primero o ante todo es no hacer daño, atribuido a Hipócrates de Cos en el siglo V antes de cristo se mantiene vigente hasta hoy, ha sido el pilar fundamental para que se mantenga una adecuada relación médico paciente mediante el cumplimiento de los principios bioéticos (no maleficencia, beneficencia, justicia, autonomía) durante el cumplimiento de la atención médica diaria (Varas, 2010).

Actualmente la medicina ha dado un giro al modificar las tradicionales formas de reproducción y ha logrado obtener el control científico de la procreación. La anticoncepción, al romper la relación entre sexualidad y reproducción ha permitido que

la mujer se libere de la responsabilidad de ser madre. La salud reproductiva en la adolescencia, y su incidencia en la efectividad de la anticoncepción, queda condicionada y entrelazado a cuestiones tan diversas, como temas sexuales, conflictos psicológicos, moral y sociedad (Losoviz, 1996).

Los adolescentes tienen al igual que las personas adultas derecho a dar su consentimiento informado y a recibir un trato respetuoso. Es importante resaltar que no se requiere del consentimiento de los padres o las madres para que reciban información, consejería y la prescripción del método anticonceptivo que hayan seleccionado, previa la asesoría del personal de salud (Mex, G.O. 2015).

Mex, G.O. (2015) menciona que durante la adolescencia es beneficioso promover la anticoncepción ya que de esta manera se procurarán relaciones sexuales seguras y responsables con la consiguiente reducción de embarazos no deseados, abortos inseguros, disminución de la mortalidad materno infantil y por ende se logrará un mejor nivel de vida entre los jóvenes. Es importante tomar en cuenta que a la hora de la consulta por anticoncepción se debe mantener la confidencialidad debido a que los adolescentes al ver violentada su intimidad no entregarán ni accederán a la información. Al ser el usuario menor de edad es de menester importancia que los padres tengan conocimientos acerca del deseo de anticoncepción de sus hijos, pese a estas circunstancias no se forzará al joven a que diga la verdad, más bien se orientará a que establezca un diálogo con sus progenitores para que expresen sus inquietudes y necesidades.

2.6 Métodos anticonceptivos

La adolescencia es una etapa de la vida en la que los aspectos sexuales y reproductivos tanto del hombre como de la mujer adquieren gran importancia, ya que ocurren eventos de vital transcendencia como la menstruación en el caso de mujer y la eyaculación en el varón. Sin embargo, en los dos sexos despierta el deseo de descubrir e iniciar las relaciones sexuales, es en este momento cuando un pequeño número de adolescentes acuden a los servicios de salud a solicitar consejería y asesoría acerca de métodos

anticonceptivos, ya que hasta el momento la información que poseen la recibieron de amigos/as, medios de comunicación, internet sin ser la correcta ni oportuna (Cervera, 2013).

En el continente americano es común que el inicio de las relaciones sexuales ocurra a edades tempranas, a los 12 años el 9% ha iniciado su vida sexual, a los 14 años el 23% y a los 18 años el 71% es activo sexualmente. Este comportamiento sexual puede ser vivido de una manera plena si ellos hicieran conciencia del riesgo que implican las prácticas de relaciones sexuales inseguras. Es tarea de los profesionales de la salud fortalecer y promover el conocimiento, uso y beneficios de los anticonceptivos (Chelhond, Contreras, Ferrer, & Rodríguez, 2012).

2.6.1 Concepto de método anticonceptivo

Método anticonceptivo es aquel que impide o reduce significativamente la posibilidad de fecundación en mujeres en edad fértil, que mantienen relaciones sexuales de carácter heterosexual que incluyen coito vaginal. Incluye actividades, dispositivos o fármacos, cada uno de estos posee diferente grado de seguridad y eficacia (Asociación Argentina Médica de Anticoncepción [AMADA], 2012).

2.6.2 Clasificación de los métodos anticonceptivos en la adolescencia

La prescripción de los métodos anticonceptivos en los adolescentes difiere de los adultos, por diferentes motivos no todos los que hay en el mercado farmacológico serán adecuados, principalmente porque en este grupo de edad existen elevadas tasas de fracasos, poca aceptabilidad y mayor riesgo de discontinuar su uso, por lo que se vuelve prioritario valorar los factores biopsicosociales en cada uno de los jóvenes y realizar una asesoría individualizada (Montero, 2011). Es esencial que el método anticonceptivo elegido ofrezca protección frente a embarazos no deseados como a enfermedades de

transmisión sexual, es decir debe ofertar doble protección (Colli, Ramírez, Martínez, Ramírez & Bernabeu, 2010).

Cervera (2013) refiere que los mejores métodos habituales en los adolescentes son el uso conjunto del preservativo y de la anticoncepción hormonal oral y como método de emergencia la píldora post coital, por lo que propone la siguiente clasificación:

- Recomendables o preferentes: Preservativos, anticoncepción hormonal oral
- Aceptables: Anticonceptivos inyectables
- Poco aceptables: Dispositivo intrauterino (DIU), anticoncepción quirúrgica y métodos naturales
- De emergencia: Anticonceptivo postcoital

2.6.3 Métodos anticonceptivos preferentes o recomendables

2.6.3.1 Preservativo Masculino

Historia

La humanidad y la anticoncepción se remontan a tiempos muy antiguos. La búsqueda de un método ideal para el control de la natalidad ha llevado a utilizar desde pesarios de excrementos de cocodrilo y miel, estos fueron utilizados ya en el antiguo Egipto, estos métodos ya se mencionaban en el papiro de El Faiyun de la XII dinastía, así como también en el papiro de Petri, de Ebers, etc., pues en aquella época los hijos eran considerados como una desventaja ya que en ese momento la población era nómada (Lugones y Ramírez, 2013).

Cuando el ser humano descubrió la relación entre el sexo y la concepción de los hijos, así como entre el sexo y la aparición de ciertas enfermedades, comenzó a utilizar secciones más o menos largas de tripas de animales con una de las puntas atadas. En Egipto, alrededor del año 1000 antes de cristo (AC), se utilizaban fundas de tela sobre el pene. La leyenda del rey Minos (1200 años AC.) hace referencia al empleo de vejigas natatorias de pescado o vejigas de cabra para retener el semen (Lugones y Ramírez, 2013).

En 1564 el doctor Gabriel Falloppio describe por primera vez el preservativo como una funda de tela de lino impregnada de solución antiséptica, la misma que se usó como protección contra la sífilis. En el siglo XVIII toma el nombre de preservativo e inicia su uso como anticonceptivo, su preparación fue a partir de membranas de animales: piel, vejiga, recto de cerdo, ternero, oveja o cabra. En 1843-1844 el inglés Hancock y el americano Goodyear introducen en el mercado industrial el caucho vulcanizado (Colli et al., 2010).

Con este acontecimiento se hizo posible la producción y comercialización del preservativo con el consiguiente abaratamiento del costo y mejoramiento de la calidad. En el año 1930 la introducción del látex permitió mejorar aún más la comercialización y la fiabilidad del preservativo. Con la aparición del virus de inmunodeficiencia humana en el año 1980 (VIH), se despertó el interés por el preservativo, este evento ocurre a nivel mundial convirtiéndose en uno de los métodos más usados por los jóvenes (Colli et al., 2010).

Descripción

El preservativo masculino es una funda fina, cilíndrica, que posee dos extremos uno abierto y otro cerrado, el cual presenta una porción que sobresale, la misma que es destinada como reservorio del semen en el momento de la eyaculación. Es de caucho vulcanizado, látex o poliuretano, el aspecto varía dependiendo del material empleado para su fabricación. Estos pueden ser opacos, transparentes o de colores, igualmente la textura puede ser lisa o delgada con ligeras rugosidades. En su afán de captar la aceptación del método la industria ha fabricado preservativos con diferentes aromas y sabores, además algunos contienen espermicidas lo que hace que mejore la eficacia (Rodríguez, 2008).

Mecanismo de acción

Actúa reteniendo el semen que se produce posterior a la eyaculación, de esta forma evita que los espermatozoides entren en contacto con la vagina y ocurra la fecundación del óvulo, es así como el preservativo masculino previene el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual tanto del hombre hacia la mujer (infecciones del pene o del semen) como de la mujer hacia el hombre (infecciones de la vagina o de las secreciones vaginales). Sin embargo, si hay lesiones genitales fuera del área que cubre

el preservativo es posible la transmisión de enfermedades de transmisión sexual (AMADA, 2012).

Modo de uso

Se coloca sobre el pene en erección, antes de la penetración en la cavidad vaginal y debe permanecer colocado durante toda la relación sexual (AMADA, 2012).

Eficacia

La eficacia como contraceptivo es variable, la tasa de efectividad varía de 0,8 al 22% mujeres/año; se acepta que hay una gran diferencia entre la eficacia teórica y el uso típico:

Eficacia teórica: 0,5 a 2% de embarazos/100 mujeres/año/uso.

Uso típico: 8 a 14% según la población estudiada.

En general se acepta que la tasa de eficacia es inferior al 5% mujeres/año cuando se usa correctamente, esta se relaciona con la edad de los usuarios, frecuencia de uso y sobre todo con la calidad del uso. También es evidente que es importante la calidad de fabricación. Cuando se asocian a espermicidas su eficacia aumenta. Los espermicidas pueden estar asociados al mismo preservativo o puede añadirse en el momento del coito tanto por el hombre como por la mujer (Colli et al., 2010).

Es importante mencionar y explicar al adolescente que durante la relación sexual el preservativo puede romperse, este riesgo es de 0,6 a 2% en penetración vaginal y de 1 a 7% en penetración anal, usualmente este tipo de accidentes se debe a mala técnica de uso, estado de los preservativos y alteraciones de fabricación (Lama, 2012).

Indicaciones

Como anticonceptivo el preservativo masculino puede ser utilizado en las siguientes circunstancias:

- Voluntad implícita de la pareja
- Encuentros sexuales eventuales o imprevistos

- Cuando la mujer por diferentes motivos no puede usar un método hormonal o dispositivos intrauterinos
- Como medida de sostén ante el mal uso de anticonceptivos orales
- Como medida de protección ante las infecciones de transmisión sexual y el virus de la inmunodeficiencia adquirida (Colli et al., 2010).

Contraindicaciones

No tiene contraindicaciones salvo para quien sea alérgico al látex, en este caso (poco frecuente) existen preservativos hechos de material sintético (AMADA, 2012).

Efectos secundarios

Un número reducido de usuarios presenta efectos secundarios al uso del preservativo masculino, los más frecuentes pueden ser:

- Inflación de la zona perineal, vaginal y del pene, se presenta durante o luego del uso del preservativo
- Reacción alérgica, la misma que se intensifica si este contiene espermicida, los síntomas pueden ser: urticaria o erupción en gran parte del cuerpo del pene, mareos, dificultad respiratoria, pérdida de conciencia e incluso puede conducir al desarrollo de shock anafiláctico. En estos casos la indicación es suspender el uso de preservativos de látex, evaluar la posibilidad de preservativos libres de látex o de otro método anticonceptivo, según la condición del usuario se valorará la necesidad de realizar pruebas de alergia para su estudio y tratamiento (AMADA, 2012).

Ventajas del preservativo masculino

- Facilidad de obtención
- Responsabilidad del hombre en la anticoncepción
- Inofensivo
- Es considerado un magnífico método en la prevención de infecciones de transmisión sexual
- Ofrece protección frente a las neoplasias y displasias del cuello uterino
- No es indispensable que el personal de salud vigile su uso y son de venta libre al público

- Puede usarse durante la lactancia materna y asociado a cualquier otro método
- Puede usarse a cualquier edad
- Útil en algunas disfunciones sexuales, por ejemplo, en la eyaculación precoz (Rodríguez, 2008).

Inconvenientes del preservativo masculino

- Elevado costo
- No depende de la mujer
- Podría perturbar la naturalidad de la relación sexual
- Existe el riesgo de roturas o defectos de fabricación
- Se recomienda poner en práctica las debidas normas de seguridad para su utilización
- Tasa de fallo relativamente altas según el uso
- A veces puede presentarse alergia al látex
- Mala reputación, la gente los relaciona con relaciones sexuales inmorales, extramaritales o con prostitutas.
- Es posible que las personas tengan recelo al momento de adquirirlos, incluso por varios factores culturales, religiosos o por timidez de las mujeres que no son capaces de solicitar a sus compañeros sexuales que los usen (Rodríguez, 2008).

Normas de uso de preservativos

- Conservar en lugar fresco y seco
- Protegerlos de la luz solar directa
- Manipular con cuidado, el preservativo puede dañarse
- Colocar el preservativo con el pene erecto, antes de que haya habido contacto, ya que los fluidos pueden llevar espermatozoides o microorganismos causantes de ITS
- Evitar que se quede aire dentro del preservativo ya que puede originar su rotura
- Se mantiene el preservativo cogido por un extremo con una mano y se desenrolla con la otra
- Después de la relación, sujete el preservativo por la base con el pene erecto y retírelo con cuidado, enrolle el preservativo en papel y tírelo a la basura, nunca al inodoro (Abizanda, Doval, Toquero & Villegas, 2005).

1.6.3.2 Preservativo femenino.

Historia

El preservativo femenino apareció en 1992 en Inglaterra y Estados Unidos e inmediatamente se difundió su uso por Europa y el resto del mundo, aunque en los países latinoamericanos es poco frecuente su uso, se cree que este comportamiento se debe a diversos factores socioculturales (Métodos de barrera, s.f.)

Descripción

El preservativo femenino fue elaborado con la finalidad de favorecer la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones frente a su cuerpo y al ejercicio de la sexualidad. Es una funda de poliuretano, mide 170 mm de longitud, contiene lubricante y actúa como barrera entre el pene y la vagina. Posee anillos flexibles en los dos extremos: uno en el extremo cerrado, que se usa para insertar el dispositivo y ayudar a que el condón se mantenga en su lugar durante la relación sexual, y otro en el extremo abierto del condón, que se queda fuera de la vagina y se coloca sobre el área genital para asegurar que el condón no se mueva de su lugar. Por su textura suave y húmeda, brindaría una sensibilidad más natural que el preservativo masculino, no es ajustado ni crea opresión en el área genital (UNFPA, 2014).

La particularidad de este método es que le ofrece a la mujer la capacidad de controlar su uso en la prevención del embarazo como también para las enfermedades de transmisión sexual. La diferencia con el preservativo masculino radica en que este otorga una protección frente a lesiones ocasionadas por los papilomas virus humano y la treponema pallidum, esta superioridad del preservativo femenino sobre el masculino se lleva a cabo cuando es colocado previo a la relación sexual (Rodríguez, 2008).

Mecanismo de acción

Actúa revistiendo la pared de la vagina, cuello uterino y vulva evitando el contacto directo con el pene y los espermatozoides, no produce efectos secundarios en la usuaria, además puede ser una alternativa para aquellas personas que presenten alergia al látex o no deseen utilizar el preservativo masculino, se recomienda no utilizar en conjunto con

el preservativo masculino ya que existe el riesgo de producir lesiones por el roce y la posibilidad de rotura o de que se salga aumenta (AMADA, 2012).

Modo de uso

Para su uso se dobla el anillo del extremo interior y se procede a introducir en el fondo del saco vaginal como un tampón, el diámetro del aro del extremo externo es superior con relación al interno por lo que este cubre parcialmente la vulva. El anillo interno facilita la inserción en la vagina y lo mantiene fijo en el interior de la misma, quizá resulte tediosa la utilización especialmente en los jóvenes donde el deseo sexual es desenfrenado y los adolescentes no tengan ni la paciencia ni la capacidad para usarlo. Se recomienda su uso por una sola ocasión, es ideal para ser usado en conjunto con otros métodos (Colli et al., 2010).

Es importante informar que el preservativo femenino puede colocarse hasta 8 horas antes de la relación sexual, para el uso correcto es necesaria un adiestramiento, por lo que se recomendará de preferencia sólo a adolescentes muy motivadas (Fernández y López, 2006).

Eficacia anticonceptiva

Las tasas de fallo son superiores al diafragma, pero inferiores a la esponja o al capuchón cervical. El porcentaje de fallo es de alrededor de 21% durante el primer año de uso siempre y cuando el uso sea incorrecto, si se usa de forma correcta y constantemente las tasas de embarazos alcanzan del 3% al 9% (Colli et al., 2010).

Utilizado de forma correcta y constante la eficacia en la prevención de enfermedades de transmisión sexual es superior a la ofrecida por el preservativo masculino en especial frente al papiloma virus humano y al virus de inmunodeficiencia adquirida (AMADA, 2012).

Indicaciones

Puede ser utilizado por todas las mujeres, en cualquier momento de la vida, incluso por las personas alérgicas al látex ya que este es de poliuretano.

Contraindicaciones

Hasta el momento no existen contraindicaciones para su utilización, no requiere controles ni seguimiento, ofrece buena protección frente a las enfermedades de transmisión sexual; los profesionales de la salud deben estimular el buen uso y, en ocasiones, ayudar a vencer barreras socio-culturales que dificulten su aceptación (Abizanda et al., 2005).

