



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

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“FACTORES SOCIOCULTURALES, NIVEL DE CONOCIMIENTO
SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y SU INFLUENCIA EN
ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE 14 A 19 AÑOS QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL
DOCENTE AMBATO PERIODO JUNIO-NOVIEMBRE DEL 2014”**

Requisito previo para optar por el Título de Médico

Autora: Llerena Espinoza, Gloria Andrea

Tutora: Dra. Castro Acosta, Norma del Carmen

Ambato – Ecuador

Marzo 2015

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora del Trabajo de investigación sobre el tema: **“FACTORES SOCIOCULTURALES, NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y SU INFLUENCIA EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE 14 A 19 AÑOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO PERIODO JUNIO-NOVIEMBRE DEL 2014”**, de Gloria Andrea Llerena Espinoza, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, enero del 2015.

LA TUTORA

Dra. Castro Acosta, Norma del Carmen

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación **“FACTORES SOCIOCULTURALES, NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y SU INFLUENCIA EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE 14 A 19 AÑOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO PERIODO JUNIO-NOVIEMBRE DEL 2014”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de investigación.

Ambato, enero del 2015.

LA AUTORA

Llerena Espinoza, Gloria Andrea

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, enero del 2015.

LA AUTORA

Llerena Espinoza, Gloria Andrea

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el informe de investigación sobre el tema: **“FACTORES SOCIOCULTURALES, NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y SU INFLUENCIA EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE 14 A 19 AÑOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO PERIODO JUNIO-NOVIEMBRE DEL 2014”** Gloria Andrea Llerena Espinoza estudiante de la carrera de Medicina.

Ambato, marzo del 2015.

Para constancia firman

PRESIDENTE/A

1er VOCAL

2do VOCAL

DEDICATORIA

A Dios, por permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional, cumpliendo un anhelo más de mi corazón. Por los triunfos y momentos difíciles que me han permitido ver su bondad y respaldo en mi vida. A mis padres y hermanas, que son lo más importante en mi vida, por ser el incentivo para seguir adelante con este objetivo, de manera especial a mis padres, por su amor infinito, lucha, sacrificio y apoyo incondicional para convertirme en una profesional, porque mi sueño se convirtió en el suyo, no alcanzaría la vida para agradecerles y amarles. A mis maestros, por los conocimientos impartidos para el desarrollo de mi formación profesional. A todos los pacientes que cursaron durante el transcurso de mi carrera, porque muchas veces fueron ellos quienes me enseñaron que una sonrisa, un gesto de amabilidad y bondad también curan.

Llerena Espinoza, Gloria Andrea.

AGRADECIMIENTO

A Dios por haberme permitido llegar hasta este punto, por su infinita bondad y amor reflejado en la salud brindada y su respaldo en el día a día para hoy poder lograr mi objetivo, porque cuando todo parecía perdido su luz me guiaba.

A mi abuelito Luis Espinoza, su motivación siempre permanecerá conmigo, gracias por creer en mí y hoy podría decirle... lo logré!

A mis padres William Llerena y Fanny Espinoza, por sus consejos, valores inculcados que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor y apoyo incondicional, porque mi sueño se convirtió en el suyo; por permitirme crecer en familia. A mis hermanas, Mayra y Deyanira por su respaldo, apoyo y por estar a mi lado en cada momento hoy, mañana y siempre.

Al resto de mi familia y amigos, por estar conmigo y demostrarme que la familia y amistad es lo que en verdad hace rico a una persona, de manera en especial a mis amigos de carrera, todos los desvelos, esfuerzo y sacrificio han valido la pena.

A Diego, por creer en mí, quien durante todos estos años de carrera supo alentarme para continuar cuando parecía que me iba a rendir, por su apoyo incondicional pese a cualquier circunstancia. Tantas alegrías, tristezas y victorias compartidas siempre permanecerán conmigo. Hoy puedo decir que esta tesis lleva parte de ti.

A la Universidad Técnica de Ambato, por permitirme formarme en tan noble carrera, a mi Tutora Dra. Norma Castro, por su orientación y apoyo. A todos los docentes quienes aportaron para mi formación profesional en especial a la Dra. Aida Aguilar por su gran apoyo y ayuda brindada de manera desinteresada para la elaboración de esta tesis.

Llerena Espinoza, Gloria Andrea.

ÍNDICE

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
RESUMEN.....	xv
SUMMARY	xvii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	2
EL PROBLEMA:	2
1.1. Tema.....	2
1.2. Contextualización.....	2
1.2.1. Análisis Crítico	6
1.2.2. Prognosis.....	7
1.2.3. Formulación del Problema.....	8
1.2.4. Interrogantes	8
1.2.5. Delimitación del Problema	9
1.2.5.1. Delimitación Espacial.....	9
1.2.5.2. Delimitación Temporal.....	9
1.2.5.3. Delimitación Poblacional	9
1.2.5.4. Delimitación de Contenido.....	9
1.3. Justificación.....	10

1.4.	Objetivos.....	11
1.4.1.	Objetivo General	11
1.4.2.	Objetivos Específicos.....	11
CAPÍTULO II		12
MARCO TEÓRICO.....		12
2.1.	Antecedentes Investigativos	12
2.2.	Fundamentación Filosófica	14
2.3.	Fundamentación Legal	14
2.4.	Categorías Fundamentales.....	16
2.5.	Facto Cognitivo y Sociocultural.....	17
2.6.	Embarazo Adolescente	26
2.7.	Hipótesis.....	32
2.8.	Señalamiento de Variables	32
CAPÍTULO III.....		33
METODOLOGÍA.....		33
3.1.	Enfoque.....	33
3.2.	Modalidad de la Investigación.....	33
3.2.1.	Investigación de Campo.....	33
3.3.	Tipos o Niveles de la Investigación.....	33
3.3.1.	Investigación Descriptiva.....	33
3.3.2.	Investigación Correlacional	34
3.4.	Población y Muestra	34
3.4.1.	Criterios de inclusión	34
3.4.2.	Criterios de exclusión.....	34
3.5.	Operacionalización de Variables.....	35