Efectos secundarios

Un número reducido de personas presenta inflamación vaginal o del pene, para lo cual se puede recomendar el uso de lubricantes para disminuir el roce causante de esta reacción (Frenk et al., 2002)

2.6.3.3 Anticonceptivos hormonales orales

Historia

Desde siempre se ha reconocido la necesidad de la anticoncepción oral. Himes hace más de 2000 años aconsejaba la toma de estricnina, mercurio y arsénico con fines anticonceptivos, medidas que a todas luces son ineficaces y fuertemente peligrosas. Datos históricos sobre la tableta anticonceptiva hacen referencia a que esta tiene su origen hace aproximadamente 50 años atrás, poco evento científico en el campo médico ha ocasionado tanto revuelo en el desarrollo de farmacología, pero quizá el impacto fue mayor en las usuarias ya que su utilización modificaría funciones vitales con cambios abismales en la reproducción y sexualidad. El descubrimiento de la utilización de la píldora anticonceptiva como un medio para controlar la natalidad despertó en aquellos tiempos la crítica y el cuestionamiento de diferentes grupos sociales, científicos, políticos, religiosos incluso de las propias mujeres (Galán, 2010).

Su origen ocurre en la selva Mexicana en los años treinta del siglo pasado. El evento se produjo mientras el químico Russell Marker, realizaba experimentaciones con un grupo de esteroides vegetales conocidos como sapogeninas y observó que mediante un proceso químico la sapogenina diosgenina se transformaba en progesterona, es decir en

una hormona sexual que hasta el momento se buscaba. De esta manera surgió la oportunidad de desarrollar una sustancia sintética con efectos similares a la progesterona y que pueda ser administrada por vía oral, además que posea la capacidad de interferir en el curso de ovulación y fecundación (Galán, 2010).

En 1955 se preparó la primera píldora cuyo nombre fue Enovid, esta se basaba en una combinación de estro-progestinica, los experimentos con esta droga se iniciaron en Puerto Rico en el año 1956, mientras que en 1957 se realiza en Haití y en México. En 1957 la Food and Drug Administration (FDA), otorga los permisos para el uso de Enovid no con fines anticonceptivos, sino más bien para regular la menstruación (Fernández, González, Gómez, Presa, Hurtado & Valverde, 2010).

En 1960 la FDA concede el permiso para ser utilizada y vendida como anticonceptivo oral y es introducida por primera vez en EE.UU. La historia de la píldora en España tuvo una evolución diferente, ya que debió vencer las políticas natalistas de la dictadura franquista y la fuerte oposición de la iglesia, contraria a cualquier método anticonceptivo (Olmos y Benavente, 2010).

Descripción

Los anticonceptivos orales constituyen, junto con el preservativo, uno de los métodos más conocidos y utilizados por las adolescentes. Con el paso del tiempo, algunos temores y prejuicios relacionados a los preparados hormonales, como el aumento de peso, del vello y del acné, se han ido despejando, por lo que se ha convertido en un método de elección en jóvenes con mayor estabilidad emocional, relaciones sexuales más frecuentes y conocimiento de pareja (AMADA, 2012).

Los anticonceptivos orales (AO) poseen diferentes principios activos que los diferencian entre ellos. Los anticonceptivos orales combinados (ACO) son aquellos que contiene estrógeno y progestina, mientras que hay otros que contienen solo progestina, siendo estos últimos los anticonceptivos orales más preferidos por las usuarias (Frenk et al., 2002).

Anticonceptivos orales combinados

Son aquellos anticonceptivos que contienen como principio activo estrógenos y progestágenos. Según la dosis de estrógenos que contengan pueden ser de dosis media (40-50 microgramos de etinilestradiol), baja (menos de 35 microgramos de etinilestradiol) o ultra baja (menos de 15 microgramos de etinilestradiol), siendo los de dosis baja y ultra baja los más utilizados por el menor riesgo de tromboembolismo y menos efectos secundarios (Fernández y López, 2006).

Mecanismo de acción

El principal mecanismo de acción de los anticonceptivos hormonales es bloquear la ovulación, el efecto radica en su acción sobre la función hipotálamo-hipofisaria, la ovárica y la tubo-endometrio-vaginal. La acción anovulatoria se debe al bloqueo que ejerce el anticonceptivo en la producción de la hormona liberadora de gonadotropina, este efecto se revierte inmediatamente tras la suspensión del medicamento, sin embargo, en el 10% de las usuarias el efecto persiste por más tiempo. (García, Martínez, Pintor, Caellles & Ibáñez, s. f.).

Además durante la fase proliferativa del ciclo menstrual el endometrio tiene menos espesor y se acelera fase secretoria ocasionando adelgazamiento endometrial y dificultada para la implantación, otra acción que contribuye al efecto anticonceptivo es la alteración de la contractilidad y motilidad del musculo uterino, así también interfiere en la función de las trompas de Falopio disminuyendo la secreción a nivel de estas estructuras, todos estos eventos hace que la capacidad de fecundación en la mujer disminuya (García, Martínez, Pintor, Caellles & Ibáñez, s. f.).

Modo de uso

Es importante educar a las adolescentes sobre el uso correcto del anticonceptivo, de esta manera se conseguirá resultados eficaces. Existe dos regímenes terapéuticos a seguir y depende de la presentación farmacéutica de la píldora: Si la presentación de la píldora es de 21 días la toma será diaria, descansará siete días y reiniciará con un nuevo ciclo, en la presentación de 28 tabletas por blíster, la administración será diaria sin interrupción, en ambos casos la toma se iniciará el primer día de la menstruación. La hemorragia

sobrevendrá por deprivación hormonal. Las presentaciones de 28 tabletas de toma diaria ayudan a mejorar su uso, evitando olvidos (Parera, López & Llopis, 2012).

Eficacia anticonceptiva

Es un método que no ofrece protección contra las enfermedades de transmisión, sin embargo, la eficacia anticonceptiva es alta acercándose al 100% siempre y cuando el uso sea correcto, en población adulta el índice de Pearl (IP) es del 0,3% con el uso perfecto y 8% con el uso típico, aunque en adolescentes puede llegar al 26% (Cervera, 2013).

Indicaciones

Puede ser prescrito a cualquier mujer joven, sana y no fumadora. Sin embargo, existen situaciones en las que se desaconseja el uso de este método (Categoría 3 de los Criterios de elegibilidad de la OMS) o incluso en las que está contraindicada (Categoría 4 los Criterios de elegibilidad de la OMS). Durante la consulta *es importante* mantener una buena relación médico-paciente para poder obtener la información necesaria e identificar situaciones que pueden contraindicar su uso (AMADA, 2012).

Contraindicaciones

Cervera (2013) menciona las situaciones clínicas en las que está contraindicado el uso de anticonceptivos orales, las cuales coinciden con los criterios médicos de elegibilidad, categoría 3 y 4 de la Organización Mundial de la Salud.

- Puerperio sin lactancia: a partir de 3 semanas
- Puerperio con lactancia materna: hasta 6 meses
- Múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular
- Hipertensión arterial
- Antecedentes de trombosis venosa profunda, embolia pulmonar o enfermedad activa
- Mutaciones trombogénicas conocidas
- Cardiopatía isquémica
- Accidente cerebrovascular
- Hiperlipemia severa

- Valvulopatía cardíaca complicada
- Migraña con aura
- Cáncer de mama actual o pasado
- Diabetes mellitus o complicada con retinopatía y neuropatía
- Enfermedades hepáticas y biliares
- Inmovilización prolongada

Efectos secundarios

Los efectos secundarios se pueden dividir en no beneficiosos y beneficiosos, los no beneficiosos no representan mayor importancia ya que desaparecen en los primeros meses de uso, ocasionalmente producen incomodidad en la usuaria y están en relación con mitos de la sociedad por lo que es importante desmentirlos frente a la adolescente, entre estos se hallan: aumento de peso, náuseas, vómitos, hirsutismo, cloasma, cambios de la libido, mastalgia, alteraciones del ciclo menstrual y depresión (Rodríguez, 2008).

Parera et al., (2012), destaca los efectos beneficiosos del uso de los anticonceptivos orales, entre estos menciona:

- Aumento de la regularidad menstrual
- Disminución de la incidencia de sangrado menstrual excesivo y de la anemia ferropénica
- Disminución de la incidencia de dismenorrea y del síndrome premenstrual
- Disminución de la incidencia de enfermedad inflamatoria pélvica y de su gravedad
- Disminución de la incidencia de embarazo ectópico
- Disminución de los quistes de ovario
- Disminución del riesgo de cáncer de ovario y de endometrio
- Disminución de la incidencia de acné
- Mejoría del hirsutismo

Ventajas

Su acción como anticonceptivo inicia desde el primer día de la toma, además el efecto es reversible, la fertilidad se recupera al poco tiempo de suspender su uso, la mujer es quien controla el uso de la píldora (Abizanda et al., 2008).

Prescripción y Seguimiento

Para la prescripción de anticonceptivos orales combinados es fundamental realizar una historia clínica completa, la misma aportará información sobre antecedentes patológicos y factores de riesgo, posteriormente se realizará un examen físico completo con énfasis en la toma de la tensión arterial, peso, talla, índice de masa corporal, exploración mamaria y genital estas dos últimas acciones se realizará en presencia de una persona adulta. Se recomienda eliminar hábitos nocivos para la salud como: tabaco, alcohol, estupefacientes y se fortalecerá estilos de vida saludables: ejercicio, alimentación balanceada, relaciones sexuales seguras. El control se realizará a los 3 - 6 meses en este se comprobará el cumplimiento del método, se despejará dudas y se detectará los posibles efectos secundarios (Cervera, 2013).

Anticonceptivos orales solo con progestágeno

Llamadas también mini píldoras, son anticonceptivos orales que contienen 75 microgramos de Desogestrel, gestágeno muy selectivo y con débil actividad androgénica, este principio activo es similar a la progesterona natural presente en la mujer (Cervera, 2013).

Mecanismo de acción

Las píldoras de progestina en el 50 a 60 % de los casos actúan inhibiendo la ovulación, reducen y aumentan la viscosidad del moco cervical dificultando la entrada de espermatozoides al útero evitando la fecundación, además ocasiona disminución del espesor del endometrio y retardo en la motilidad de las trompas de Falopio (Díaz, 2011).

Modo de uso

La administración del anticonceptivo de progestágeno debe ser diaria, a la misma hora, el intervalo entre dos comprimidos debe ser siempre de 24 horas. La primera dosis deberá ser tomada el primer día de la menstruación, de no poder comenzar en el día indicado se podrá iniciar hasta el quinto día del ciclo menstrual. Se recomendará el uso de un método de barrera durante los siete días posterior a la primera toma. No se suspenderá por ningún motivo ni se esperará la presencia de la menstruación para iniciar un nuevo ciclo (Abizanda et al., 2008).

Eficacia contraceptiva

Si las píldoras solo de progestina se usan constantemente, tienen una efectividad superior al 99% en la prevención del embarazo, en mujeres de más de 70 kilos de peso la eficacia anticonceptiva puede verse disminuida por lo que se recomendaba tomar dos píldoras diarias, sin embargo en los últimos estudios no se ha encontrado asociación alguna entre el peso corporal y embarazo accidental en usuarias de píldoras solo de progestina, por lo que se continúa recomendado la toma de una píldora diaria (Varas, 2010). Otros autores como Fernández et al., (2006), menciona que las píldoras con progestágenos solos son algo menos efectivas que los anticonceptivos orales combinados y presentan un índice de Pearl de 0,41 frente a 0,14 por 100 mujeres-año.

Indicaciones

La mini píldora puede ser tomada por prácticamente todas las mujeres que buscan un método anticonceptivo. Sin embargo, debido a que la eficacia es inferior a los anticonceptivos orales combinados es especialmente útil en mujeres con fertilidad disminuida, lactancia materna y aquellas usuarias con un mayor riesgo de efectos secundarios causados por los estrógenos (García et al., s. f.)

Contraindicaciones

Las contraindicaciones para el uso de los anticonceptivos orales de progestágenos se relacionan con las categorías 3 y 4 de los criterios médicos de elegibilidad, los cuales se describen a continuación:

Categoría 3: Lactancia en las primeras 6 semanas posparto, trombosis venosa profunda actual, embolia pulmonar actual, sangrados vaginales inexplicados, antecedente de cáncer de mama, cirrosis descompensada, tumores hepáticos (adenoma hepatocelular, hepatoma), migraña con aura si aparece durante el uso del método, lupus eritematoso sistémico con anticuerpos anti fosfolípidos.

Categoría 4: Cáncer de mama (Díaz, 2011).

Efectos secundarios

El principal efecto secundario radica en los cambios que se producen en los patrones de sangrado menstrual, entre los cuales se encuentran: sangrado frecuente, infrecuente, ausencia de sangrado y manchado intermenstrual, otro posible efecto secundario es el acné, este efecto es individual, empeorando en aquellas mujeres que anteriormente presentaban este problema, por lo que las adolescentes deberán estar bien informadas sobre ellos y aceptarlos (Parera et al., 2012).

Las irregularidades en la menstruación son la mayor causa de abandono del método en las adolescentes produciendo tasas de abandono de hasta el 25%, otros motivos de abandono es la presencia de acné y la aparente ganancia de peso, situaciones que afectan la imagen corporal de las jóvenes y motivan aún más el abandono del método, sin embargo, es un método efectivo con una buena relación coste–efectividad (Fernández et al., 2010).

2.6.4 Anticoncepción de emergencia

La Anticoncepción de Emergencia (AE), llamada también anticoncepción post coital, es aquella que previene un embarazo no planeado, se basa en la utilización de métodos anticonceptivos hormonales y no hormonales, los cuales deben ser administrados en los primeros días tras una relación sexual no protegida (Trumper, 2007).

Historia

La anticoncepción de emergencia es tan antigua como la historia del mundo. Tradicionalmente se han empleado distintas sustancias o se han realizado diferentes prácticas tras una relación sexual con riesgo de embarazo. Los métodos anticonceptivos emergentes tienen su origen a mediados de los años 60. En esta época se empezó a utilizar altas dosis de estrógenos: dietilbestrol en monas y etinilestradiol en la mujer. Ya para los años 70 el médico Canadiense Albert Yuzpe estableció la administración de 0,1 miligramos de etinilestradiol más 0,5 miligramos de levonorgestrel cada 12 horas por un período de hasta 72 horas tras una relación sexual sin protección, este modelo fue conocido como método Yuzpe. A finales de los años 70 se empezó a utilizar el

dispositivo intrauterino de alta carga de cobre el cual debía ser insertado en los cinco primeros días tras el coito (Ellertson, 1997).

A inicio de los años 80 se realiza el estudio del Danazol, una progestina sintética y anti gonadotropina que junto al mifepristone o llamada también RU_ 486 fueron utilizados como métodos emergentes, sin embargo, el mifepristone fue registrado en cuatro países como un potente abortífero. Por todos los inconvenientes que generaban los diferentes métodos probados hasta entonces, se continuó con los estudios sobre el levonorgestrel y posterior a varios estudios establecen que 1,5 miligramos en dosis única o 0,75 miligramos cada 12 horas en dos tomas presentaban bajas tasas de falla; el uso de levonorgestrel se propuso por primera vez en América latina y posteriormente se universaliza a todos el mundo, este fue declarado por la Organización Mundial de la Salud como medicamento esencial (Díaz, 2005).

Anticoncepción hormonal de emergencia

Los anticonceptivos hormonales de emergencia son métodos utilizados por mujeres expuestas a una relación sexual coital desprotegida para prevenir un embarazo no planificado, además es un método de respaldo importante en casos violación, sexo coercitivo o de accidente durante el uso de otro anticonceptivo: olvido de las píldoras anticonceptivas regulares o rotura del condón. Existen varios métodos anticonceptivos de emergencia, pero el más utilizado y disponible en América Latina y el Caribe son las Píldoras Anticonceptivas de Emergencia que contienen como principio activo Levonorgestrel (Bergallo, 2011).

2.6.4.1 Píldora anticonceptiva de emergencia o píldora del día después

Descripción

La píldora de emergencia es un anticonceptivo que contiene como principio activo 1,5 mg de levonorgestrel, la utilización debe quedar para circunstancias en las que se ha realizado una relación sexual sin protección o haya existido algún accidente con el método que comúnmente utilizaba la usuaria. No es un método anticonceptivo que deba ser utilizado de forma habitual, ni es un método abortivo. Puede ser utilizado por cualquier mujer, sin límite de edad. Actualmente las mujeres están en la capacidad de evitar un embarazo no planificado, mediante el conocimiento y uso de esta opción anticonceptiva (Pérez et al., 2015).

Mecanismo de acción

Para comprender el mecanismo de acción es importante recordar que el embarazo no se produce inmediatamente después del coito. La fecundación dura alrededor de 24 horas y la implantación del cigoto en el endometrio ocurre al sexto día de la gestación, en este lapso es tiempo es donde actúa la píldora de emergencia. Sin embargo, si ya se produjo la implantación la píldora pierde su efecto (López, 2014).

El principal mecanismo de acción de las píldoras anticonceptivas de emergencia de levonorgestrel es impedir o retrasar la ovulación mediante la inhibición del pico preovulatorio de hormona luteinizante (LH), impidiendo de esta manera la maduración y liberación del óvulo, puede también tener efecto sobre el moco cervical, haciendo que este se torne viscoso, dificultando la motilidad del espermatozoide y por ende evita que se produzca la fertilización con el óvulo. No son eficaces una vez que ha comenzado el proceso de implantación y no pueden provocar un aborto (OMS, 2016).