3.5.1. Variable Independiente: Factores socioculturales y nivel de conocimiento.....	35
3.5.2. Variable Independiente: Embarazo adolescente	37
3.6. Plan de Recolección de la Información	38
3.7. Procesamiento de la Información	38
3.8. Técnicas e Instrumentos	38
3.9. Validez y Confiabilidad.....	38
3.9.1. Validez	38
3.9.2. Confiabilidad.....	39
CAPÍTULO IV	40
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	40
4.1. Análisis e interpretación de resultados.....	40
4.2. Características Sociodemográficas de las pacientes	41
4.2.1. Edad.....	41
4.2.2. Distribución del estado civil.....	41
4.2.3. Raza.....	42
4.2.4. Residencia	43
4.2.5. Nivel de educación.....	44
4.2.6. Ocupación	45
4.2.7. Nivel económico	46
4.2.8. Religión.....	46
4.3. Conocimiento sobre métodos anticonceptivos.....	47
4.4. Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos	48
4.5. Uso de métodos anticonceptivos	49
4.6. Mitos sobre métodos anticonceptivos	52
4.7. Correlación de variables.....	53

4.7.1. Raza y Embarazo adolescente	53
4.8. VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS	54
CAPITULO V	56
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	56
5.1 Conclusiones	56
5.2 Recomendaciones.....	58
CAPÍTULO VI.....	59
PROPUESTA.....	59
6.1. Datos Informativos.....	59
6.2. Antecedentes de la Propuesta.....	60
6.3. Justificación.....	60
6.4. Objetivos.....	61
6.4.1. Objetivo General	61
6.4.2. Objetivos Específicos.....	61
6.5. Análisis de Factibilidad	61
6.6. Fundamentación Científico – Técnica.....	62
6.7. Análisis de participación	63
6.8. Modelo Operativo.....	64
6.9. Administración de la propuesta	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66
ANEXOS.....	69

ÍNDICE DE TABLA

Tabla 1	Uso de métodos anticonceptivos y adolescencia	50
Tabla 2	Uso de métodos anticonceptivos y residencia.....	50
Tabla 3	Uso de métodos anticonceptivos y etnia	50
Tabla 4	Uso de métodos anticonceptivos y estado civil	51
Tabla 5	Uso de métodos anticonceptivos y nivel de conocimiento	51
Tabla 6	Uso de métodos anticonceptivos y mitos	52
Tabla 7	Raza y embarazo adolescente	53
Tabla 8	Mitos y embarazo adolescente	54
Tabla 9	Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y embarazo adolescente	54
Tabla 10	Nivel económico sobre métodos anticonceptivos y embarazo adolescente	55
Tabla 11	Ocupación y embarazo adolescente	55
Tabla 12	Nivel de educación y embarazo adolescente.....	55

ÍNDICE DE CUADRO

Cuadro 1 Mitos sobre los anticonceptivos hormonales.....	22
Cuadro 2 Mitos sobre dispositivos intrauterinos.....	23
Cuadro 3 Mitos sobre los preservativos	24
Cuadro 4 Mitos sobre la vasectomía	24
Cuadro 5 Mitos sobre ligadura de trompas	25
Cuadro 6 Mitos sobre la lactancia materna	25
Cuadro 7 Operacionalización de Variables – Factores socioculturales y nivel de conocimiento	36
Cuadro 8 Operacionalización de Variables – Embarazo Adolescente.....	37

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Categorías Fundamentales	16
Gráfico 2 Distribución de edad en la población.....	41
Gráfico 3 Distribución del estado civil	41
Gráfico 4 Raza.....	42
Gráfico 5 Residencia.....	43
Gráfico 6 Nivel de educación.....	44
Gráfico 7 Ocupación	45
Gráfico 8 Nivel económico	46
Gráfico 9 Religión.....	46
Gráfico 10 Conocimiento sobre métodos anticonceptivos.....	47
Gráfico 11 Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos.....	48
Gráfico 12 Uso de métodos anticonceptivos.....	49
Gráfico 13 Mitos sobre métodos anticonceptivos	52

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

“FACTORES SOCIOCULTURALES, NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y SU INFLUENCIA EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE 14 A 19 AÑOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO PERIODO JUNIO-NOVIEMBRE DEL 2014”

Autora: Llerena Espinoza, Gloria Andrea

Tutora: Dra. Castro Acosta, Norma del Carmen

Fecha: Enero, 2015

RESUMEN

En el Hospital Provincial Docente Ambato en el Servicio de Gineco-Obstetricia se realizó un estudio cuyo objetivo fue el determinar factores socioculturales, nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y su relación con el embarazo en adolescentes, para la obtención de información se utilizó un instrumento tipo encuesta con 33 ítems en la que considera parámetros para evaluar y analizar factores que influyen en un embarazo adolescente.

Para el estudio se efectuó encuestas a adolescentes embarazadas de 14 a 19 años que acudieron al servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital Provincial Docente Ambato durante el periodo Junio-Noviembre del 2014, que totalizaron 108 y una muestra comparativa de adolescentes no embarazadas durante el mismo periodo que totalizaron 54.

El estudio reportó que la mayoría de los embarazos en adolescentes se produjo por no uso o mal uso de métodos anticonceptivos relacionado con el conocimiento deficiente y ciertos mitos presentes en las adolescentes sobre métodos de

planificación familiar. El nivel de educación de la mayor parte del grupo poblacional estudiada fue de nivel secundario por lo que programas de Educación Sexual y Reproductiva, podrían estar llegando de una manera insuficiente, sin embargo dentro de la ocupación más frecuente reflejó el abandono de las adolescentes en sus estudios.

PALABRAS CLAVES: FACTOR_SOCIOCULTURAL,
EMBARAZO_ADOLESCENTE, MÉTODOS_ANTICONCEPTIVOS,
EDUCACIÓN_SEXUAL, PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
CAREER OF MEDICINE

“CULTURAL FACTORS LEVEL OF KNOWLEDGE ON BIRTH CONTROL METHODS AND ITS INFLUENCE ON PREGNANT TEENS 14 TO 19 YEARS WHO GO TO SERVICE AND OBSTETRICS GYNECOLOGY HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO PERIOD JUNE-NOVEMBER 2014”

Author: Llerena Espinoza Gloria Andrea

Tutor: Dra. Castro Acosta, Norma del Carmen

Date: January 2015

SUMMARY

In the Hospital Provincial Docente Ambato Provincial in the Obstetrics and Gynecology Service conducted a study whose objective was to determine sociocultural factors, level of knowledge about contraceptive methods and their relation to teen pregnancy, to obtain information a type instrument was used survey with 33 items on which considers parameters to evaluate and analyze factors influencing teen pregnancy.

For the study survey was conducted to pregnant adolescents 14-19 years attending the service of Gynecology and Obstetrics at the Provincial Teaching Hospital Ambato during the June-November 2014 period, which totaled 108 and a comparison sample of adolescents pregnant during same period totaled 54.

The study reported that most teenage pregnancies occurred for non-use or misuse of contraception linked to inadequate knowledge and certain myths present in adolescents about family planning methods. The level of education of most of the population group studied was secondary level so programs Sexual and

Reproductive Education, could be coming to an insufficient manner, however within the most frequent occupation reflected the abandonment of girls in their studies.

KEYWORDS: SOCIOCULTURAL_FACTOR, TEENAGE_PREGNANCY, CONTRACEPTION, SEXUAL_EDUCATION, FAMILY PLANNING.

INTRODUCCIÓN

Adolescencia según la OMS es la etapa de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, sus límites han sido fijados entre los 10 y 19 años, periodo en el que se presentan los cambios más significativos en la vida de las personas, en el orden físico, psíquico y sociales.

Es una de las fases de la vida más fascinantes y quizás más complejas, una época en que la gente joven asume nuevas responsabilidades y experimenta una nueva sensación de independencia. Los adolescentes buscan su identidad, aprenden a poner en práctica valores aprendidos en su primera infancia y a desarrollar habilidades que les permitirán convertirse en adultos atentos y responsables; en este periodo los adolescentes establecen su independencia emocional y psicológica, aprenden a entender y vivir su sexualidad y a considerar su papel en la sociedad del futuro.

El proceso es gradual, emocional y, a veces, perturbador. Un joven puede sentirse desilusionado, decepcionado y herido en un determinado momento y, poco después, eufórico, optimista y enamorado.

Las implicaciones del embarazo y la maternidad adolescente son múltiples y devastadoras, afectan de manera determinante el futuro y el proyecto de vida de los y las adolescentes, pero especialmente los de estas últimas. Entre las implicaciones más notorias del embarazo en la adolescencia destacan primero los riesgos de salud, tanto para la joven madre como para el/la recién nacido/a, además de su pareja y sus familias, incluyendo los riesgos del aborto; los múltiples obstáculos para iniciar o continuar la formación escolar; las barreras para el acceso a trabajar, sea presente o futuro; el riesgo de caer o continuar sumida la pobreza; el riesgo de una formación deficiente que se cierne sobre los niños y niñas e inclusive, el riesgo de ser víctimas del estigma social que enfrentan las madres adolescentes.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Tema

Factores socioculturales, nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y su influencia en adolescentes embarazadas de 14 a 19 años que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial Docente Ambato periodo Junio- Noviembre del 2014

1.2. Contextualización

MACRO

Adolescencia según la OMS es el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica. Sus límites han sido fijados entre los 10 y 19 años; dividiendo a la adolescencia en tres etapas: Adolescencia Temprana (10 a 13 años), adolescencia media (14 a 16 años) y adolescencia tardía (17 a 19 años). (Isiss, 2010)

En un mundo ideal, la adolescencia debería ser la época de la vida en que los jóvenes de ambos sexos dejan atrás la niñez y adquieren gradualmente los conocimientos y la experiencia que necesitarán como adultos. Siempre es una etapa llena de contradicciones, en la que la vitalidad juvenil se mezcla con veloces y profundos cambios físicos, sentimientos de inseguridad y emociones profundas. (Cortés, 2000)

En medio de ese torbellino, un sólo contacto sexual puede causar un embarazo. El embarazo adolescente independientemente de los valores morales o religiosos de

cada familia tiene consecuencias prácticas enormes. Aún en las sociedades donde los jóvenes cuentan con servicios sociales generosos, el convertirse en madres o padres los empuja a funciones adultas para las que no están generalmente preparados. (Cortés, 2000)

En las sociedades competitivas y más aún en las que no prestan suficiente respaldo a las futuras madres y padres-las consecuencias pueden ser desastrosas para los adolescentes (desde problemas de salud crónicos porque los cuerpos de las niñas no han madurado suficiente para la maternidad hasta la deserción escolar y crianza deficiente de los hijos). Aunque las niñas, por razones biológicas, son siempre las más perjudicadas, en años recientes se ha comenzado a prestar atención también a la situación de los padres adolescentes. (Cortés, 2000)

En el 2010, se calculó que en el número de adolescentes en el mundo era de 1200 millones. Los adolescentes representan el 18 por ciento de la población mundial. El 88 por ciento de los adolescentes viven en países en desarrollo. (UNPFA, 2013). En América Latina y el Caribe, hay más de 100 millones de adolescentes entre 10 y 18 años de edad. (UNICEF)