Modo de uso

La administración de la píldora de emergencia o del día después es sencilla, en un inicio la dosis era de 750 miligramos de levonorgestrel con intervalo de 12 horas entre cada toma, actualmente la dosis es de 1,5 miligramos en una sola toma, la recomendación es ingerirla tan pronto como sea posible, preferiblemente dentro de las 72 horas posteriores

a la relación sexual sin protección, se puede tomar en cualquier momento del ciclo menstrual, no afecta la lactancia materna. En el caso de estar utilizando anticonceptivos hormonales (pastillas, parches o anillos vaginales), no debe suspender su uso. Es importante recalcar a las adolescentes que no ofrece protección frente a la infección de transmisión sexual (López, 2014). En caso de presentar vómito en las dos primeras horas de la ingesta se recomienda repetir la dosis para asegurar su efecto (Alonzo, s. f.).

Eficacia

La eficacia depende del tiempo transcurrido desde la relación sexual sin protección hasta la toma de la píldora de emergencia. Se estima que la efectividad es del 95% en las primeras 24 horas después de la relación sexual desprotegida, si la ingesta de la píldora ocurre en las 24 y 48 la efectividad baja al 85%, en las siguientes 48 a 72 horas la eficacia se reduce al 58%. Se recomienda que el método sea fácilmente accesible para que la administración sea inmediata y la probabilidad de embarazo sea menor (Bergallo, 2011).

Indicaciones

- Coito sin protección
- Accidentes durante la utilización de un método anticonceptivo regular (rotura, retención o mal uso del preservativo, expulsión parcial o completa del dispositivo intrauterino) o incumplimiento del mismo
- Violación en una mujer sin anticoncepción previa, la anticoncepción de emergencia debe formar parte de los protocolos de actuación en mujeres que sufren abusos sexuales
- Exposición a agentes teratógenos (Alonzo, s.f.).

Contraindicaciones

La Asociación Médica Argentina de anticoncepción (2012), menciona que no existe ninguna situación clínica en la cual los riesgos de utilizar la anticoncepción hormonal de emergencia (AHE) superen los beneficios de su uso. Por ello de acuerdo a los criterios de elegibilidad le otorga Categoría 1, lo que significa que no hay ninguna

contraindicación para su uso. Pudiendo usar incluso las mujeres que no pueden recibir anticonceptivos hormonales en forma continua; también enfatizan que no debe usarse si existe un embarazo confirmado, sin embargo, hay suficiente evidencia de que no tiene ningún efecto en el embarazo; no produce malformaciones congénitas, no influye en el peso del recién nacido, ni hay diferencia en el sexo.

Efectos secundarios

Los efectos secundarios no son frecuentes y no representan riesgo para la salud; estos se relacionan con cambios en la fecha de menstruación: la menstruación puede presentarse antes, o después de la fecha esperada, el 50% de las usuarias menstrua en la fecha prevista, 35% se adelanta y 13% presenta retraso (AMADA, 2012). Otros efectos secundarios referidos son: Náuseas, vómitos, cefalea, aumento de la sensibilidad mamaria, epigastrialgia y fatiga (López, 2014).

Seguridad de la píldora anticonceptiva de emergencia

El uso de la píldora de emergencia de levonorgestrel es segura, no se ha registrado fallecimientos ni complicaciones graves ya que la cantidad de gestágeno activo es mínimo comparado con los anticonceptivos de administración regular, por ende, puede ser utilizado por todas las mujeres en etapa reproductiva incluido las adolescentes (Alonzo, s. f.).

CAPÍTULO III

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Investigación: De Desarrollo

Enfoque: Cualitativo cuantitativo (Mixto)

Alcance de la investigación: Se realizó un estudio, de corte transversal, descriptivo y correlacional.

3.2 Descripción de la población de estudio

El universo estuvo constituido por 126 adolescentes de ambos sexos, que asisten a diferentes unidades educativas, con distinta situación socio-económica, organización familiar y variadas costumbres y creencias socioculturales y religiosas, residentes en el Barrio Piedra Grande, localizado en la zona urbana marginal del cantón Archidona, perteneciente a la Provincia de Napo. El estudio se realizó en el período de agosto del 2015 a Julio del 2016.

3.2.1 *Unidad de análisis*

Adolescentes comprendidos entre 10 a 19 años, se tomó para el estudio una muestra por conveniencia de 120 adolescentes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

2.2.2 *Criterios de inclusión y exclusión*

Inclusión:

- Tener entre 10 y 19 años de ambos sexos

- Residir en el Barrio Piedra Grande
- Firma del consentimiento informado de los padres o representante legal y del adolescente de participar en la investigación.

Exclusión:

- Presentar alguna enfermedad mental
- Cambio de residencia durante el tiempo que duró la aplicación del cuestionario

3.3 Identificación de variables

Edad

Sexo

Etnia

Escolaridad de los adolescentes

Antecedentes de hijos en los adolescentes

Nivel de escolaridad de los padres

Convivencia diaria

Conocimientos sobre métodos anticonceptivos preferentes y de emergencia

3.4 Operacionalización de variables

Variable	Tipo	Escala	Descripción	Indicador
Edad	Cuantitativa continua politòmica	10-14 años 15-16 años 17-19 años	Tiempo de vida que transcurre desde el nacimiento hasta el estudio.	Porcentaje de la población por grupos de edad
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino Femenino	Características orgánicas que definen a una persona como hombre o mujer	Porcentaje de adolescentes por sexo
Escolaridad del adolescente	Cualitativa ordinal politòmica	Básica general Básica superior Bachillerato	Grado de instrucción académica alcanzado referido por el adolescente	Porcentaje de la población de acuerdo al grado de instrucción
Hijos	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Antecedentes de tener hijos referido por los/ las adolescentes	Porcentaje de la población de acuerdo a lo hijos que posean
Nivel de escolaridad de los padres	Cualitativa ordinal politòmica	Ninguna Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta	Grado de instrucción académica alcanzado referido por la persona	Porcentaje de la población de acuerdo al grado de instrucción de los padres

		Secundaria completa Superior		
Concepto de anticonceptivos	Cualitativa ordinal politòmica	<p>Respuesta correcta: Los que marquen el literal a y c.</p> <p>Respuesta incompleta: Los que solo marcaron una respuesta correcta.</p> <p>Respuesta incorrecta: Los que marcaron los literales b y d.</p>		Porcentaje de conocimientos satisfactorios y no satisfactorios
Tipos de métodos anticonceptivos	Cualitativa ordinal nominal	<p>Respuesta correcta: Los que marquen los literales b y d</p> <p>Respuesta incompleta: Los que marquen un solo literal b o d</p> <p>Respuesta incorrecta: Los que marquen los literales a y c</p>	<p>2 puntos</p> <p>1 Punto</p> <p>0 puntos</p>	Porcentaje de conocimientos satisfactorios y no satisfactorios

Generalidades de métodos anticonceptivos	Cualitativa ordinal nominal	Los que colocaron verdadero (V) falso (F) en los literales: a) V, b) V, c) F, d) F, e) F Los que marcaron correctamente verdadero o falso en 3 o 4 literales Los que marcaron correctamente verdadero falso correctamente en 2 literales	2 puntos 1,20 punto hasta 1,60 puntos Menos de 1,20 punto	Porcentaje de conocimientos satisfactorios y no satisfactorios
Generalidades de anticonceptivos de emergencia	Cualitativa ordinal politómica	Respuesta correcta: Los que marcaron el literal a Respuesta incorrecta: los que marcaron los literales b o c	2 puntos 0 puntos	Porcentaje de conocimientos satisfactorios y no satisfactorios
Generalidades de anticonceptivos orales	Cualitativa ordinal politómica	Respuesta correcta: los que marcaron el literal c Respuesta incorrecta: Los que marcaron los literales a o b	2 Puntos 0 Puntos	Porcentaje de conocimientos satisfactorios y no satisfactorios

<p>Calificación final de conocimientos en métodos anticonceptivos preferentes y de emergencia:</p>	<p>Cualitativa ordinal politòmica</p>	<p>Conocimientos satisfactorios</p> <p>Conocimientos no satisfactorios</p>	<p>Calificación final de las preguntas de conocimientos con un puntaje de 7 -8 -9 -10 puntos.</p> <p>Calificación final de las preguntas de conocimientos con un puntaje de 6 puntos o menos</p>	<p>Porcentaje de conocimientos satisfactorios y no satisfactorios</p>
--	---------------------------------------	--	--	---

3.5 Técnicas de Recolección de la información

Para la recolección de la información se utilizaron las siguientes técnicas: Encuesta, ficha familiar y revisiones bibliográficas.

Encuesta: Se utilizó como herramienta para obtener información acerca de las variables sociodemográficas y evaluar los conocimientos que poseían los adolescentes sobre métodos anticonceptivos preferentes y de emergencia.

Ficha Familiar: Instrumento de trabajo en el cual se dispensariza al adolescente y su familia, se utilizó para identificar la dirección domiciliaria, corroborar la edad y escolaridad.

Análisis documental: Se utilizaron para sustentar el contenido científico del marco teórico, cuestionario, discusión de resultados, se basaron en revisiones bibliográficas actualizadas de artículos científicos originales, revistas indexadas, boletines informativos gubernamentales, tesis digitales, todas estas fuentes de información en su mayoría fueron de los últimos cinco años, además se utilizaron tratados de: Pediatría, obstetricia y Medicina Familiar e instrumentos de trabajo como el Análisis situacional integral de salud (ASIS) del barrio Piedra Grande, estadísticas del Centro de Salud Archidona y del Distrito 15 D01 tena.

3.5.1 Fuente de recolección de la información

La obtención de los conocimientos se realizó mediante la aplicación de una encuesta (ver anexo A), la cual fue diseñada por el autor acorde a los contenidos sobre anticonceptivos preferentes y de emergencia. Previo a su aplicación esta fue validada en apariencia y contenida por cinco por 5 expertos (1 Ginecólogo y 4 Médicos Familiares), con título de cuarto nivel. Tomando en cuenta los criterios de Moriyama (anexo B), emitieron un informe individual,

definieron si en apariencia medía la cualidad que se supone se iba a medir y en el contenido se cercioraron de que cada dominio estuviera adecuadamente representado.

3.5.2 Instrumento

La encuesta constó de 12 preguntas dividida en dos secciones, la primera sección constó de siete preguntas que respondieron a las variables sociodemográficas, a estas no se les asignó ningún puntaje. La segunda sección de la encuesta fue de conocimientos relacionados al tema, constaron de cinco preguntas de selección múltiple, verdadero- falso, se asignó 2 puntos a cada respuesta correcta, 1 punto si la respuesta estaba incompleta y cero puntos si la respuesta fue incorrecta. La calificación final se realizó sobre 10 puntos.

La interpretación de la calificación fue de la siguiente manera:

De 7 a 10 puntos: conocimientos satisfactorios

De 6 puntos o menos: conocimientos no satisfactorios

3.5.3 Etapas de la investigación

1.- Primera etapa: Para identificar los conocimientos que tenían los adolescentes del barrio Piedra Grande del cantón Archidona sobre métodos anticonceptivos preferentes y de emergencia, se utilizó una encuesta de auto aplicación a los participantes, la cual fue aplicada en el mes de Abril del 2016, el adolescente tuvo el tiempo necesario para contestarla de acuerdo a la información que este poseía sobre el tema.

2.- Segunda etapa: Posterior a la aplicación del instrumento, se procedió a calificar cada uno de los cuestionarios, asignando un puntaje a cada adolescente, seguidamente se procedió a la tabulación de datos y confección de tablas, utilizando diferentes fórmulas bioestadísticas para el respectivo análisis y elaboración de resultados.

3. Tercera etapa: Una vez identificadas las necesidades de aprendizaje del grupo se elaboró una propuesta educativa sobre métodos anticonceptivos preferentes y de emergencia, para los adolescentes del barrio Piedra Grande del cantón Archidona, de la provincia Napo, para modificar los conocimientos sobre este tema

3.6 Procesamiento de la información

Los resultados fueron procesados de forma cualitativa y cuantitativa; mediante el programa informático SPSS versión 20.0, para análisis de medias, porcentos y técnicas estadísticas para la comparación de medias. Se realizó análisis porcentual para las variables cualitativas. La confección del informe final se redactó en el programa Windows 2007, utilizando una Laptop Intel Core 5.

Se utilizó el cálculo de los siguientes estadígrafos en las diferentes etapas del estudio:

- Coeficiente Alfa de Cronbach
- Coeficiente de Pearson.

El coeficiente de Pearson (r) se utilizó para la relación entre variables, medido en una escala de 0 a 1 con dirección positiva (cuando las dos variables son directamente proporcionales) o negativa (cuando las dos variables son inversamente proporcionales). Definiendo la relación entre variables como: muy débil cuando el valor fuera de 0 a 0.1, débil de 0.1 a 0.3, moderada de 0.3 a 0.5 y fuerte de 0.5 a 1.

Para todos los estadígrafos se utilizó el 95% como nivel de confiabilidad. Se diseñaron tablas y gráficos para mejor análisis e interpretación de los resultados obtenidos.

3.7 Aspectos éticos

El código de ética se cumplió a través de la aplicación de los principios de la ética y la bioética.

Respeto y autonomía: Se cumplió respetando la voluntariedad de los adolescentes que fueron objeto de estudio mediante la firma del consentimiento informado (ver anexo C) y sus tutores (ver anexo D). Tanto los padres como los adolescentes fueron informados de la posibilidad de publicar los resultados con fines académicos.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La salud sexual y reproductiva es definida como la condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos a la reproducción en todas las etapas de la vida. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo, cuántos y con qué frecuencia. En esta última condición está implícito el derecho de hombres y mujeres de estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad de su preferencia, que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo y parto de forma segura (López, 2014).

La adolescencia es el período de tiempo entre el inicio de la pubertad y el final del crecimiento, es así que la pubertad es un período de cambios exclusivamente biológicos que ocurren en los seres humanos y en los mamíferos, mientras que la adolescencia es más bien un concepto socio cultural (Diz, 2013). Varios autores establecen diferentes rangos cronológicos para definir las tres etapas de la adolescencia Vega, Icaza, Berrecil, & Ávila (2016) divide a la adolescencia en tres etapas: adolescencia temprana que comprende de 10 a 14 años, adolescencia media de 15 a 16 años y adolescencia tardía de 17 a 19 años.

Tabla 1-4: Adolescentes según edad y sexo. Barrio Piedra Grande. Cantón Archidona, 2016.

Grupo Edad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N°	%
	N°.	%	N°	%		
10-14	28	23,3	31	25,9	59	49,1
15-16	11	9,2	15	12,5	26	21,7
17-19	16	13,3	19	15,8	35	29,2
Total	55	45,8	65	54,2	120	100,0

Fuente: Cuestionario sobre métodos anticonceptivos preferentes y de emergencia

Realizado por: Dra. Nancy Yambay

En el estudio realizado como se observa en la Tabla N° 1, el sexo predominante fue el femenino del grupo de edad de 10 a 14 años con 25,9 %, sobre el masculino con 23,3%, seguido del grupo de 17 -19 años del sexo femenino con 15,8% sobre el masculino con 13,3%. Estos resultados coinciden con; las estadísticas de Napo donde el mayor número de adolescentes son del sexo femenino (Fascículo provincial de Napo, 2010), y con un estudio realizado en adolescentes valencianos sobre conocimientos en métodos anticonceptivo, donde el sexo predominante fue el femenino con el 56,7% sobre el masculino de 43.3% (Massia, 2008). Con relación a la edad se encontraron similares resultados en un estudio realizado en Cuba en la provincia de Camagüey, donde el grupo predominante fue de 12 a 14 años con el 48,8% y el sexo femenino fue el mayoritario con el 60,0% (Gill, 2012).

Tabla 2-4: Adolescentes según etnia. Barrió Piedra Grande. Cantón Archidona, 2016.

Etnia	N°	%
Indígena	78	65,0
Mestizo	34	28,3
Blanco	2	1,7
Afro ecuatoriano	6	5,0
Total	120	100,0

Fuente: Cuestionario sobre métodos anticonceptivos preferentes y de emergencia

Realizado por: Dra. Nancy Yambay

En el estudio realizado (Tabla N° 2), predominó la etnia indígena con el 65,0%, seguida de la mestiza con el 28,3% y de la afro ecuatoriano con el 5%. Este comportamiento se debe a que la mayoría de adolescentes que participaron en el estudio son originarios del lugar y sus progenitores son nativos de la Amazonía, mantienen sus costumbres y nacionalidad Quichua.

Estos resultados coinciden con las estadísticas de la provincia de Napo, donde la mayor parte de la población se auto identifica como indígena alcanzando un porcentaje de 56,8% (Fascículo provincial de Napo, 2010). Sin embargo, se contraponen al estudio realizado en la sierra centro del país (Ambato) donde la etnia predominante es la mestiza con el 71,3%, seguida de la indígena con el 25,6% (Moreno, 2014), y a las estadísticas de Ecuador donde la etnia predominante es la mestiza con el 71,9% (INEC, 2010).

Tabla 3-4: Adolescentes según la escolaridad. Barrio Piedra Grande. Cantón Archidona, 2016.

Escolaridad	Nº	%
Básica general	8	6,7
Básica superior	60	50,0
Bachillerato	52	43,3
Total	120	100,0

Fuente: Cuestionario sobre métodos anticonceptivos preferentes y de emergencia

Realizado por: Dra. Nancy Yambay

Como se aprecia en la tabla N° 3, la escolaridad que predominó fue básica superior (octavos, novenos y decimos años) con 60 estudiantes para un 50,0%, seguido de bachillerato con 52 estudiantes para un 43,3% y básica general con 8 para un 6,7%.

En Ecuador la educación es uno de los deberes primordiales del estado y un derecho de las personas a lo largo de su vida, donde el nivel de escolaridad alcanzado por las personas mayores de 24 años es de décimo año de educación general básica y el analfabetismo existente es de 6,3% (Vera, 2010). De acuerdo al censo realizado en el año 2010 en la provincia de Napo, el mayor nivel educativo alcanzado es noveno año de educación básica, sin embargo, el 96,2% de los niños de 5 a 14 años y el 82,6% de los adolescentes de 15 a 17 años se hallan insertados en el sistema educativo (Fascículo provincial de Napo, 2010).

Tabla 4-4: Adolescentes según descendencia. Barrio Piedra Grande. Cantón Archidona, 2016.

Descendencia	Nº	%
Si	13	10,9
No	107	89,1
Total	120	100,0

Fuente: Cuestionario sobre métodos anticonceptivos preferentes y de emergencia

Realizado por: Dra. Nancy Yambay

En la tabla N° 4 se encontró que 107 adolescentes para un 89,1% no tiene hijos, frente a 13 adolescentes para un 10 % que manifestaron tener descendencia, de los cuales ningún embarazo fue planificado según testimonios de los jóvenes. Esta situación está en relación a la falta de información y uso sobre métodos anticonceptivos, creencias culturales de que con la primera relación no se embarazan, escasa comunicación e información por parte de los padres sobre temas relacionados con anticoncepción y sexualidad.

Estos resultados coinciden con el estudio realizado por Moreno (2014) donde refiere que el 15,2% de los adolescentes del estudio tenían hijos, mientras que el 84,8% no. Cifras que quizás en lo posterior se incrementen aún más, debido a que en el país uno de cada cinco adolescentes ya es padre (Revista del Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2013).

Cuando una adolescente se embaraza su rol en la sociedad cambia, deja de ser niña para convertirse en madre, interrumpe sus estudios por ende las oportunidades de trabajo son mínimas, desvaneciéndose su futuro y tornándose vulnerable frente a la pobreza, exclusión, y dependencia. Cada año 7,3 millones de niñas menores de 18 años dan a luz cada año, de este numero 2 millones corresponde de a niñas menores de 15 años, el 3% de las adolescentes de países en vías de desarrollo manifiestan haber tenido su primer parto antes de los 15 años. En América Latina y el Caribe el comportamiento de partos en menores de 15 años aumentaron y se cree que tendrá un repunte para el 2030 (Williamson, 2013).

Tabla 5-4: Adolescentes según la convivencia. Barrio Piedra Grande. Cantón Archidona, 2016.

Convivencia	Nº	%
Núcleo familiar	85	70,8
Papá	8	6,7
Mamá	20	16,7
Hermanos	4	3,3
Solo	2	1,7
Otros(amigos, tíos, madrina)	1	0,8
Total	120	100,0

Fuente: Cuestionario sobre métodos anticonceptivos preferentes y de emergencia

Realizado por: Dra. Nancy Yambay

Durante la investigación se encontró (Tabla N° 5), que 85 adolescentes viven en el núcleo familiar lo que representó el 70,8%, 20 adolescentes viven solo con su madre para un 16,7%, seguido del 6,7% que viven con el padre representado por 8 adolescentes. Este comportamiento se relaciona con la tendencia existente en el país, donde se observa que los hogares nucleares son los que predominan con el 60%, frente a los monoparentales representado por el 12% y los hogares extendidos representan el 17 % lo que significa que la mayoría de los adolescentes viven en el núcleo familiar (Niñez y Adolescencia desde la intergeneracionalidad Ecuador, 2016).

Similares resultados se obtuvieron en un estudio realizado en Guatemala, donde se evidenció que el 88% de los adolescentes viven con los padres, seguido del 8% que viven en familias monoparentales (Calvillo y Rodríguez, 2014).

Conocer el ámbito en el que se nace, crece y se vive ayuda a identificar y entender el comportamiento de los seres humanos en la sociedad (Pérez, 2007). La familia es el primer entorno social y natural donde sus miembros crecen y desarrollan sus capacidades físicas, intelectuales sociales y afectivas. Uno de los roles que cumple la familia es la de insertar a

los niños y adolescentes en el mundo de los adultos, estableciéndose relaciones entre sus miembros y con la sociedad (Revista del Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2013).

Tabla 6-4: Adolescentes según la escolaridad de los padres. Barrio Piedra Grande. Cantón Archidona, 2016.

Escolaridad de los padres	Nº	%
Ninguno	7	5,8
Primaria incompleta	38	31,7
Primaria completa	39	32,5
Secundaria incompleta	7	5,8
Secundaria completa	16	13,3
Superior	13	10,9
Total	120	100,0

Fuente: Cuestionario sobre métodos anticonceptivos preferentes y de emergencia

Realizado por: Dra. Nancy Yambay

En el estudio se encontró (Tabla Nº 6) que 39 padres para un 32,5% terminaron la primaria, 38 para un 31,7% no terminaron la educación primaria y 16 para un 13,3% terminaron la secundaria. Sin embargo, se encontró que el 5,8% de los progenitores eran analfabetos pues no habían recibido ningún tipo de escolaridad. Lo cual puede de estar dado porque anteriormente era difícil el acceso a la educación, por la situación geográfica no se contaba con centros de estudios ni profesionales en las comunidades y el más cercano se encontraba muy distante, además por la cultura del quichua que pensaba que solo el hombre podía acceder a la educación, mientras que la mujer solo debía prepararse para cumplir con funciones de esposa, creencias que hasta hoy persiste en algunas familias nativas del lugar.

Tabla 7-4: Adolescentes según conocimientos sobre métodos anticonceptivos y edad. Barrio Piedra Grande. Cantón Archidona, 2016.

Conocimientos	Grupos de edad						Total	
	10-14 años		15-16 años		17-19 años			
	N°.	%	N°	%	N°	%	N°	%
Satisfactorio	3	2,5	2	1,7	10	8,3	15	12,5
No satisfactorio	56	46,6	24	20,0	25	20,9	105	87,5
Total	59	49,1	26	21,7	35	29,2	120	100,0

$r = -0,306$

Fuente: Cuestionario sobre métodos anticonceptivos preferentes y de emergencia

Realizado por: Dra. Nancy Yambay

Como se observa en la tabla N° 7, 105 adolescentes para un 87,5 %, presentaron conocimientos no satisfactorios, de ellos 56 para un 46,6% eran de 10 a 14 años, seguidos de los de 17 a 19 años con 25 adolescentes para un 20,9% y solo 15 para un 12,5% presentaron conocimientos satisfactorios, de los cuales 10 para el 8,3% pertenecían al grupo etáreo de 17 a 19 años. Existiendo relación moderada entre la edad y los conocimientos, donde los adolescentes de mayor edad presentaron mejores conocimientos sobre métodos anticonceptivos preferentes y de emergencia, lo cual puede estar atribuido a que los de mayor edad han recibido más información sobre el tema.

La correlación de Pearson que se obtuvo $r = -0,306$, al contar con signo negativo significa que el valor de ambas variables varía al revés. Igual comportamiento se observó en adolescentes de Centros Educativos de Lima –Perú donde se evidenció que el 16,2% de los adolescentes de 16 a 19 años mostraron mejores conocimientos, en comparación con los adolescentes de menor edad (Fernández, 2015). En un estudio realizado en la ciudad de Loja se observó que el 63,3% de los adolescentes presentaron conocimientos adecuados

sobre métodos anticonceptivos, frente al 36,7% con conocimientos inadecuados sobre el tema (Rogel, 2011).

Los adolescentes que durante las relaciones sexuales no usan ningún método anticonceptivo, están en peligro de embarazarse o embarazar a su pareja. Durante esta etapa los encuentros sexuales son esporádicos, no planificados y sin medidas de protección ya que ellos y ellas minimizan la posibilidad de un embarazo, convirtiéndoles en seres vulnerables para adquirir infecciones de transmisión sexual y en el peor de los casos un embarazo precoz (Brindis, 2001).

Tabla 8-4: Adolescentes según conocimiento sobre métodos anticonceptivos y sexo. Barrio Piedra Grande. Cantón Archidona, 2016.

Conocimientos	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N°	%
	N°	%	N°	%		
Satisfactorio	8	6,7	7	5,8	15	12,5
No satisfactorio	47	39,1	58	48,3	105	87,5
Total	55	45,8	65	54,2	120	100,0

r= -0,079

Fuente: Cuestionario sobre métodos anticonceptivos preferentes y de emergencia
Realizado por: Dra. Nancy Yambay

Como se aprecia en la tabla N° 8, de los 105 adolescentes que presentaron conocimientos no satisfactorios, 58 para un 48,3% eran del sexo femenino, frente a 47 para un 39,1% del sexo masculino. La correlación de Pearson que se obtuvo $r = - 0,079$ se considera muy débil al encontrarse próximo a cero, al contar con signo negativo significa que el valor de ambas variables varía al revés.

Este comportamiento puede deberse a que en la cultura indígena las mujeres son introvertidas, tímidas y en sus hogares no se habla sobre sexualidad, además la propia cultura hace que no tengan interés por estos temas, además la situación económica de las familias no les permite invertir dinero para buscar información en medios de comunicación como el internet.

El comportamiento es diferente en la sierra centro del país, donde en el estudio realizado por Gonzales (2015) la mujer tiene más conocimientos sobre anticonceptivos con un 54%, frente al 46 % reportado para el sexo masculino. Sin embargo, en América Latina y el Caribe, independientemente del sexo el 90% ó más de las adolescentes conocen al menos un método anticonceptivo (Chelnondl, 2012).

Tabla 9-4 : Adolescentes según conocimientos sobre métodos anticonceptivos y etnia. Barrio Piedra Grande. Cantón Archidona, 2016.

Conocimientos	Etnia								Total	
	indígena		Mestizo		Blanco		Afro ecuatoriano			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Satisfactorios	13	10,9	1	0,8	1	0,8	0	0,0	15	12,5
No satisfactorios	65	54,2	33	27,5	1	0,8	6	5	105	87,5
Total	78	65,0	34	28,3	2	1,7	6	5,0	120	100,0

$r = + 0,220$

Fuente: Cuestionario sobre métodos anticonceptivos preferentes y de emergencia

Realizado por: Dra. Nancy Yambay

En cuanto a los conocimientos sobre métodos anticonceptivos preferentes y de emergencia según la etnia, se observó (tabla 9) que 65 adolescentes indígenas para un 54,1% presentaron conocimientos no satisfactorios, seguidos de los mestizos con 33 para un 27,5%. La correlación de Pearson que se obtuvo $r = + 0,220$ se considera débil, al contar con signo positivo significa que el valor de ambas variables varía de forma igual.

Esta situación puede estar relacionada con la cultura de las familias indígenas de la zona, donde aún todavía la sexualidad es un tabú y los métodos anticonceptivos son considerados como un medio para que la mujer se vuelva promiscua, o le sea infiel a su pareja. Situación que coincide con Moreno quien en su estudio relaciona el escaso uso de métodos anticonceptivos con bajos conocimientos sobre planificación familiar atribuibles a factores culturales (Moreno, 2014).

La sexualidad es un aspecto primordial en el ser humano, es multidimensional, se expresa de diferente forma, depende de factores sociales, culturales, religiosos incluso se ve

influenciado por los mitos sobre el amor romántico. Por ello es necesario identificar los factores que determinan el comportamiento contraceptivo de los jóvenes para poder mirar hacia dónde debemos dirigir la educación afectivo-sexual acorde a las necesidades, carencias y problemáticas (Yago y Tomás, 2014).

Tabla 10 -4: Adolescentes según conocimientos sobre métodos anticonceptivos y escolaridad de los padres. Barrio Piedra Grande. Cantón Archidona, 2016.

Escolaridad de los padres	Conocimientos				Total	
	Satisfactorios		No satisfactorio		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Ninguno	0	0,0	7	5,8	7	5,8
Primaria incompleta	4	3,3	34	28,3	38	31,7
Primaria completa	5	4,3	34	28,3	39	32,5
Secundaria incompleta	1	0,8	6	5	7	5,8
Secundaria completa	4	3,3	12	10	16	13,3
Superior	1	0,8	12	10	13	10,9
Total	15	12,5	105	87,5	120	100,0

$r = - 0,033$

Fuente: Cuestionario sobre métodos anticonceptivos preferentes y de emergencia
Realizado por: Dra. Nancy Yambay

En cuanto a los conocimientos de los adolescentes sobre métodos anticonceptivos y escolaridad de los padres, como se observa en la tabla 10, los hijos de padres con primaria completa e incompleta fueron los que peores conocimientos tenían sobre el tema, con 34 pacientes para un 28,3% cada grupo, seguidos de los que tenían secundaria completa y superior con 12 adolescentes para un 10 % cada uno. La correlación de Pearson que se obtuvo $r = - 0,033$ se considera muy débil al encontrarse próximo a cero, al contar con signo negativo significa que el valor de ambas variables varía al revés.

Este comportamiento está relacionado con el escaso conocimiento de los padres sobre el tema, falta de comunicación entre padres e hijos, tabúes existentes y falta de interés de los padres de preparar a sus hijos para que enfrenten la sexualidad. Sin embargo, en el caso cuyos padres tienen educación superior las causas pueden ser: el poco tiempo que dedican a sus hijos para hablar sobre el tema, falta de interés por temas relacionados con la sexualidad, o que la técnica de ofrecer información no es la adecuada. No existen estudios anteriores con los que se pudiera comparar esta investigación.

Tabla 11-4: Adolescentes según conocimiento sobre métodos anticonceptivos y convivencia familiar. Barrio, Piedra Grande. Cantón Archidona, 2016.

Convivencia.	Nivel de conocimientos				Total	
	Satisfactorio		No satisfactorio		N°	%
	N°.	%	N°	%		
Núcleo familiar	11	9,2	74	61,7	85	70,8
Papá	0	0,0	8	6,7	8	6,7
Mamá	2	1,7	18	15	20	16,7
Hermanos	0	0,0	4	3,3	4	3,3
Solo	2	1,7	0	0,0	2	1,7
Otros	0	0,0	1	0,8	1	0,8
Total	15	12,5	105	87,5	120	100,0

$r = - 0,083$

Fuente: Cuestionario sobre métodos anticonceptivos preferentes y de emergencia

Realizado por: Dra. Nancy Yambay

Fue sorprendente encontrar (tabla 11) que 74 adolescentes para un 61,6% que viven en el seno de la familia presentaron conocimientos no satisfactorios, y solo 11 con la misma condición para un 9,2% presentaron conocimientos satisfactorios. En el estudio realizado se encontró que el grado de relación que existe entre el núcleo familiar y los conocimientos

sobre métodos anticonceptivos es muy débil, al obtener un coeficiente de Pearson $r=-0,083$, al contar con signo negativo significa que el valor de ambas, varía al revés.

Este comportamiento pone en evidencia que la convivencia de los adolescentes en el núcleo familiar, no garantiza que estos posean conocimientos satisfactorios sobre el tema. Lo cual puede estar dado porque todavía en los indígenas de la amazonia existe vergüenza a la hora de hablar de sexualidad, lo que dificulta aún más la deficiente o poca comunicación que existe entre ellos. Coincidiendo este resultado con un estudio realizado en Venezuela donde se identificó que existe una deficiente comunicación entre padres e hijos, debida a que la comunicación estaba basada en autoritarismo y control provocando miedo y desconfianza en los adolescentes, esta forma de comunicación obedece a la forma de cómo se comunicaban los actuales padres con sus progenitores (Caricote, 2008).

La familia es uno de las agrupaciones sociales más antiguas, a pesar de los cambios que ha sufrido sigue siendo el núcleo de la sociedad, es el medio ideal para que el hombre se desarrolle como ente individual y grupal, es aquí donde los adolescentes reciben los primeros conocimientos y adquieren valores y normas de comportamiento que en lo posterior le servirá para enfrentarse a los cambios que demanda la adolescencia. Actualmente con el advenimiento de la tecnología se ha ido perdiendo el tiempo, el vínculo de confraternidad entre padres e hijos, incluso los adultos se muestran poco responsables, desorientados y sin saber cuál es el rol que desempeñan en la educación de los hijos (Pérez, 2007). Otros autores como Caricote (2008) considera a la familia como una institución esencial, que está dedicada a la formación de sus miembros, haciéndola responsable de que cada uno de los integrantes se formen exitosamente como personas afectivas, sociales, inteligentes y sexuales.

4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA

En este capítulo se presenta la propuesta de intervención educativa elaborada por el autor para mejorar los conocimientos sobre métodos anticonceptivos preferentes y de emergencia (Píldora de emergencia PAE) en los adolescentes del barrio Piedra Grande.

El derecho a la educación es un componente esencial del Buen Vivir, ya que permite el desarrollo de las potencialidades humanas, y como tal, garantiza la igualdad de oportunidades para todas las personas, sin embargo, la falta de motivación en los adolescentes y el desinterés de ellos y de sus familiares son variables que en la actualidad funcionan como una constante en la formación de los jóvenes.

En el estudio predominaron los pacientes del grupo etario de 30 a 39 años, del sexo femenino, con nivel de instrucción secundaria, de ocupación empleados, con Hipertensión Arterial como principal enfermedad crónica, siendo en su mayoría sobrepeso. Presentaron bajos conocimientos de sobrepeso y obesidad, siendo los sobrepesos los que menos conocimientos tenían. No existe relación entre los hábitos alimentarios de los pacientes con los conocimientos de sobrepeso y obesidad.

4.1 DATOS INFORMATIVOS

4.1.1 Título

Elaboración de una propuesta educativa sobre métodos anticonceptivos preferentes y de emergencia para los adolescentes del barrio Piedra Grande del cantón Archidona.