La tasa de fertilidad adolescente mide la cantidad de nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años de edad. Si bien la cantidad de nacimientos entre las niñas se está reduciendo en todo el mundo, la maternidad adolescente sigue siendo común en muchos países, particularmente en África subsahariana. La maternidad precoz genera consecuencias graves para la salud y el desarrollo de las jóvenes. El riesgo de discapacidad y muerte materna es mayor para las adolescentes que para las mujeres que tienen más de 20 años. Al mismo tiempo, la maternidad precoz generalmente limita las oportunidades de las niñas de acceder a educación y capacitación, y de desarrollar medios de subsistencia. La maternidad adolescente es más común en los países en desarrollo, donde casi el 10 por ciento de las niñas dan a luz todos los años, mientras que, en los países desarrollados, son menos del 2 por ciento las que lo hacen. (Population Reference Bureau, 2013).

A nivel mundial todos los años, 7,3 millones de niñas menores de 18 años dan a luz. 20.000 niñas dan a luz todos los días, se estima que alrededor de 70.000 muertes en adolescentes se producen todos los años por complicaciones del embarazo o del parto y se realiza 3,2 millones de abortos inseguros entre adolescentes cada año. La mayoría de los partos en adolescentes en el mundo, el 95 por ciento, ocurren en países en desarrollo, y nueve de cada 10 de estos partos ocurren dentro de un matrimonio o unión. Alrededor del 19 por ciento de las jóvenes en países en desarrollo se quedan embarazadas antes de los 18 años de edad. Según estimaciones del 2010, 36.4 millones de mujeres en países en desarrollo entre 20 y 24 años informan haber dado a luz antes de los 18. 2 millones de los 7,3 millones de partos de adolescentes menores de 18 que ocurren cada año en los países en desarrollo son partos de niñas menores de 15 años. (UNPFA, 2013).

El Fondo de Población de las Naciones Unidas estima que el embarazo adolescente representa más de 10 % de los nacimientos en el mundo. Para disminuir el número de embarazos durante la adolescencia, se debe proveer educación y acceso a los anticonceptivos, sin embargo, los adolescentes encuentran dificultades y barreras para acceder a los anticonceptivos. (Acosta, 2012)

El embarazo en la adolescencia como un vehículo clave en el ciclo de la pobreza multigeneracional ha dado un nuevo impulso a la medicalización generalizada de anticonceptivos y control de la fertilidad, aunque anticonceptivos orales y condones están disponibles, los esfuerzos deben centrarse con la falta de educación sexual eficaz tal limitación se dice que son particularmente problemáticos para los jóvenes, que se presume que no poseen niveles de maduración psicológica necesaria para tomar la responsabilidad de su salud. (Goncalvesa, 2010)

Por otra parte el embarazo en la adolescencia es una consecuencia no deseada de la actividad sexual, que debe ser prevenida y que se debe, en gran medida, a que

no se cumple con las necesidades de programas de planificación familiar. Además se debe tomar en cuenta sobre los factores sociales determinantes en el incremento del número de embarazos, por lo tanto que los factores socioculturales influyen en la prevalencia del embarazo durante la adolescencia. (Acosta, 2012). Se sabe que el uso de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres está en relación, entre otros factores, con las conductas sexuales y reproductivas, las percepciones acerca de la contracepción, la edad, el nivel socioeconómico y educativo o la paridad. El método seleccionado puede estar en relación además con circunstancias tales como el miedo a las enfermedades de transmisión sexual, el progresivo retraso en la edad de la maternidad, las creencias de las mujeres en relación con los distintos métodos, conocimientos y opiniones sobre los mismos. (Maroto, 2008)

MESO

En América Latina y el Caribe la tasa de embarazo en adolescentes se encuentra entre las más altas del mundo, justo por debajo de los promedios del área de África subsahariana. Treinta y ocho por ciento de las mujeres en la región quedan embarazadas antes de los 20 años de edad y casi el 20% de todos los partos son de madres adolescentes. (Planae, 2013) América Latina y el Caribe es la única región donde los partos de niñas menores de 15 años aumentaron en el último año, siendo Colombia Venezuela y Ecuador, quienes lideran los índices de embarazos en adolescentes. (Luicon, 2014) Las tasas de embarazo son de tres a cinco veces más altas entre las adolescentes que viven en áreas pobres, indígenas y rurales. La desigualdad socioeconómica y educativa entre los diferentes grupos de adolescentes está directamente relacionada con las altas tasas de embarazo y el acceso limitado a anticonceptivos. (Planae, 2013)

En los países andinos viven alrededor de 28 millones de adolescentes entre 10 y 19 años, de los cuales la mitad pertenece al grupo de 10 a 14 y la otra al grupo de 15 a 19 años. Los/as adolescentes representan al 20% del total de la población andina, aunque esta proporción irá decreciendo en los próximos años debido a la dinámica de transición demográfica. De los 7 millones de adolescentes mujeres

entre 15 y 19 años, se estima que 1.5 millones ya son madres o están embarazadas, siendo gran parte de estos embarazos no planificados. (MIES)

MICRO

En el Ecuador aproximadamente el 30% de la población son adolescentes y jóvenes, y de ellos 2.783.108 son adolescentes de 10 a 19 años. El país se sitúa con el más alto índice de embarazos adolescentes en América Latina (17% aproximadamente). El crecimiento en los últimos 10 años bordea el 74%. Según el censo de población y vivienda del 2010, 121.288 adolescentes entre 15 y 19 años (es decir un 17.2%), dieron a luz al menos una vez en Ecuador. (MSP, s/n). En el Ecuador, 2 de cada 10 partos son de adolescentes; 4 de cada 10 mujeres en nuestro país tuvieron su primer hijo en la adolescencia, siendo el nuestro el país con mayor índice de embarazos adolescentes en la región andina. (INEC, 2010). Por lo que el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) inició su campaña “Habla serio sexualidad sin misterios” con el objetivo de reducir significativamente el índice de embarazos no deseados en el país.

Según la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo Adolescente (ENIPLA), en Tungurahua desde el 2012 se registra un promedio de 2 000 chicas embarazadas de entre 10 y 19 años. (El Comercio, 2013). En el Hospital Provincial Docente Ambato, en los últimos seis meses del año 2014 se han reportado 264 casos de partos en adolescente.

1.2.1. Análisis Crítico

El derecho a decidir libremente sobre la fecundidad está limitado por las tasas de insatisfacción de la demanda de métodos de planificación familiar, sobre todo a nivel rural, las dificultades al acceso de anticonceptivos de las adolescentes y la falta de consejería adecuada para retrasar el inicio de las relaciones sexuales.

El desarrollo socioeconómico es fundamental para la salud de una población, que influye directamente en la salud sexual, la salud reproductiva y la salud en general de las personas. La situación de pobreza afecta a los países y a las personas de múltiples formas, entre ellas las oportunidades a la salud y la educación. Una buena salud sexual y reproductiva contribuye directamente al mejoramiento individual de la mujer y de su familia produciendo un desarrollo del capital humano, de ella como mujer y de sus hijos, buen nivel de conocimientos, buen estado nutricional y alimentario, adecuado tamaño de la familia y mejoramiento y estatus de la mujer.

La primera relación sexual cada vez ocurre en estadios de la vida más tempranos y mientras más precoz ocurre el primer coito, mayor es el número de parejas sexuales que tienen esas personas y por lo tanto los riesgos se multiplican (embarazos, ETS). Las estadísticas nos muestran que el inicio de la actividad sexual ocurre alrededor de los 16 años, con un creciente índice de embarazos en adolescentes y la presencia de SIDA en personas jóvenes.

El embarazo no planeado en esta etapa de la vida, se asocia con el inicio temprano de relaciones sexuales y el uso inconsistente, desconocimiento y dificultad al acceso de métodos anticonceptivos y la falta de consejería adecuada para retrasar el inicio de las relaciones sexuales; para ello la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda para evitar el embarazo en la adolescencia: limitar el matrimonio antes de los 18 años, aumentar el uso de anticonceptivos para los adolescentes, reducir las relaciones bajo coacción y apoyar los programas de prevención de embarazos en la adolescencia.

1.2.2. Prognosis

El embarazo en adolescentes es un problema de salud pública a nivel mundial ya que en la mayoría de los casos este afecta negativamente la salud de la madre y del hijo por nacer.

En la madre, el riesgo de discapacidad y muerte materna es mayor para las adolescentes que para las mujeres que tienen más de 20 años, se estima que anualmente se produce a causa de embarazos adolescentes alrededor del mundo 70.000 muertes en adolescentes debido a complicaciones del embarazo o del parto y se efectúan 3,2 millones de abortos inseguros entre adolescentes.

En el niño, a causa del embarazo adolescente se puede producir restricción de crecimiento, prematurez.

Al mismo tiempo, la maternidad precoz generalmente limita las oportunidades de las niñas de acceder a educación y capacitación, y de desarrollar medios de subsistencia cada año y adicionalmente puede ocasionar alteraciones en la calidad de vida no solo de ellos, sino de la familia y la sociedad.

1.2.3. Formulación del Problema

¿Cuáles son los factores socioculturales, nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y su influencia en adolescentes embarazadas de 14 a 19 años que acuden al Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial Docente Ambato periodo Agosto-Noviembre del 2014?

1.2.4. Interrogantes

- ¿Cuál es el nivel sociocultural en adolescentes embarazadas de 14 a 19 años que acuden al Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial Docente Ambato periodo Junio-Noviembre del 2014?
- ¿Cuáles son las preferencias anticonceptivas más frecuentes en adolescentes embarazadas de 14 a 19 años que acuden al Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial Docente Ambato periodo Junio-Noviembre del 2014?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento y la utilización de métodos anticonceptivos en adolescentes embarazadas de 14 a 19 años que acuden al Servicio de

Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial Docente Ambato periodo Junio-
Noviembre del 2014?

- ¿Qué estrategia podría mejorar el uso de métodos de planificación familiar dirigida a adolescentes embarazadas de 14 a 19 años que acuden al Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial Docente Ambato periodo Junio-
Noviembre del 2014?

1.2.5. Delimitación del Problema

1.2.5.1. Delimitación Espacial

La investigación será realizada en Ecuador, provincia de Tungurahua, en la ciudad de Ambato, en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial Docente Ambato.

1.2.5.2. Delimitación Temporal

La investigación se realizará en el periodo comprendido Junio – Noviembre del 2014

1.2.5.3. Delimitación Poblacional

El estudio se realizará a adolescentes embarazadas de 14- 19 años que acuden al Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial Docente Ambato.

1.2.5.4. Delimitación de Contenido

De contenido: Hebiatría

Campo: Embarazo adolescente

Aspecto: Factores socioculturales, nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y su influencia en adolescentes embarazadas de 14 a 19 años

1.3. Justificación

La presente investigación es **importante** debido a que ayudará a conocer los posibles factores socioculturales y el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos que poseen adolescentes y por ende las causas que conllevaron a un embarazo adolescente, a fin de contar con información que permita una mejor comprensión del problema tanto por el personal de salud como por quienes toman decisiones relacionadas con salud sexual y reproductiva.

Es **novedosa** pues a pesar de existir investigaciones relacionadas con la salud y embarazo en la adolescencia, la investigación se halla dirigida a determinar las causas y factores para un embarazo adolescente, permitiendo ir a la raíz de un problema de magnitud mundial y tratar de brindar posibles soluciones evitando con ello la probabilidad de un nuevo embarazo en una madre adolescente.