4.1.2 Institución ejecutora

La presente propuesta de intervención educativa se llevará a cabo en los adolescentes del barrio Piedra Grande del cantón Archidona provincia de Napo.

4.1.3 Beneficiarios

Beneficiarios Directos

Adolescentes de 10 a 19 años del barrio Piedra Grande del cantón Archidona, provincia de Napo.

Beneficiarios indirectos

- Padres de los adolescentes
- Familiares
- Amigos
- Población del barrio

4.1.4 Tiempo estimado para la ejecución

La propuesta está diseñada para ser ejecutada en el año 2017, se requerirán 6 semanas para impartir los seis temas programados, con una frecuencia de un tema por semana, inicialmente en la sexta semana se evaluará los conocimientos adquiridos.

Cada sesión tendrá una duración de 90 minutos, distribuidos de la siguiente manera: 20 minutos se dedicará a verificación de asistencia y dinámicas grupales, 40 minutos para la construcción del conocimiento, 5 minutos para un descanso, 20 minutos para preguntas, dudas o discusiones sobre el tema y 5 minutos para aclaraciones finales. Para cada sesión se hará uso de material didáctico, y equipos tecnológicos, el lugar deberá ser apropiado para el desarrollo de las actividades por lo que considera que la casa barrial del sector cumple con las características deseadas.

4.1.5 Equipo responsable

Para el desarrollo de la propuesta educativa se requerirá de un equipo de atención médica multidisciplinario conformado por: Ginecólogo, Enfermera, Psicóloga, Médico del barrio Piedra Grande y el Técnico en Atención Primaria en Salud.

4.2 Antecedentes de la propuesta

A pesar de que los adolescentes viven en el núcleo familiar y están inmersos en el sistema educativo, prestaron escasos conocimientos acerca del concepto, tipos, mecanismo de acción de los métodos anticonceptivos, así también desconocen el tiempo de acción de la píldora de emergencia, existen falencias en las normas de uso correcto del preservativo masculino, y un desconocimiento total acerca del preservativo femenino.

4.3 Fundamentación de la propuesta de intervención

- La falta de conocimientos sobre métodos anticonceptivos es una de las causas que conlleva a la adolescente a un embarazo precoz.
- Los escasos conocimientos sobre este tema provocan en los adolescentes el uso incorrecto de los métodos anticonceptivos, favoreciendo el incremento de embarazos en la adolescencia.
- Existe una relación directa entre la cultura, bajo escolaridad de los padres, escasa

comunicación con los hijos y los bajos conocimientos que presentan los adolescentes sobre métodos anticonceptivos.

- Al ser un problema social es responsabilidad de la familia y de los adolescentes buscar información sobre el tema para que en lo posterior cuenten con las herramientas necesarias para enfrentar con madurez su sexualidad.

- La Intervención Educativa debe estar programada con actividades acorde a la edad, que generen intercambios grupales que permitan la interiorización del problema.

4.4 Objetivos

4.4.1 Objetivo General

Modificar los conocimientos sobre métodos anticonceptivos preferentes y de emergencia (píldora de emergencia) en los adolescentes del barrio Piedra Grande.

4.4.2 Objetivos Específicos

- Ampliar los conocimientos sobre métodos anticonceptivos preferentes y de emergencia, en los adolescentes del barrio Piedra Grande.
- Mejorar la visión de los adolescentes hacia los métodos anticonceptivos acorde a su edad y escolaridad con enfoque intercultural.
- Concientizar a los adolescentes acerca de los riesgos de iniciar una vida sexual sin medidas de protección.
- Eliminar los tabúes, mitos y miedos de los adolescentes y su familia sobre la sexualidad y métodos anticonceptivos.
- Evaluar los conocimientos de los adolescentes del barrio Piedra Grande después de la Intervención Educativa.

4.5 Acciones de la propuesta de intervención

Esta propuesta es significativa, ya que permite incrementar o reforzar los conocimientos en los adolescentes sobre métodos anticonceptivos, para prevenir que sigan ocurriendo embarazos a edades tempranas sin haber culminado el desarrollo biológico ni psíquico, de esta manera se contribuirá para que el joven continúe con sus estudios y concluya con sus metas a futuro.

La propuesta educativa se desarrollará en 6 sesiones en cada una se impartirán diferentes contenidos:

1ª Sesión: Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino y masculino: Ciclo menstrual, Etapas del acto sexual.

2ª Sesión: Generalidades, concepto y clasificación de métodos anticonceptivos.

3ª Sesión: Métodos preferentes o recomendables en la adolescencia: Preservativo masculino y femenino: historia, descripción, modo de uso, eficacia, indicaciones, contraindicaciones, reacciones adversas.

4ª Sesión: Métodos preferentes o recomendables en la adolescencia: anticonceptivos hormonales orales: Combinados y de progestágenos: historia, descripción, modo de uso, eficacia, indicaciones, contraindicaciones, reacciones adversas.

5ª Sesión: Métodos anticonceptivos de Emergencia: Píldora de emergencia o del día siguiente: historia, descripción, modo de uso, eficacia, indicaciones, contraindicaciones, reacciones adversas.

6ª Sesión: Mitos y verdades sobre métodos anticonceptivos en la adolescencia.

4.6 Plan de la propuesta de intervención

Clase N°	Tema	Objetivos	Metodología	Materiales	Fecha	Responsable
III	Preservativo masculino y femenino. Historia, descripción, modo de uso, mecanismo de acción, eficacia, indicaciones, contraindicaciones, reacciones adversas y uso correcto.	Aumentar los conocimientos sobre el preservativo masculino y femenino	1.- Técnica participativa: la cebolla 2.- Taller: Historia, descripción, modo de uso, eficacia, indicaciones, contraindicaciones, reacciones adversas y uso correcto 3.- Dinámica post taller: Gigantes encantados, elija y defienda el método anticonceptivo	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Infocus ➤ Laptop ➤ Papelotes ➤ Marcadores ➤ Maquetas del aparato reproductor femenino y masculino ➤ Láminas del aparato reproductor masculino y femenino ➤ Preservativos masculinos y femeninos 	17/2/2017	Médico del barrio Piedra Grande

Clase N°	Tema	Objetivos	Metodología	Materiales	Fecha	Responsable
IV	Anticonceptivos hormonales orales combinados (ACO), anticonceptivos hormonales orales solo de prostàgenos: Historia, descripción, modo de uso, mecanismo de acción, eficacia, indicaciones, contraindicaciones, reacciones adversas.	Aumentar los conocimientos sobre anticonceptivos hormonales orales combinados (ACO), anticonceptivos hormonales orales solo de prostàgenos (Mini píldora)	1.- Técnica participativa: El círculo 2.- Lluvia de ideas 3.- Charla educativa: Historia, descripción, modo de uso, eficacia, indicaciones, contraindicaciones, reacciones adversas 4.- Dinámica post taller: La pecera	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Infocus ➤ Laptop ➤ Cinta masqui ➤ Papelotes ➤ Maquetas del aparato reproductor femenino y masculino ➤ Láminas del aparato reproductor masculino y femenino ➤ Anticonceptivos orales 	24/2/2017	Médico del barrio Piedra Grande

Clase N°	Tema	Objetivos	Metodología	Materiales	Fecha	Responsable
V	Píldora de emergencia o del día después: Historia, descripción, modo de uso, mecanismo de acción, eficacia, indicaciones, contraindicaciones, reacciones	Aumentar los conocimientos sobre la píldora emergencia o del día después	1.- Técnica participativa: La tempestad 2.-Lluvia de ideas 3.- Video: píldora de emergencia (PAE) 4.-Juego didáctico	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Infocus ➤ Laptop ➤ Papelotes ➤ Maquetas del aparato reproductor femenino y masculino ➤ Láminas del aparato reproductor masculino y femenino ➤ Píldoras de emergencia ➤ Tarjetas ilustrativas sobre anticonceptivos, fecundación, ciclo menstrual etc. 	3/3/2017	Medico del barrio Piedra Grande

Clase N°	Tema	Objetivos	Metodología	Materiales	Fecha	Responsable
VI	Mitos y verdades sobre métodos anticonceptivos en la adolescencia	Romper las creencias populares que se ha generado en torno al uso de los anticonceptivos	1.- Técnica participativa: La risa prohibida 2.- Lluvia de ideas 3.- Taller: Mitos y verdades sobre los métodos anticonceptivos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Infocus ➤ Laptop ➤ Cinta masqui ➤ Papelotes ➤ Maquetas del aparato reproductor femenino y masculino ➤ Láminas del aparato reproductor masculino y femenino ➤ Parlante ➤ Micrófono ➤ Pelota ➤ Caja de cartón ➤ Hojas de papel 	10/3/2017	Médico del barrio Piedra Grande

4.7 Desarrollo del plan de intervención

4.7.1 Plan de clase No. 1

Tema: Anatomía y fisiología de los órganos reproductores: masculino y femenino

Duración: 90 minutos Fecha: 3/2/2017.

Lugar: Aula del centro de salud Archidona. Responsable: Médico del barrio Piedra Grande.

Contenidos

- Anatomía y funciones del sistema reproductor masculino y femenino
- Ciclo menstrual
- Etapas del acto sexual

Objetivo

Aumentar los conocimientos sobre la anatomía y fisiología del aparato reproductor

Recursos

- Infocus
- Computadora
- Material didáctico
- Maqueta del aparato reproductor masculino y femenino (ver anexo E)
- Bola de lana
- Esferos
- Libretas
- Parlante
- Micrófono

Métodos

- 1.- Técnica participativa: Telaraña.
- 2.- Lluvia de ideas: Sobre el tema.
- 3.- Charla educativa: sobre anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino, importancia del ciclo menstrual y etapas del acto sexual.

Resultados esperados

Que adquieran e incrementen los conocimientos de los adolescentes sobre anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino. Importancia del ciclo menstrual y etapas del acto sexual.

Desarrollo de la sesión

Actividades iniciales

- Saludo a los participantes
- Presentación del responsable y miembros de la intervención
- Registro y verificación de los asistentes
- Presentación del tema a tratar
- Entrega de un cuaderno y un esfero a cada participante
- Dinámica integradora rompe hielos: la telaraña

Para generar mayor confianza entre los participantes y de esa manera desarrollar la actividad de forma amena y con mayor integración. Se indica a los participantes colocarse de pie formando un círculo y se le entrega un ovillo de lana a uno de los participantes, este tiene que decir su nombre, edad, en que escuela o colegio estudia y cuál es la motivación para su participación en la intervención, esta toma la punta del ovillo de lana y lanza la bola a cualquier otro asistente quien a su vez se presenta de

igual forma, la acción se repite hasta que todos los participantes queden entrelazados en una especie de telaraña. Posteriormente el último que se quedó con el ovillo debe regresarla al que se la envió repitiendo los datos dado por su compañero. Este a su vez continúa de tal forma que el ovillo recorra la misma trayectoria, pero en sentido inverso, hasta que regresa al primer participante.

Es importante informar a los adolescentes que deben estar atentos a la presentación de cada uno de ellos para que no haya dificultad en el momento de repetir los datos del compañero.

Construcción de conocimientos

1.- Lluvia de ideas: con esta técnica se solicitará que los participantes expongan sus conocimientos sobre aspectos relacionados al tema.

2.- Charla educativa: con la ayuda de una presentación en power point, maquetas de órganos reproductores masculinos y femeninos se expondrá el tema en los tiempos establecidos.

Evaluación

Al finalizar el tema se contestarán las interrogantes y se aclararán dudas, seguidamente se evaluará a los participantes con preguntas claras y sencillas, y se determinará inicialmente si asimilaron o no la información impartida. Se solicitará lo positivo, lo negativo e interesante (PNI) del tema a cada uno de los participantes.

4.7.2 Plan de clase No. 2

Tema: Métodos anticonceptivos

Duración: 90 minutos Fecha: 10/2/2017.

Lugar: Aula del centro de salud Archidona. Responsable: Médico del barrio Piedra Grande

Contenidos

Introducción. Concepto, clasificación e importancia de los métodos anticonceptivos en la prevención del embarazo e infecciones de transmisión sexual

Objetivo

Aumentar los conocimientos sobre la importancia del uso de los métodos anticonceptivos tanto para evitar el embarazo en la adolescencia como para prevenir el contagio de infecciones de transmisión sexual.

Recursos

- Infocus
- Laptop
- Cartas con ilustraciones
- Laminas del aparato reproductor masculino y femenino (ver anexo F)
- Pelota de plástico mediana
- Parlante
- Micrófono

Métodos

- 1.- Técnica participativa: El rey de los elementos.
- 2.- Conferencia: Concepto, clasificación e importancia de los métodos anticonceptivos en la prevención del embarazo e infecciones de transmisión sexual.
- 3.- Juegos didácticos: Métodos anticonceptivos y jugando a las cartas.

Resultados esperados

Que el adolescente al finalizar la actividad tenga claro el concepto de métodos anticonceptivos, identifique a cada uno de ellos y reconozca la importancia de usarlos en la prevención de embarazo e infecciones de transmisión sexual

Desarrollo de la sesión

Actividades iniciales

- Saludo a los participantes
- Presentación del responsable y miembros de la intervención
- Registro y verificación de los asistentes
- Presentación del tema a tratar
- Recordatorio del tema anterior
- Explicación de la técnica que se va a utilizar para la actividad
- Dinámica integradora rompe hielos: el rey de los elementos

Se forma un círculo con todos los participantes, el responsable iniciará el juego entregándole la pelota a cualquier participante, previo a la entrega de la pelota este mencionará uno de los tres elementos (aire, agua o tierra) el que recibe la pelota mencionará un animal o elemento que corresponda con el componente mencionado ejemplo. (Agua: pescado, tierra: hombre etc.), antes de lanzarla a otro participante este mencionará otro elemento, el siguiente participante recibirá la pelota y nombrará el

objeto que corresponda, no es válido que los participantes repinten los animales, objetos o cosas que fueron mencionados, la respuesta debe ser rápida e inmediatamente si contestó bien el adolescente abandonará el círculo.

Construcción de conocimientos

1.- Conferencia: con la ayuda de una presentación en power point se abordará los contenidos y se puntualizará en aquellas situaciones (Concepto de métodos anticonceptivos, tipos, utilidad de los mismos) que el investigador crea que son de interés para los conocimientos de los adolescentes

2.- Juegos didácticos: La actividad se complementará con la participación de los adolescentes en el desarrollo de juegos didácticos.

➤ Juego didáctico: los Métodos anticonceptivos.

En este juego, se utilizan tarjetas que ilustren los métodos anticonceptivos, adicionalmente debe existir dos tarjetas que representen al hombre y a la mujer. La persona que está dirigiendo la actividad coloca en un lado de la mesa la carta del hombre vestido y en otro la mujer vestida, posteriormente reparte entre los participantes las cartas con los gráficos de los métodos anticonceptivos y realiza algunas preguntas. Los participantes deben contestar las preguntas solo levantando la tarjeta no se permiten que hablen.

Las preguntas a realizarse son: ¿Cuál/es métodos anticonceptivos usa la mujer? ¿Cuál/es métodos anticonceptivos usa el varón? El coordinador agrega una carta del bebé gestándose y pregunta: ¿Qué método/s evita/n el embarazo no planeado? - ¿Cuál/es evita/n la transmisión de infecciones (ITS)? - ¿Cuál es el más efectivo? - ¿Cuál es el menos efectivo? - ¿Cuál/es requiere/n de supervisión médica? Los participantes responden a las preguntas mostrando las tarjetas que correspondan.

➤ Juego didáctico: Jugando a las cartas

Se solicita que los participantes se dividan en 2 grupos, se reparte la mitad de las tarjetas a cada equipo. La consigna es: “Ninguno de los participantes puede hablar, sólo el/ la coordinador/ a y sin decir ninguna palabra difícil.” El/ la facilitador/ a irá nombrando la carta que hay que poner en la mesa. El descarte tiene el siguiente orden: ¿Quién tiene la carta de la mujer vestida?, ¿Quién tiene la carta del varón vestido? Luego nombra las cartas de la mujer, en el siguiente orden: la mujer desnuda, la mujer con los órganos que están acá (y se señala dónde está el útero), los órganos con una cosita que se desprende todos los meses (el óvulo), la sangre que sale todos los meses (menstruación) y así sigue con todas las tarjetas de la mujer.

El/a facilitador/a sigue con las cartas del varón y dice, ¿quién tiene el varón desnudo?, el varón con el pollito parado, el varón con el pollito bajo, lo que sale del varón con el pollito parado (espermatozoides). El juego sigue nombrando las siguientes cartas: Pareja vestida que se besa, pareja desnuda que se besa. A continuación, el facilitador reúne dos cartas claves (la carta del espermatozoide y la carta del óvulo). Pregunta: “¿Qué pasa entonces?”. Quien tiene la carta de embarazo, la pone en la mesa. Se pueden plantear situaciones, por ejemplo, “¿Qué pasa si antes tomaron cerveza?”. Y el coordinador pone la carta de alcohol y drogas sobre la mesa. Si alguien antes pone la carta del preservativo, se dice que entonces no se produce el embarazo ni se transmite el VIH. Además, deben ponerse las cartas de los métodos anticonceptivos en orden de importancia: preservativo, pastillas anticonceptivas diarias, pastillas anticonceptivas de emergencia etc.

Al finalizar los juegos se hará las siguientes preguntas que promuevan la discusión y reflexión sobre el tema:

¿Qué pasa cuando una pareja decide tener relaciones sexuales?