Ésta investigación es **relevante**, ya que destacará la importancia del conocimiento de métodos anticonceptivos la prevención del embarazo adolescente y aportaría información que puede ser aprovechado por el hospital, permitiendo procesos de mejora en la atención a las adolescentes y las unidades de atención primaria para reorientar programas de prevención de embarazo adolescente y salud sexual y reproductiva.

La investigación es **factible** porque se cuenta con la colaboración del HPDA, habiendo la apertura necesaria para la recolección de información necesaria para ejecutar el presente trabajo de investigación. Además para la fundamentación científica se dispone de información actualizada apoyando la formulación del trabajo y análisis de información obtenida en adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Provincial Docente Ambato.

Será **beneficioso** debido a que el embarazo adolescente constituye un problema también de repercusión social, por lo que la que la investigación permitirá identificar causas y posibles medios de intervención para disminuir los factores y riesgos de un embarazo adolescente.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

- Determinar factores y nivel sociocultural y su influencia en el embarazo adolescente en pacientes embarazadas de 14 a 19 años que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial Docente Ambato

1.4.2. Objetivos Específicos

- Identificar el nivel sociocultural en adolescentes embarazadas que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial Docente Ambato.
- Establecer el nivel de conocimiento y utilización acerca de métodos anticonceptivos en adolescentes embarazadas que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial Docente Ambato
- Determinar preferencias anticonceptivas más frecuentes en adolescentes embarazadas que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial Docente Ambato
- Proponer una estrategia dirigida a adolescentes embarazadas que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial Docente Ambato, que incentive el conocimiento en planificación familiar y disminuya el riesgo de reincidencia de embarazo precoz.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes Investigativos

Revisadas las fuentes bibliográficas se encontró varias investigaciones relativas al tema entre estas las siguientes:

Autores: Núñez R.; Hernández B.; García C.; González D.

Tema: Embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos posparto.

Se trata de un estudio transversal con una muestra de 220 mujeres adolescentes entre 13 y 19 años de edad, de dos municipios semiurbanos del estado de Morelos, México. Se les preguntó si antes de embarazarse desearon el último embarazo. Además, se indagó sobre conocimientos y uso de métodos anticonceptivos posparto.

Conclusión:

Los hallazgos sugieren que los programas de planificación familiar tienen un potencial de cobertura aún no alcanzado entre el grupo de adolescentes, especialmente entre las que viven en áreas suburbanas y entre las no derechohabientes de la seguridad social. Asimismo, sugiere la necesidad de insistir en la promoción de la utilización de métodos anticonceptivos posparto en este grupo considerado de alto riesgo reproductivo. Además, se evidencia la necesidad de investigar sobre métodos de educación sexual y reproductiva que puedan introducirse en el sistema escolar desde el nivel primario.

Autores: Campos R, Pérez M.

Tema: Conocimientos y prácticas anticonceptivas en adolescentes embarazadas

Se realizó un estudio descriptivo del tipo de encuesta de corte transversal, en el que la población estuvo constituida por las mujeres embarazadas primigestas de 15 a 19 años de edad, que acudieron a la consulta prenatal en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González” en México.

Conclusión:

La edad promedio al inicio de la vida sexual de 16 años. El 76% declaró no haber utilizado algún método anticonceptivo en su primera relación sexual, siendo el motivo para no utilizarlo en cerca de la mitad de los casos, el desconocimiento de los métodos o en su forma de uso.

Autor: Florez C.

Tema: Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia.

El estudio se realizó en Cali y Santa Fe de Bogotá, combinó métodos de investigación cuantitativa y cualitativa. La encuesta cuantitativa tuvo una muestra de 1100 adolescentes representativas de cada estrato socioeconómico. Para el estudio cualitativo se efectuaron 72 entrevistas a profundidad y cuatro grupos focales.

Conclusión:

Los patrones de actividad sexual, unión y maternidad difieren considerablemente entre estratos en las dos ciudades. Las adolescentes del estrato bajo inician las relaciones sexuales, se unen a compañeros y son madres con mucha mayor antelación e intensidad que las de estratos más altos. El principal factor determinante del comportamiento reproductivo de las adolescentes es el conjunto de influencias contextuales y socioeconómicas del hogar, principalmente el contexto familiar (ambiente y supervisión) y el clima educativo.

2.2. Fundamentación Filosófica

El paradigma de la investigación es crítico – propositivo como una alternativa para la investigación social, es crítico porque cuestiona los esquemas sociales, el nivel de educación, inicio de vida sexual activa, conocimiento sobre métodos anticonceptivos y es propositivo por cuanto la investigación no se detiene en la observación de los fenómenos, sino planteará alternativas solución en un clima de actividad, lo que ayudará a la interpretación, comprensión y prevención de factores socioculturales y conocimiento de métodos anticonceptivos que conlleven a un embarazo en adolescentes de 14 a 19 años.

2.3. Fundamentación Legal

Constitución de la República del Ecuador

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

Ley Orgánica de salud.

Art. 3.-La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransmisible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo

de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.

Sobre las competencias y responsabilidades de la autoridad sanitaria define:

Art. 6.-Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública:

Regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación, de enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónico-degenerativas, discapacidades y problemas de salud pública declarados prioritarios, y determinar las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, garantizando la confidencialidad de la información.

En el Capítulo III de la salud sexual y la salud reproductiva destaca:

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

Art 31.- Garantizar la eliminación de todas las barreras al acceso de la mujer a los servicios, la educación y la información sobre salud, inclusive en la esfera de la salud sexual y genésica y, en particular, asignar recursos a programas orientados a las adolescentes para la prevención del embarazo precoz y la prevención y el tratamiento de infecciones de transmisión sexual, incluido el virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH-SIDA)

2.4. Categorías Fundamentales

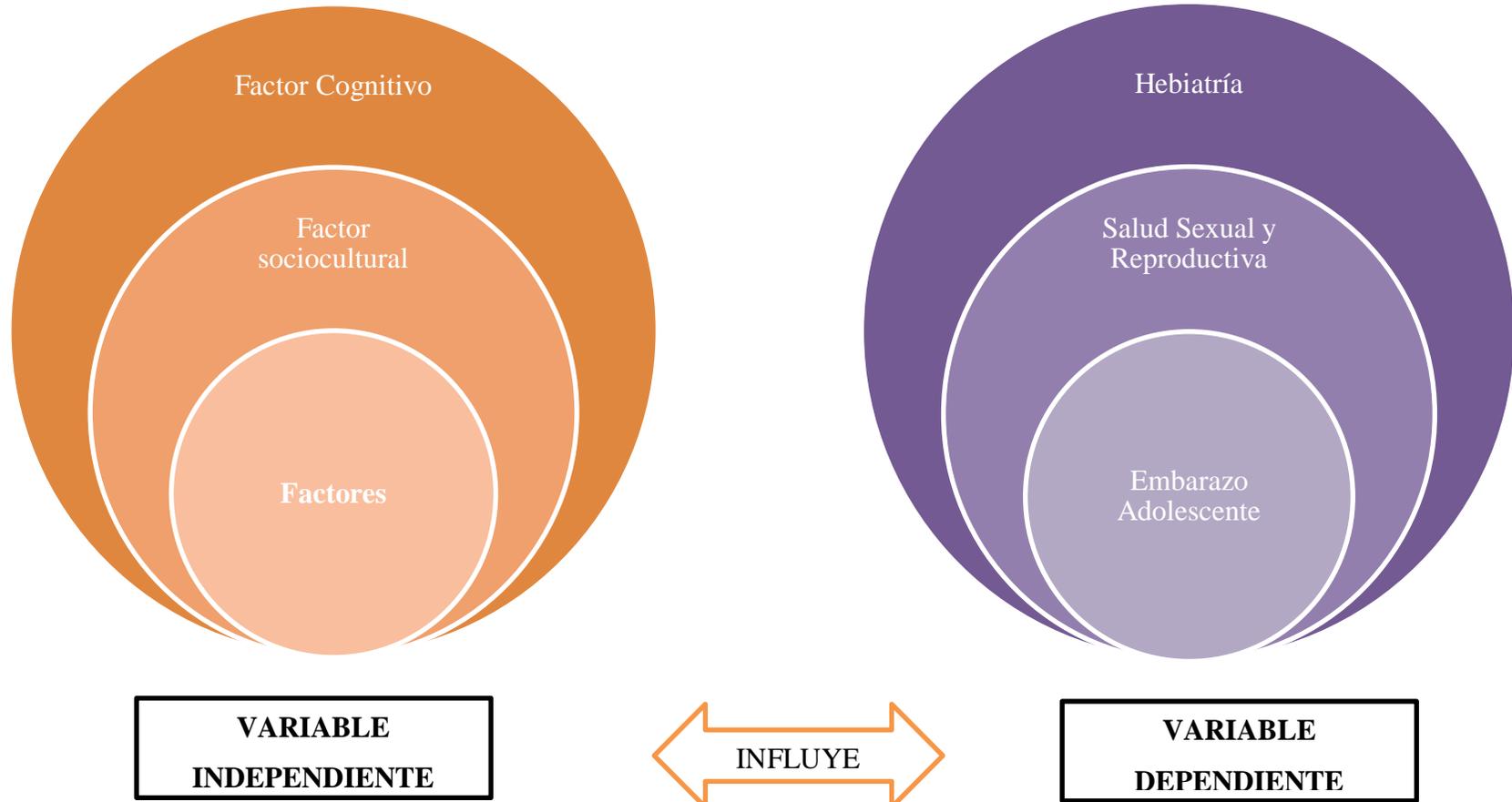


Gráfico 1 Categorías Fundamentales
Elaborado por: Gloria Andrea Llerena Espinoza

2.5. Facto Cognitivo y Sociocultural

Factor Cognitivo

Los Métodos anticonceptivos son aquellos que impiden o reducen significativamente las posibilidades de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales de carácter heterosexual. La utilización y conocimiento sobre métodos anticonceptivos contribuyen decisivamente sobre el control de la natalidad, número de hijos, prevención de embarazos no deseados en adolescentes. (Méjico, 2012)

El inicio de las relaciones sexuales debería ser una elección responsable, expresión de amor, placer, creación de vida, pero para lograrlo se debe actuar con información, consciencia y responsabilidad. El inicio de relaciones sexuales a edades tempranas, junto al elevado índice de embarazo adolescente, hace evidente la ignorancia de la población en general y en especial la joven sobre salud sexual y reproductiva así como el nivel de desinformación sobre métodos anticonceptivos en la prevención de embarazos no deseados. (Cáceres, 2009)

La deficiencia en consejería sobre planificación familiar suele dejar de lado la explicación de los mecanismos de acción de los anticonceptivos y sus efectos colaterales por lo que no ofrecer un asesoramiento adecuado a estos efectos colaterales genera conceptos erróneos que limitan el uso de la planificación familiar moderna. (UNFPA, 2011)

Factor Sociocultural

Sobre la mujer recae la mayor parte de los problemas relacionados con la reproducción: complicaciones del embarazo y parto, aborto en condiciones de riesgo, uso de métodos anticonceptivos, mayor riesgo de infecciones del tracto reproductivo como enfermedades de transmisión sexual. El proceso reproductivo está condicionado por factores de tipo social, cultural, económico, educación,

factores demográficos y acceso a métodos anticonceptivos. (Ministerio de Salud de Argentina, 2002)

Educación

Las niñas que permanecen en la escuela más tiempo son menos proclives a quedar embarazadas. La educación prepara a las niñas para el trabajo y la subsistencia, mejora su autoestima y su posición en el hogar y en la comunidad, y les permite influir más en las decisiones que afectan su vida. (UNPFA, 2013).