¿Y si se conocen mucho?

¿Si son amigos?

¿Y si son novios hace mucho?

¿Y si es una relación ocasional?

¿Y si justo la mujer está menstruando?

¿Y si justo está ovulando?

¿Y si tuvieron relaciones y no se cuidaron?

¿Cómo es que una mujer puede quedar embarazada?

¿Cómo pueden hacer si quieren quedar “embarazados”?

¿Y si se quieren cuidar de un embarazo, como hacen?

¿Y si quieren prevenir la transmisión de infecciones?

¿Qué tiene que ver el sexo, el amor, el cuidado, las relaciones?

Es importante tratar de usar las cartas a medida que se vaya haciendo las preguntas, ya que la ilustración les ayuda a comprender mejor.

Evaluación

Se solicitará lo positivo, lo negativo e interesante (PNI) del tema a cada uno de los participantes

Consideraciones finales

Previo a la finalización de la sesión se dividirá a los participantes en 10 equipos y por sorteo se asignará un tema: (Equipos: 1 Historia, 2 descripción, 3 mecanismo de acción para prevenir el embarazo e infecciones de transmisión sexual, 4 modo de uso, 5 eficacia, 6 indicaciones, 7 contraindicaciones, 8 reacciones adversas, 9 uso correcto del preservativo masculino y 10 uso correcto del preservativo femenino), explicándoles que deberán traer información sobre el tema que se les asignó para el desarrollo de la próxima sesión.

4.7.3 Plan de clase No. 3

Tema: Métodos anticonceptivos preferentes o recomendables en la adolescencia:
Preservativo masculino y femenino.

Duración: 90 minutos Fecha: 17/2/2017.

Lugar: Aula del centro de salud Archidona. Responsable: Médico del barrio Piedra Grande

Contenidos

Historia, descripción, modo de uso, mecanismo de acción, eficacia, indicaciones, contraindicaciones, reacciones adversas y uso correcto

Objetivo

Aumentar los conocimientos sobre el preservativo masculino y femenino

Recursos

- Infocus
- Laptop
- Papelotes
- Marcadores
- Cinta masqui
- Maquetas del aparato reproductor femenino y masculino
- Laminas del aparato reproductor masculino y femenino
- Preservativos masculinos y femeninos

Métodos

1.- Técnica participativa: la cebolla.

2.- Taller: Historia, descripción, modo de uso, eficacia, indicaciones, contraindicaciones, reacciones adversas y uso correcto.

3.- Dinámica post taller: Gigantes encantados, elija y defienda el método anticonceptivo.

Resultados esperados

Que los adolescentes consoliden conceptos, actitudes y prácticas positivas frente al uso del preservativo masculino y femenino en la prevención del embarazo e infecciones de transmisión sexual.

Desarrollo de la sesión

Actividades iniciales

- Saludo a los participantes
- Presentación del responsable y miembros de la intervención
- Registro y verificación de los asistentes
- Presentación del tema a tratar
- Recordatorio del tema anterior
- Explicación de la técnica que se va a utilizar para la actividad
- Dinámica integradora rompe hielos: la cebolla

Para realizar esta dinámica se necesita un voluntario que hará el papel de granjero, el resto de participantes formarán una cebolla. Para formar la cebolla los participantes deberán unirse entre sí de manera fuerte, como si se tratara de capas de una misma cebolla. Una vez que la cebolla esté lista el granjero deberá pelarla capa por capa, cada

vez que logre pelar una capa, la persona que ha sido desprendida del grupo se convertirá en un segundo granjero que ayudará en la tarea de pelar la cebolla. Así una a una las capas desprendidas pasarán a formar parte del grupo de granjeros.

Construcción de conocimientos

1.- Taller: Inicialmente se les recordará que en la sesión anterior se les dividió en grupos y que debían traer la información para el desarrollo del tema. Se solicitará que formen los equipos para el desarrollo de los temas.

Equipo N° 1: Historia

Equipo N° 2: descripción

Equipo N° 3: mecanismo de acción para prevenir el embarazo e infecciones de transmisión sexual.

Equipo N° 4: modo de uso

Equipo N° 5: eficacia

Equipo N° 6: indicaciones

Equipo N° 7: contraindicaciones

Equipo N° 8: reacciones adversas

Equipo N° 9: uso correcto del preservativo masculino

Equipo N° 10: uso correcto del preservativo femenino

Se le entregará un papelote y dos marcadores a cada grupo, posteriormente se les indicará que desarrollen el tema en el papelógrafo, deben elegir un relator para la exposición del tema, el resto de integrantes del grupo harán aportes sobre el tema. Cada equipo tendrá 5 minutos para la exposición. Una vez que todos los equipos hayan terminado su exposición se reforzará con dinámicas de aprendizaje sobre el tema.

2.- Dinámicas post taller

➤ Gigantes encantados

Esta dinámica busca poner en práctica las habilidades técnicas de prevención mediante la colocación adecuada del preservativo. Bajo la supervisión del facilitador cada participante colocará el preservativo en la maqueta del pene, los pasos a seguir son: pene en erección, abrir el envoltorio del preservativo, sujetar la punta para evitar la entrada de aire, desenrollarlo sobre el pene hasta la base, sujetar el preservativo por la base del pene al retirarlo, imaginar la pérdida de la erección, quitar el preservativo, realizar un nudo, comprobar que no se haya roto y desecharlo.

Igualmente, con la maqueta de la vagina se realizará la práctica de colocación del preservativo femenino. El facilitador guiará la actividad y dará la voz a los jóvenes para que sean ellos quienes enuncien los pasos a seguir y lo que han de tener en cuenta en cada paso corrigiendo los aspectos incorrectos, si fuera necesario.

➤ Elija y defienda el método anticonceptivo

Con esta dinámica se intenta debatir sobre las ventajas e inconvenientes de los distintos métodos, en este caso del preservativo masculino y femenino. Se solicita que formen dos equipos uno de varones y uno de mujeres, cada equipo debe elegir un representante que pase al frente, seguidamente el facilitador relatará la siguiente historia: Rafael de 16 años y Luisa de 15 años se gustan, hace 1 mes se hicieron enamorados, Rafael le pide a Luisa que tengan relaciones sexuales, ella le cuenta a Elizabeth su mejor amiga, Elizabeth le manifiesta que lo haga, pero le recomienda que se cuide y le dice que Rafael debe usar preservativo. Luisa y Rafael deciden que van a tener relaciones sexuales, pero Luisa le pide que por recomendación de su amiga debe usar preservativo, él se molesta y manifiesta que no usará porque no se siente igual, manifiesta que con ninguna muchacha lo ha usado y esta vez no va ser la excepción, le pide que ella se cuide a lo que Luisa responde yo no sé cómo cuidarme.

Una vez terminada la historia los participantes debatirán sobre: las siguientes interrogantes ¿Por qué es importante que usen un método anticonceptivo? ¿Qué método podrá usar Luisa y por qué? ¿Por qué Luisa no debe tener relaciones sexuales sin protección? ¿Cuáles son las ventajas de usar el preservativo?, los varones defenderán la postura la Luisa y las mujeres defenderán la postura de Rafael. Primero trabajarán por separado y después se ponen en común los argumentos de unos y de otros. El facilitador se asegurará que los grupos trabajen por separado y promoverá el debate con todos los participantes.

Evaluación

El taller será evaluado con preguntas claras y sencillas sobre el tema, se solicitará lo positivo, lo negativo e interesante (PNI) del tema a cada uno de los participantes.

4.7.4 Plan de clase No. 4

Tema: Métodos anticonceptivos preferentes o recomendables: Anticonceptivos hormonales orales.

Duración: 90 minutos Fecha: 24/2/2017.

Lugar: Aula del centro de salud Archidona. Responsable: Médico del barrio Piedra Grande

Contenidos

Anticonceptivos hormonales orales combinados (ACO), anticonceptivos hormonales orales solo de prostàgenos: Historia, descripción, modo de uso, mecanismo de acción, eficacia, indicaciones, contraindicaciones, reacciones adversas.

Objetivo

Aumentar los conocimientos sobre anticonceptivos hormonales orales combinados (ACO), anticonceptivos hormonales orales solo de prostàgenos (Mini píldora)

Recursos

- Infocus
- Laptop
- Cinta masqui
- Papelotes
- Maquetas del aparato reproductor femenino y masculino
- Laminas del aparato reproductor masculino y femenino
- Anticonceptivos orales

Métodos

- 1.- Técnica participativa: El círculo.
- 2.- Lluvia de ideas.
- 3.- Charla educativa: Historia, descripción, modo de uso, eficacia, indicaciones, contraindicaciones, reacciones adversas.
- 4.- Dinámica post taller: La pecera.

Resultados esperados

Que el adolescente al final de la sesión tenga mejores o nuevos conocimientos sobre los anticonceptivos orales.

Desarrollo de la sesión

Actividades iniciales

- Saludo a los participantes
- Presentación del responsable y miembros de la intervención
- Registro y verificación de los asistentes
- Presentación del tema a tratar
- Recordatorio del tema anterior
- Explicación de la técnica que se va a utilizar para la actividad
- Dinámica integradora rompe hielos: el círculo

Se indica a los participantes que formen grupos de 10 personas formando un círculo, un integrante deberá quedarse en el interior, mientras los otros deberán estar bien pegados entre sí, de manera que no quede ningún espacio entre ellos. De esta manera la persona que está en el interior del círculo se balanceará hacia los lados, delante o detrás siendo

sus compañeros quienes deben evitar que no se caiga y además se impulse nuevamente. Después de unos minutos de zarandeo se cambiarán cada participante, hasta que todos hayan estado en el interior del círculo.

Construcción de conocimientos

1.- Lluvia de ideas: Se solicitará que los participantes voluntariamente expongan sus ideas sobre los conocimientos que tengan de los anticonceptivos orales.

2.- Charla educativa: con la ayuda de una presentación en power point se expondrá el tema en los tiempos establecidos.

3.- Dinámicas post taller: La pecera.

Se explica a los participantes que por afinidad formen cinco grupos con igual número de integrantes. El facilitador formulará preguntas sobre el tema: ¿hace cuantos años aparecieron los anticonceptivos orales?, ¿cómo actúan los anticonceptivos orales?, ¿cuantas tabletas y con qué frecuencia deben tomarse los anticonceptivos orales?, ¿quiénes pueden usar los anticonceptivos orales?, ¿qué infecciones de transmisión sexual previene el uso de anticonceptivos orales?, ¿para qué sirven los anticonceptivos orales?, para contestar la pregunta se les dará dos minutos, los integrantes deberán debatir y ponerse de acuerdo, para la respuesta solo un miembro de cada grupo tendrá la palabra este deberá defender las ideas debatidas anteriormente en el grupo, sin que los restantes miembros de cada grupo puedan añadir a lo que su representante diga, añada o se olvide de decir. El facilitador podrá escoger el representante de cada grupo. Gana el grupo que tenga mayor número de respuestas correctas.

Evaluación

Haciendo uso de la dinámica el facilitador podrá tener una pauta inicial sobre los conocimientos que adquirieron. Se solicitará lo positivo, lo negativo e interesante (PNI) del tema a cada uno de los participantes.

4.7.5 Plan de clase No. 5

Tema: Métodos anticonceptivos de emergencia.

Duración: 90 minutos Fecha: 3/3/2017.

Lugar: Aula del centro de salud Archidona. Responsable: Médico del barrio Piedra Grande

Contenidos

Píldora de emergencia o del día después: Historia, descripción, modo de uso, mecanismo de acción, eficacia, indicaciones, contraindicaciones, reacciones adversas.

Objetivo

Aumentar los conocimientos sobre la píldora emergencia o del día después

Recursos

- Infocus
- Laptop
- Cinta masqui
- Papelotes
- Maquetas del aparato reproductor femenino y masculino
- Laminas del aparato reproductor masculino y femenino
- Píldoras de emergencia
- Tarjetas ilustrativas sobre anticonceptivos, fecundación, ciclo menstrual etc.

Métodos

- 1.- Técnica participativa: La tempestad.
- 2.-Lluvia de ideas.
- 3.- Video: píldora de emergencia (PAE).
- 4.-Juego didáctico.

Resultados esperados

Que los adolescentes tengan claro la dosis, tiempo en que deben ingerirla después de la relación sexual y circunstancias en la que deben usar

Desarrollo de la sesión

Actividades iniciales

- Saludo a los participantes
- Presentación del responsable y miembros de la intervención
- Registro y verificación de los asistentes
- Presentación del tema a tratar
- Recordatorio del tema anterior
- Explicación de la técnica que se va a utilizar para la actividad
- Dinámica integradora rompe hielos: La tempestad.

Se solicita a los participantes que si sienten en las sillas formando un círculo, cuando el facilitador diga << *ola a la derecha* >>, los integrantes del grupo deberán pararse, realizar un giro a la derecha y volver a sentarse, cuando escuchen << *ola a la izquierda* >>, los participantes harán lo mismo, pero hacia el otro sentido. Cuando el facilitador diga << *tempestad*>>, todos los integrantes tendrán que cambiarse de asientos. Aquel

que se quede de pie tendrá que pagar una penitencia. Existirá uno que quede de pie porque el orientador, que se encuentra de pie, también se sentará en una de las sillas.

Construcción de conocimientos

1.- Lluvia de ideas: Se solicitará que los participantes voluntariamente expongan sus ideas sobre los conocimientos que tengan de la píldora de emergencia o píldora del día después.

2.- Video: Píldora anticonceptiva de emergencia (PAE).

<https://www.youtube.com/watch?v=vj1Ff4nUgfU>

3.- Conferencia: Para consolidar los conocimientos adquiridos en el video se utilizará una presentación en power point, se pondrá énfasis en la dosis, lapso de tiempo en el que esta debe ser ingerida y las circunstancias en las que se usa.

4.- Juego didáctico: “De la A a la Z”

En una mesa, se ubican varias tarjetas con ilustraciones que abarquen: pareja de enamorados, besándose, relaciones sexuales, menstruación, ovulo, espermatozoide, fecundación, anticonceptivos, alcohol, drogas, etc. Todas las tarjetas deberán estar colocadas boca arriba, colocando en un extremo (punto A) las imágenes de ambos personajes (varón y mujer) vestidos, y en otro extremo (punto Z) la tarjeta con el bebé gestándose.

El facilitador pregunta: ¿Cómo llegamos desde el punto A, hasta el punto Z? Los participantes deberán ordenar las tarjetas. En ronda, por turnos cada participante ubica una tarjeta de acuerdo al orden de la historia. El/la participante sólo puede decir: ‘Acá pasa “esto” o “eso”’. NO vale utilizar otras palabras.

El siguiente jugador puede cambiar de lugar la tarjeta que puso un jugador anterior si considera que hay un error, o agregar otra tarjeta. El facilitador puede agregar la tarjeta

del alcohol y drogas antes de que la pareja esté haciendo el amor. Pregunta: - ¿Esto cambia algo o no?. Además, está la tarjeta comodina (C) para resolver situaciones que se plantearon cuando no hay una carta que represente la solución. El coordinador puede preguntar ¿cómo haremos si no queremos llegar al punto Z, ¿Qué debe ocurrir en el medio? ¿Será que funciona la píldora de emergencia? ¿En qué momento debe tomarla en caso de que desee usarla? ¿Funcionará si ya está embarazada? Etc.

Evaluación

El tema fue evaluado con la dinámica la pecera. Se solicitará lo positivo, lo negativo e interesante (PNI) del tema a cada uno de los participantes.

4.7.6 Plan de clase No. 6

Tema: Mitos y verdades sobre métodos anticonceptivos en la adolescencia.

Duración: 90 minutos Fecha: 3/3/2017.

Lugar: Aula del centro de salud Archidona. Responsable: Médico del barrio Piedra Grande

Contenidos

Mitos y verdades sobre métodos anticonceptivos en la adolescencia

Objetivo

Romper las creencias populares que se ha generado en torno al uso de los anticonceptivos

Recursos

- Infocus
- Laptop

- Cinta masqui
- Papelotes
- Maquetas del aparato reproductor femenino y masculino
- Laminas del aparato reproductor masculino y femenino
- Parlante
- Micrófono
- Pelota
- Caja de cartón
- Hojas de papel

Métodos

- 1.- Técnica participativa: La risa prohibida.
- 2.- Lluvia de ideas.
- 3.- Taller: Mitos y verdades sobre los métodos anticonceptivos.

Resultados esperados

Que los adolescentes muestren actitudes positivas frente al uso de los métodos preferentes y de emergencia en la prevención del embarazo e infecciones de transmisión sexual

Desarrollo de la sesión

Actividades iniciales

- Saludo a los participantes
- Presentación del responsable y miembros de la intervención
- Registro y verificación de los asistentes
- Presentación del tema a tratar

- Recordatorio del tema anterior
- Explicación de la técnica que se va a utilizar para la actividad
- Dinámica integradora rompe hielos: la risa prohibida

Se solicita que los participantes formen dos columnas mirándose frente afrente, en este momento el facilitador lanzará un zapato en el medio de las filas. Si cae boca abajo, los participantes de una fila deben permanecer serios y los de la otra deben hacer reír a los de la otra fila. Si cae boca arriba, entonces será, al contrario. Aquellos que rían cuando deben estar serios, saldrán de la fila.

Construcción de conocimientos

1.- Taller: Se solicitará a los participantes que formen 3 grupos, a cada grupo se les entregará un papelote y dos marcadores y se les pedirá que en base a sus creencias, experiencias o de acuerdo a lo que han escuchado escriban los mitos que se han generado en torno a los anticonceptivos. Un grupo escribirá los mitos sobre el preservativo masculino y femenino, otro grupo redactará los mitos sobre los anticonceptivos orales, el siguiente sobre la píldora de emergencia. Se solicitará que un relator por grupo exponga lo redactado al finalizar el facilitador desmentirá o aclarará el mito, la actividad terminará cuando todos los grupos hayan expuesto.

Para finalizar la intervención se hará una dinámica grupal con la finalidad de despejar dudas o aclarar conceptos que no fueron bien entendidos por los participantes.

2.- Dinámica: ¿Qué más quiero saber?

Se entrega a cada participante varios papeles en blanco y se les pide que escriban preguntas de manera anónima sobre todos aquellos aspectos que se trataron en esta sesión y en las anteriores, que no hayan sido clarificados o que causen confusión. Para esta actividad se otorgará 15 minutos. En un extremo de la sala se coloca una caja de cartón para que las y los participantes vayan colocando allí sus preguntas o comentarios.

Cuando hayan finalizado la escritura de las preguntas, se les pide que formen un círculo para realizar el juego de “la patata caliente”. Este consiste en ir pasando una pelota de mano en mano, mientras suena la música, de la manera más rápida posible. Cuando la música se interrumpa, la persona que se quedó con la pelota en la mano debe sacar un papelito y leer la pregunta. En este momento, él o ella deben tratar de contestar esa pregunta y también dar la oportunidad a otros participantes que quieran responder u opinar. En caso de que las respuestas sean incompletas, insatisfactorias o equivocadas, el facilitador dará la información necesaria asegurándose que a todo el grupo le queda claro el tema consultado. Así continúa el juego hasta que ya no quede ningún papelito en la caja, de modo que las preguntas planteadas por todos los participantes tengan su respuesta.

4.8 Evaluación de conocimientos pos intervención

El sistema de evaluación se realizará de dos formas: sistémica y final. La evaluación sistémica a través de la participación en los talleres y en las dinámicas de grupo que se establezca para cumplir los objetivos propuestos en cada encuentro. Para la evaluación final se aplicará el mismo instrumento que se utilizó en la primera etapa de la investigación. De esta manera se determinará si los adolescentes adquirieron nuevos conocimientos o elevaron los que tenían sobre el tema. Con los resultados que se obtenga posterior a la implementación de la propuesta educativa se evaluará el impacto de la inversión.

CONCLUSIONES

- En el estudio predominaron los adolescentes de 10 a 14 años, del sexo femenino, indígenas, con escolaridad básica superior, que viven en el núcleo familiar y con escolaridad de los padres primaria completa.
- La mayoría de los adolescentes presentaron conocimientos no satisfactorios sobre métodos anticonceptivos preferentes y de emergencia.
- El grado de relación entre los conocimientos y la edad fue moderada, sin embargo, con el sexo, escolaridad de los padres, convivencia familiar y etnia fue débil y muy débil.

RECOMENDACIONES:

Implementar la propuesta educativa diseñada en este estudio sobre métodos anticonceptivos de preferencia y emergencia en los adolescentes del barrio Piedra Grande, del cantón Archidona o en las instituciones educativas del sector.

BIBLIOGRAFÍA

ABIZANDA, M., Doval, J., Toquero, F., Vega, M., Villegas, M. (2005). Guía de buena práctica clínica en anticoncepción. Madrid, España: International Marketing & Communication, S.A. Editorial. Consultado 28 de Marzo 2016. <http://docplayer.es/1474455-Anticoncepcion-atencion-primaria-de-calidad-guia-de-buena-practica-clinica-en-dr-manuel-villegas-pablos-dr-julio-zarco-rodriguez.html>

AGENCIA PÚBLICA DE NOTICIAS DE ECUADOR Y SURAMÉRICA (ANDES). (2015). En Ecuador cae índice de embarazo en jóvenes de 15 y 19 años aunque aumenta en edades menores. [En línea]. Consultado 28 de Marzo 2016. <http://www.andes.info.ec/es/noticias/ecuador-cae-indice-embarazo-jovenes-15-19-anos-aunque-aumenta-edades-menores.html>

ALARCÓN Argota, R., Coello Larrea, J., Cabrera García, J., & Monier Despeine, G. (2009). Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. Revista Cubana de enfermería, 25(pp1-2). Consultado el 11 de Septiembre 2016. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403192009000100007&script=sci_arttext&tlng=en

ALONZO, M. (s.f.). Anticoncepción de Urgencia. Consultado el 26 de Agosto 2016. http://sec.es/descargas/PS_Anticoncepcion_de_urgencia.pdf

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN INTEGRAL DE SALUD (ASIS). (2014). Documento de trabajo del Centro de Salud Archidona

ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA DE ANTICONCEPCIÓN. (2012). Métodos anticonceptivos, Guía práctica para profesionales de la salud. [En línea]. Consultado el 28 de Marzo 2016.

<http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/tocoginecologia/files/2014/02/M%C3%A9todo-s-Anticonceptivos.-Guia-Pr%C3%A1ctica-para-Profesionales-de-la-Salud.pdf>

AZEBEDO, J., Sarah, M., López, L., Müller, M., Perova, E. (2012). Embarazo adolescente y oportunidades. En América Latina y el Caribe, sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos. Consultado el 11 de Octubre 2016. <http://www.redetis.iipe.unesco.org/wp-content/uploads/2014/01/embarazo-adoles-y-oport-en-ALyC-BID.pdf>

BERGALLO, P. (2011). Argumentos para la defensa legal de la anticoncepción de emergencia en América Latina y el Caribe. Consultado el 28 de Marzo 2016. https://www.arhp.org/uploaddocs/ISEC_Argument.pdf

BRINDIS, C., & Davis, L. (2001). Mejora del acceso de los adolescentes a los métodos anticonceptivos. [En línea]. Consultado el 12 de Mayo 2016. <http://www.advocatesforyouth.org/storage/advyfy/documents/comunidadesresponden4.pdf>

BURNEO CÓRDOVA, A., Gutiérrez, M., Ordoñez, A. (2015). Embarazo adolescente en el marco de la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar 2014 y el Plan Nacional de Fortalecimiento de la Familia 2015. Consultado el 6 de Octubre 2016. <http://montecristivive.com/wp-content/uploads/2008/07/SEXUALIDAD-ADOLESCENTE-PDF.pdf>

CALVILLO PAZ, C. R., & Rodríguez Cabrera, A. (2014). Conocimientos y comportamientos en salud sexual de estudiantes indígenas guatemaltecos residentes en una comunidad rural. *Revista cubana de Medicina General Integral*, 30(4), 467-480. Consultado el 16 de Mayo 2016. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252014000400008&lng=es&tlng=en

CARICOTE AGREDA, E. A. (2008). Influencia de los padres en la educación sexual de los adolescentes. *Educere*, 12(40), Mérida, Venezuela. 79-87. Consultado el 14 de Mayo 2016. <http://www.redalyc.org/pdf/356/35604010.pdf>

CASAS, J., & Ceñal, M. (2005). Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría integral*, 9(1), 20-24. Consultado el 9 de Mayo 2016. [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo_adolescente\(2\).pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo_adolescente(2).pdf)

CERVERA, J. (2013). Contracepción en adolescencia. *ADOLESCERE*. Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia. Volumen I (3) 69-70. Consultado el 28 de marzo 2016. <http://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/5-contracepci%C3%B3n-en-la-adolescencia.pdf>

COLLI, C., Ramírez, I., Martínez, F., Ramírez, A., Bernabeu, S., & Díez, E. (2001). Anticoncepción en la adolescencia. Métodos de barrera, naturales y DIU. Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia. Aspectos básicos y clínicos. Sociedad Española de Contracepción. Consultado el 18 de Mayo 2015. <http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/manual/saludreproductiva/22%20Salud%20reproductiva%20e.pdf>

COMMUNITY EMBEDDED REPRODUCTIVE HEALTH CARE FOR ADOLESCENTS CERCA. (2012). Cuidado de la Salud Reproductiva para adolescentes enmarcado en la Comunidad. Consultado el 20 de Mayo de 2016. <http://documentos.cies.edu.ni/cerca/INFORME%20CERCA%20ECUADOR%20WEB.pdf>

CORONA, H. F., & FUNES, D. F. (2015). Abordaje de la sexualidad en la adolescencia. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(1), 74-80. Consultado el 10 de Febrero de 2016. <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-abordaje-sexualidad-adolescencia-S0716864015000127>

- CHELHOND-BOUSTANIE, E. A., CONTRERAS-VIVAS, L., FERRER-LADERA, M., & RODRÍGUEZ, I.** (2012). Impacto de la educación sexual en el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en dos instituciones públicas en condición de semilibertad y abandono, Caracas, Venezuela. *Revista Médica de Risaralda*, 18(2), 112-115. Consultado el 10 de Abril 2016. <http://www.scielo.org.co/pdf/rmri/v18n2/v18n2a03.pdf>
- DÍAZ, S., & CROXATTO, H. B.** (2005). Anticoncepción Hormonal de Emergencia. *WR Barbato, JT Charalambopoulos. Editorial Corpus, Rosario, Argentina*, 267-276. Consultado el 19 de Septiembre de 2016. http://icmer.org/documentos/anticoncepcion_de_emergencia/Anticoncepcion%20Hormonal%20de%20Emergencia.pdf
- DÍAZ, S., SCHIAPPACASSE, V.** (2011). ¿Qué y cuáles son los métodos anticonceptivos? Consultado el 15 de Septiembre de 2016. http://www.icmer.org/documentos/anticoncepcion/Que_y_cuales_son_met_anti_c_02_05_2011.pdf
- DIZ, J. I.** (2013). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatr Integral*, 17(2), 88-93. Consultado el 12 de Marzo de 2016. <https://scp.com.co/descargasmedicinaadolescentes/Desarrollo%20del%20adolescente,%20aspectos%20f%C3%ADsicos,%20psicol%C3%B3gicos%20y%20sociales.pdf>
- DIARIO EL TELÉGRAFO** (02 de Abril 2014). Embarazo en la adolescencia: hacia una nueva mirada. [En línea]. Consultado el 23 de Febrero de 2016. <http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/sociedad/4/embarazo-adolescente-hacia-una-nueva-mirada>
- DIARIO EL UNIVERSO.** (24 Febrero 2012). Ecuador, segundo país en América Latina en embarazo adolescente. [En línea]. Consultado el 23 de Febrero de 2016. <http://www.eluniverso.com/2012/02/24/1/1384/mas-17-jovenes-ecuador-son-madres-solo-venezuela-lo-supera-america-latina.html>

ELLERTSON, C. (1997). Historia y Eficacia de la Anticoncepción de Emergencia: Más Allá de la Coca-Cola. *Perspectivas Internacionales en la Planificación Familiar, Número Especial*, 36-40. Consultado el 18 de Abril de 2016. <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/journals/23spa03697.pdf>

EL TIEMPO. (26 de Febrero 2015). Embarazo juvenil tiene alta prevalencia en Ecuador. [En línea]. Consultado el 6 de Junio de 2016. <http://www.eltiempo.com.ec/noticias/cuenca/2/349094/el-embarazo-juvenil-tiene-alta-prevalencia-en-ecuador>

ESTADÍSTICAS DEL DISTRITO DE SALUD 15D01. (2015- 2016). Porcentaje de captación de embarazadas. Documento de Trabajo. Consultado el 10 de Septiembre de 2016.

ESTADÍSTICAS DEL CENTRO DE SALUD ARCHIDONA. (2014). Porcentaje de embarazadas del cantón. Documento de trabajo. Consultado el 21 de mayo de 2016.

FÀREZ, N., GONZÁLEZ, N., QUEZADA, J. (2014). Impacto de la intervención educativa en adolescentes sobre anticoncepción en adolescentes del Instituto Pedagógico Intercultural Bilingüe Quilloac (Tesis de pregrado). Universidad de Cuenca, Cañar, Ecuador. Consultado el 10 de Julio de 2016. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21242/1/TESIS.pdf>

FASCÍCULO PROVINCIAL DE NAPO. (2010). Resultados del censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador. [En línea]. Consultado el 20 de Noviembre de 2015 <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manual-lateral/Resultados-provinciales/napo.pdf>

FRENK, J., RUELAS, E., TAPIA, R. (2002). Introducción a los métodos anticonceptivos: Información general. Consultado el 23 de Agosto de 2015. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7202.pdf>

FERNÁNDEZ, J., GONZÁLEZ, A., GÓMEZ, J., PRESA, J., HURTADO, F., VALVERDE, M. (2010). Anticonceptivos hormonales. Principios generales. Consultado el 3 de Septiembre de 2015. http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/cu_rso2010_gine_01_principios_generales_anticoncepcion.pdf

FERNÁNDEZ GARCÍA, B., MARIÑO MEMBRIBES, E. R., ÁVALOS GONZÁLEZ, M. M., & BARÓ JIMÉNEZ, V. G. (2013). Información sobre anticoncepción y métodos anticonceptivos en adolescentes del municipio "La Lisa". *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 29(1), 3-7. Consultado el 18 de Enero de 2016. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421252013000100002&script=sci_arttext&tlng=pt

FERNÁNDEZ-HONORIO, I. (2015). Conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en adolescentes de centros educativos del distrito de San Juan de Lurigancho. *Ágora Revista Científica*, 2(1), 79. Consultado el 13 de Febrero de 2016. <http://revistaagora.com/index.php/cieUMA/article/view/21/21>

FERNÁNDEZ, N. V., & DE CASTRO, F. L. (2006). Anticoncepción en la adolescencia. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 32(6), 286-295. Consultado el 19 de Septiembre de 2016. doi:10.1016/S1138-3593(06)73273-7

FLÓREZ, C. E., & SOTO, V. E. (2008). El estado de la salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe: una visión global. Inter-American Development Bank. Consultado el 10 de Octubre de 2015 http://www.iadb.org/res/publications/pubfiles/pubWP-632_esp.pdf

GAETE, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista chilena de pediatría*, 86(6), 436-443. Consultado el 19 de mayo de 2016. <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v86n6/art10.pdf>

GALÁN CH, G. (2010). 50 años de la píldora anticonceptiva. Revista chilena de obstetricia y ginecología, 75(4), 217-220. Consultado el 15 de Septiembre de 2016. <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v75n4/art01.pdf>

GARCÍA, P., MARTÍNEZ, F., PINTOR, A., CAELLES, N., IBÁÑEZ, J. (s.f.). Guía de utilización de medicamentos: Anticonceptivos hormonales. Consultado el 19 de Septiembre de 2016. http://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA_ANTIORMONO.pdf

GUEVARA, W. (2013). Prevalencia de Embarazo en adolescentes y factores psicosociales asociados en colegios de Cuenca. (Tesis de Postgrado). Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador. Consultado el 10 de Octubre de 2016. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4006/1/MEDGO15.pdf>

GIL HERNÁNDEZ, A., RODRÍGUEZ GARCÍA, Y., & RIVERO SÁNCHEZ, M. (2012). Intervención educativa sobre anticoncepción y adolescencia. Revista Archivo Médico de Camagüey, 16(1), 45-52. Consultado el 15 de Mayo de 2016. <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v16n1/amc060112.pdf>

GONZÁLEZ, J. C. (2009). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la sexualidad en una población adolescente escolar. Revista de Salud Pública, 11(1), 14-26. Consultado el 15 de Septiembre de 2016. Consultado el 10 de Octubre de 2016. <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v11n1/v11n1a03.pdf?iframe=true&width=90%&height=90%>

GONZÁLEZ, S. (2015). Impacto de una estrategia educativa en los conocimientos y uso de métodos anticonceptivos en estudiantes del Colegio Nacional Experimental Salcedo de la Parroquia San Miguel del Cantón Salcedo en el periodo Agosto 2014-Enero 2015 (tesis de pregrado). Universidad Técnica de Ambato, Salcedo, Ecuador. Consultado el 13 de Octubre de 2016. <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/10772/1/TESIS%20SANDRA%20GONZALEZ%20IMPRESI%C3%93N%20FINAL...ya.pdf>

HERNÁNDEZ-VALENCIA, M. (2015). Embarazo en la adolescencia. *Ginecol Obstet Mex*, 83, 294-301. Consultado el 17 de Septiembre de 2016. <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom155e.pdf>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS (INEC). (2010). Censo de población y vivienda- Ecuador. Consultado el 14 de Enero 2016. <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/censo-de-poblacion-y-vivienda/>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS (INEC). (2011). Anuario de nacimientos y defunciones. Consultado el 14 de Enero de 2016. <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/anuario-de-nacimientos-y-defunciones/>

LAMA, M. (2012). Anticoncepción en adolescentes. Consultado el 25 de Octubre de 2015. <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/16.Anticoncepcion%20en%20adolescentes.%20Mario%20Lama%20..pdf>

LLERENA, G. (2015). Factores socioculturales, nivel de conocimientos sobre anticonceptivos y su influencia en adolescentes embarazadas de 14 a 19 años que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Docente Ambato periodo Junio-Noviembre del 2014. (Tesis de pregrado). Universidad Técnica de Ambato, Ambato, Ecuador. Consultado el 2 de Mayo de 2016. <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/9248/1/Llerena%20Espinoza,%20Gloria%20Andrea.pdf>

LOSOVIZ, A. (1996). Algunas consideraciones médico-éticas sobre la anticoncepción. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 109. Consultado el 28 de Marzo de 2016. <http://www.bioeticaclinica.com.ar>

LÓPEZ PRIETO, ESTHER. (2014). La píldora post-coital: uso y abuso en los adolescentes. Universidad de Cantabria. España. Consultado el 14 de Septiembre de 2016. <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/5117>

- LUGONES BOTELL, MIGUEL, & RAMÍREZ BERMÚDEZ, MARIETA.** (2013). El preservativo más viejo del mundo. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 39(3), 306-310. Consultado el 4 de Enero de 2016. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2013000300010&lng=es&tlng=es
- MASIÁ, M. G., GARCÍA-JIMÉNEZ, E., & LÓPEZ, A. M.** (2008). Conocimiento de los adolescentes sobre salud sexual en tres institutos de educación secundaria valencianos. *Revista pediatría de atención primaria*, 10(39), 433-442. Consultado el 19 de Septiembre de 2016. https://www.researchgate.net/profile/Emilio_GarciaJimenez/publication/28268070_Conocimiento_de_los_adolescentes_sobre_salud_sexual_en_tres_institutos_de_educacin_secundaria_valencianos/links/559d480b08ae04e36508e3e3.pdf
- MÉTODOS DE BARRERA.** (s.f). [En Línea]. Consultado el 29 de Agosto de 2016. <http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/prostitucion/docs/metodosBarrera.pdf>
- MEX, G. O.** (2015). Anticoncepción y bioética: entre la objeción de conciencia y el principio de autonomía. *Ginecol Obstet Mex*, 83, 125-138. Consultado el 30 Enero de 2016. file:///C:/Users/WC/Downloads/ensayo_anticoncepcion.pdf
- MORENO GENOVÉS, FERNANDO JAVIER.** (2014). Barreras que impiden el uso de la píldora anticonceptiva de emergencia en adolescentes que cursan el bachillerato a nivel de los colegios del distrito educativo intercultural y bilingüe Ambato N° 2, período Marzo-Julio 2013 (tesis de pregrado). Universidad Técnica de Ambato, Ambato, Ecuador. Consultado el 23 de Agosto de 2016. <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/7476/1/Moreno%20Genoves,%20Fernando%20Xavier.pdf>
- MONTERO, V. A.** (2011). Anticoncepción en la adolescencia. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 59-67. Consultado el 24 de Febrero de 2016. DOI 10.1016/S0716-8640(11)70393-5

NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DESDE LA INTERGENERACIONALIDAD ECUADOR. (2016). Consultado el 2 de Diciembre de 2015. http://www.unicef.org/ecuador/Ninez_Adolescencia_Intergeneracionalidad_Ecuador_2016_WEB2.pdf

OLMOS, J. L., & BENAVENTE, M. C. S. Breve historia de la Píldora Anticonceptiva. Hospital Santiago Oriente-Dr. Luís Tisné Brousse, 112-116. Consultado el 29 de Enero de 2016. <http://www.revistaobgin.cl/files/pdf/Vol5-2-2010TISN0.pdf#page=18>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, OMS. (2014). El embarazo en la adolescencia. Nota descriptiva N° 364. Consultado el 23 de Marzo de 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, OMS. (2015). Planificación Familiar. Nota descriptiva N° 351. Consultado el 13 de Abril del 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, OMS. 2014. Nueva orientación sobre cómo proporcionar información y servicios de anticoncepción. Consultado el 10 de Junio de 2016. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/guidance-contraceptive/es/>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, OMS. (2015). Embarazo en la adolescencia. Consultado el 17 de Julio de 2016. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/adolescent_pregnancy/es/

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, OMS. (2016). Anticoncepción de emergencia. Nota descriptiva N° 244. Consultado el 2 de Abril del 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/es/>

PARRA VISOSO, A. (1992). Sexualidad en la adolescencia. In Curso de orientación sexual y salud reproductiva (pp. 59-65). México. Secretaría de Salud. Consultado el 12 de Enero de 2016. <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=135117&indexSearch=ID>

PARERA YUNYENT, N., LÓPEZ GARCÍA, S., & LLOPIS PÉREZ, A. (2012). Habilidades para la comunicación con adolescentes. Barcelona: Edika Med. Consultado el 2 de Febrero de 2016. http://sec.es/descargas/AA_2012_Habilidades_anticonceptivas.pdf

PAZ Y MIÑO, C. (01 Marzo 2015). Plan Familia Ecuador y no al ENIPLA. El Telégrafo. Consultado el 20 de Agosto de 2015. <http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/columnistas/1/plan-familia-ecuador-y-no-al-enipla>

PELÁEZ MENDOZA, J. (2016). Estudio actualizado de la anticoncepción en la adolescencia. *Revista Cubana De Obstetricia Y Ginecología*, 42(1). Consultado el 12 de Julio de 2016. <http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/41/19>

PÉREZ DE GUZMÁN, M. (2007). Familia y educación: Visión de los Adolescentes. Consultado el 20 de Enero de 2016. [file:///C:/Users/WC/Downloads/Accionfamiliar_familiaeducacion%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/WC/Downloads/Accionfamiliar_familiaeducacion%20(1).pdf)

PÉREZ, A. PÉREZ, C. LEAL, F. JIMÉNEZ, I. MESA I. MORENO, M., MARTÍNEZ, M. (2015). Guía de Atención al Adolescente. Recuperado el 19 de mayo 2016. Consultado el 2 de Febrero de 2016. <http://www.samfyc.es/pdf/GdTAdol/2015009.pdf>

RODRÍGUEZ, M. J. (2015). Anticoncepción.¿ Qué necesitan los adolescentes?. *Adolescere*. Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de

Medicina de la Adolescencia, 3(2). Consultado el 3 de Marzo de 2016.
http://www.adolescenciasema.org/wp-content/uploads/2015/06/adolescere-2015-vol3-n2_69-79_Anticoncepcion.pdf

RODRÍGUEZ, M. P. (2008). Sexualidad y anticoncepción. Revista Pediatría de Atención Primaria, 10(Suplemento 2). Consultado el 10 de mayo de 2016.
https://www.aepap.org/sites/default/files/2008_Caceres_sexualidad.pdf

ROGEL ERAS, SONIA MIREYA. (2011). Conocimientos sobre salud sexual y métodos anticonceptivos en adolescentes de primero de bachillerato común, segundo y tercero de bachillerato en ciencias del colegio experimental Pio Jaramillo Alvarado sección nocturna de la ciudad de Loja .periodo octubre 2011 - enero 2012 (tesis de pregrado).Universidad Nacional de Loja, Loja, Ecuador. Consultado el 28 de Marzo de 2016.
<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/6325/1/Rogel%20Eras%20Sonia%20Mireya%20.pdf>

ROSALES-SILVA JG, IRIGOYEN-CORIA A. (2013). Embarazo en adolescentes: problema de salud pública y prioridad para el médico familiar. Aten Fam. 2013; 20(4):101-102. Consultado el 12 de Septiembre de 2016.
<http://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2013/af134a.pdf>

REVISTA DEL MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL. (2013). Hombres es momento de hablar de sexualidad responsable. Consultado el 12 de Octubre de 2016. <http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/11/16.pdf>

SAM-SOTO, SELENE, OSORIO-CABALLERO, MAURICIO, RODRÍGUEZ-GUERRERO, ROSA ESTELA, & PÉREZ-RAMÍREZ, NORMA PAULINA. (2014). Comportamiento sexual y anticoncepción en la adolescencia. Acta pediátrica de México, 35(6), 490-498. Consultado el 20 de Agosto de 2016.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018623912014000600008&lng=es&tlng=es

TREJO, C. A., CHIMBO, K. M. O., & COELLO, T. C. (2015). Los paradigmas sociales en el embarazo de los adolescentes amparados en el buen vivir y sus impactos a las tasas de mortalidad (ecuador). *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, (2015-03). Consultado el 12 de Junio de 2016. <http://www.eumed.net/rev/cccss/2015/01/embarazo-precoz.html>

TRUMPER, EUGENIA. (2007). *Anticoncepción hormonal de emergencia. Guía de procedimientos para profesionales de la salud.* Buenos Aires- Argentina. Edición literaria a cargo de: M. Valeria Isla. 2007. Consultado el 28 de marzo de 2016. http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000668cntAHE_guia_profesionales.pdf

ULANOWICZ, M. G., PARRA, K. E., WENDLER, G. E., & MONZÓN, L. T. (2006). Riesgos en el embarazo adolescente. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*, 153(4), 13-17. Consultado el 28 de Marzo del 2016. http://med.unne.edu.ar/revista/revista153/4_153.htm

UNICEF. (Ed.). (2002). *Adolescencia: una etapa fundamental.* Consultado el 19 de Septiembre de 2016. http://www.unicef.org/ecuador/pub_adolescence_sp-2.pdf

UNICEF. (2011). *Estado mundial de la infancia 2011-Resumen Ejecutivo: La adolescencia una época de Oportunidades.* Consultado el 19 de Septiembre de 2016. http://www.unicef.org/honduras/Estado_mundial_infancia_2011.pdf

UNFPA. (2012). *Situación de la adolescencia en América.* Consultado el 13 de Octubre de 2016. [http://www.unicef.org/ecuador/embarazo_adolescente_5_0_\(2\).pdf](http://www.unicef.org/ecuador/embarazo_adolescente_5_0_(2).pdf)

UNFPA. (2014). *Estado de la población mundial.* Consultado el 13 de Octubre del 2016.

<https://www.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/SWOP2014%20Report%20Web%20Spanish.pdf>

UNFPA. (2014). Guía de uso del condón femenino. Consultado el 13 de Octubre de 2016. <http://unfpa.org.co/wp-content/uploads/2014/07/MANUAL-CONDONFEMENINO.pdf>

VARAS, J. (2010). Píldoras sólo con progestágenos: Recomendaciones basadas en evidencia. Consultado el 15 de Septiembre de 2016. [file:///C:/Users/WC/Downloads/v05_n2_120%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/WC/Downloads/v05_n2_120%20(2).pdf)

VEGA-MALAGÓN, G., DE ICAZA-LLERA, T., BECERRIL-SANTOS, A., & ÁVILA-MORALES, J. (2016). Resultados Perinatales De Hijos De Madres Adolescentes, Comparados Con Hijos De Madres No Adolescentes En Un Hospital De Segundo Nivel En México. *European Scientific Journal*, 12(21). Consultado el 15 de Julio de 2016. <file:///C:/Users/WC/Downloads/7741-22525-1-PB.pdf>

VERA, D. (2010). Nivel de escolaridad de los ecuatorianos. *Análisis-Revista Coyuntural*, 4-12. [En línea]. Consultado el 26 de Mayo 2016. <http://www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis5.pdf>

WILLIAMSON, N. (2013). Maternidad en la niñez: Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes-El estado de la población mundial 2013. Consultado el 10 de Abril del 2016. <http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/SP-SWOP2013.pdf>

YAGO SIMÓN, T., & TOMÁS AZNAR, C. (2014). Variables sociodemográficas relacionadas con embarazos no planificados en jóvenes de 13 a 24 años. *Revista Española de Salud Pública*, 88(3), 395-406. Consultado el 12 de mayo del 2016. http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v88n3/09_original8.pdf

ANEXOS

Anexo A. Encuesta sobre anticonceptivos preferentes y de emergencia.



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

El presente cuestionario tiene como objetivo evaluar el conocimiento que tienen los adolescentes en relación a anticonceptivos de uso preferente y de emergencia.

Identificación. _____

DATOS GENERALES:

1.- Edad _____ Años

2.- Sexo

Masculino () Femenino ()

3.- ¿Cómo se considera usted?

Indígena () Mestiza () Blanco () Afro ecuatoriano ()

4.- ¿En qué grado está usted?

5.- ¿Tiene hijos usted?

Si () No ()

6.- ¿Con quién vive usted?

Padre () Madre () Hermanos () Abuelos () Solo () Amigos () Tíos () Otros ()

7. ¿Cuál es el nivel educativo alcanzado por sus padres?

Ninguna (), Primaria incompleta (), Primaria completa (), secundaria incompleta ()
secundaria completa () Superior ()

SECCIÓN DE CONOCIMIENTOS

1.- En base a sus conocimientos sobre concepto de métodos anticonceptivos, marca con una X las respuestas que consideres correctas

- a) Método anticonceptivo es aquel que impide o reduce significativamente la posibilidad de un embarazo.
- b) Los métodos anticonceptivos ocasionan alteraciones en la personalidad
- c) Los métodos de barrera previenen las infecciones de transmisión sexual
- d) Los métodos anticonceptivos son usados solo parejas de casados

2.- Marque con una x las respuestas correctas: Son métodos anticonceptivos los siguientes

- a) Aseo después de realizar relaciones sexuales
- b) La T de cobre, implante sub dérmico
- c) Agua de plantas medicinales
- d) Pastillas, inyecciones, condón

3.- Con relación a los métodos anticonceptivos señale verdadero (v) o falso (f)

- a) Para el uso del preservativo masculino y femenino se debe verificar: fecha de vencimiento, observar que no esté roto y debe utilizarse uno para cada relación sexual
- b) El uso adecuado del preservativo masculino previene embarazos e infecciones de transmisión sexual
- c) El uso del preservativo femenino disminuye el placer sexual en la pareja
- d) Los métodos de barrera No ofrecen protección efectiva contra VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual
- e) La pastilla de emergencia o del día después ofrece protección contra las infecciones o enfermedades de transmisión sexual

4.- Con relación a la píldora (pastilla) de emergencia o del día después marque con una X la respuesta correcta

- a) Deber ser usada hasta tres días posterior a una relación sexual dudosa o sin protección
- b) Si la mujer ya está embarazada provoca aborto
- c) Puede ser usada en cualquier momento, no importa el tiempo que haya transcurrido desde la relación sexual sin protección

5.- Con relación a los anticonceptivos orales (pastilla): Marque con una X la respuesta correcta.

- a) Al usarlos las mujeres pueden quedarse estériles

- b) ____ Su uso ocasionan trastornos mentales (locura)
- c) ____ Son seguros y eficaces en la prevención de embarazos

Gracias por su colaboración

Anexo B. Criterios de validación de Moriyama.

Criterios de Moriyama					
Ítems	Comprensible	Sensible a variaciones	Razonable	Componentes Claramente definidos	Datos factibles de obtener
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					

Evaluar en cada pregunta los cinco criterios de Moriyama aportándoles los siguientes valores: Mucho: 3, Suficiente: 2, Poco: 1 Nada: 0.

1. Comprensible: Se refiere a si se comprenden los aspectos (ítems) que se evalúan, en relación con el fenómeno que se quiere medir.

2. Sensible a variaciones en el fenómeno: Si usted considera que puede Discriminar a individuos con diferentes grados de vulnerabilidad.

3. Si el instrumento (ítem) tiene suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables: Es decir, si existe una justificación para la presencia de dicho ítem en el instrumento.

4. Componentes claramente definidos: o sea, si el ítem tiene una definición clara.

5. Si deriva de datos factibles de obtener: Si el dato correspondiente al ítem evaluado se puede recoger.

Anexo C. Consentimiento informado para los adolescentes.



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO INSTITUTO SUPERIOR DE POSTGRADO Y EDUCACIÓN CONTINUA POSTGRADO EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Información

Título del trabajo y lugar: Propuesta educativa sobre métodos anticonceptivos preferentes y de emergencia en adolescentes del Barrio Piedra Grande del Cantón Archidona.

Autora: Dra. Nancy del Pilar Yambay

Objetivo: Elaborar una propuesta educativa sobre métodos anticonceptivos preferentes y de emergencia en los adolescentes del Barrio Piedra Grande del Cantón Archidona.

Duración del estudio: Desde Agosto 2015-Julio 2016.

Procedimientos de estudio: Aplicación de encuesta.

Riesgos previstos: Ninguno.

Beneficios esperados: Identificar conocimientos sobre métodos anticonceptivos preferentes y de emergencia en los adolescentes, a partir de estos diseñar una estrategia educativa que redundará en mejorar la calidad de vida de los participantes y familiares.

La participación no supone gasto económico alguno.

La participación es totalmente voluntaria y el participante se puede retirar de la misma si lo estima conveniente.

La identidad de cada uno de los participantes será totalmente confidencial.

Firma del adolescente.....

Anexo D. Consentimiento informado para los padres.



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
INSTITUTO SUPERIOR DE POSTGRADO Y EDUCACIÓN CONTINUA
POSTGRADO EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del investigador.....

Objetivo de la investigación. La presente investigación busca obtener información acerca del conocimiento que tienen los adolescentes del barrio Piedra Grande sobre anticonceptivos de barrera: preservativo masculino- femenino, anticonceptivos orales y píldoras de emergencia en los adolescentes

Los datos que se obtengan de la participación del adolescente serán utilizados únicamente con fines de formación, en ningún caso se hará públicos sus datos personales, se garantiza la confidencialidad y el secreto profesional en el uso y manejo de la información.

Nota. El adolescente podrá abandonar el estudio en cualquier momento del mismo, sin ninguna represaría.

Yo.....con

CI.....Padre/ madre/ representante de:

Habiendo leído el documento que me ha sido entregado y habiendo comprendido las explicaciones de su contenido, autorizo la participación de mi hijo (a) /representado(a) en la intervención educativa.

Firma del Padre/ Madre/representante.....

Teléfono.....

Firma del adolescente.....

Firma del investigador.....

Teléfono.....

Fecha:.....

Anexo E. Maquetas del aparato reproductor masculino y femenino.



Anexo F. Láminas sobre el aparato reproductor masculino y femenino.