El nivel educativo marca grandes diferencias en el nivel de la fecundidad. Una mujer sin educación en promedio tiene tres hijos más que una mujer con educación superior. (UNFPA, 2013)

La educación también reduce la probabilidad de matrimonio infantil y retrasa la maternidad, con lo cual, al final, los partos terminan siendo más saludables. El abandono de la escuela, por embarazo u otro motivo, puede poner en peligro las perspectivas económicas de la niña y puede excluirla de otras oportunidades en la vida, por lo que cuando una niña no puede gozar de sus derechos básicos, como el derecho a la educación, por lo que se vuelve más propensa a quedar embarazada. La mayoría de embarazos en adolescentes ocurre en el periodo de secundaria, el abandono produce costos más altos para la economía que el abandono de la escuela primaria. Durante el año siguiente al parto, el 30% de las adolescentes quedan nuevamente embarazadas, y entre el 25 y 50% durante el segundo año como factores de riesgo para la recidiva se han identificado: primer embarazo antes de los 16 años, deserción escolar, estar en un nivel escolar menor al que le correspondería. (UNPFA, 2013).

Nivel económico

La pobreza influye en la probabilidad que tienen las jóvenes de quedar embarazadas y si es así entran en un círculo vicioso, ya que la maternidad precoz

suele comprometer sus resultados académicos y su potencial económico. (OMS, 2009)

El deseo de más hijos en los estratos bajos no puede considerarse una opción libre e informada. En primer lugar los pobres no tienen acceso a la información y educación que les permita valorar una buena educación y salud para sus hijos. Tampoco es una decisión autónoma de la mujer. Usualmente las preferencias del hombre son diferentes y esta diferencia es más marcada entre los pobres. Las preferencias de los hombres se imponen y la autonomía de la mujer está coartada ya sea a través de violencia directa contra ella, o a través de influencias de la familia o la comunidad. (UNFPA)

Se observa una relación negativa entre el inicio de relaciones sexuales y el nivel socioeconómico. Son las jóvenes de los estratos más bajos quienes inician relaciones sexuales más temprano y se unen en mayor proporción que las adolescentes de los estratos más altos. Así, existe un mayor tiempo de exposición al riesgo de embarazo entre las adolescentes de menor nivel socioeconómico que entre las de estratos altos, todo lo cual contribuye al aumento observado en su nivel de fecundidad. (UNFPA)

Nivel Social

Cada comunidad tiene sus propias costumbres, creencias y actitudes que determinan cuánta autonomía tiene una niña, con qué facilidad puede gozar y ejercer sus derechos, si está protegida contra la violencia, si la forzarán a casarse, qué probabilidades tiene de quedarse embarazada o si podrá volver a la escuela después de tener un hijo. (UNPFA, 2013).

La OMS (2012) manifiesta:

A nivel comunidad, el acceso a métodos anticonceptivos puede estar impedido por costumbres, tradiciones, actitudes y creencias de que los adolescentes no deben ser sexualmente activos y que, por lo tanto, no necesitan métodos anticonceptivos.

La brecha entre actitudes adultas y realidades adolescentes es la fórmula del embarazo a temprana edad. Las costumbres de género, en la comunidad pueden determinar si la adolescente tendrá acceso a métodos anticonceptivos. En algunas sociedades, se espera que las niñas se casen jóvenes. Las expectativas para los niños puede incluir que adquieran experiencia sexual. (UNPFA, 2013).

Estado Civil

El embarazo adolescente no equivale a madres solas necesariamente, ya que este constituye el tradicional y recurrente antecedente de la unión libre. Solo uno de cada 10 nacimientos correspondientes a menores de 18 años se da fuera de la unión conyugal, sin embargo, se trata de mujeres cuya vulnerabilidad marcará el resto de su vida, incluyendo las relaciones de pareja y el futuro de los hijos. A diferencia del resto, ellas tendrán en promedio tres partos más que quienes inicien su reproducción en edad madura y antes de cumplir 20 años ya estarán cargando al menos con dos niños. (Melgar, 2012)

Situación demográfica

Las y los adolescentes constituyen un grupo particularmente en desventaja en relación al acceso y uso de recursos de salud sexual y reproductiva. La tasa de embarazo en las adolescentes que viven en áreas rurales es más alta que en las que viven en zonas urbanas. Por lo que se demuestra las grandes inequidades en el acceso a los recursos de salud reproductiva, a la vez que reconoce el embarazo precoz como una manifestación de falta de oportunidades de las niñas de zonas rurales. (OPS)

Etnia

En el análisis de situación en población para Colombia de la UNPFA menciona que:

Otro aspecto grave es el de la fecundidad de las poblaciones indígenas. Una mujer indígena tiene el doble de hijos que una colombiana promedio. En algunas etnias el nivel de fecundidad llega a 11 hijos por mujer (cerca de la fecundidad natural). La fecundidad adolescente de estas etnias es 158 nacimientos por mil mujeres mientras el promedio nacional era de 96 nacimientos por mil mujeres. (UNPFA, 2014)

Religión

La religión juega un papel importante en la sociedad, en las políticas de los gobiernos y en la vida de las personas, representan sistemas coordinados de creencias y prácticas específicas que definen lo sagrado prescriben un orden sobre fenómenos cuya existencia tiene lugar en un más allá, fuera de la vida ordinaria. Lo que se define como sagrado es a menudo colocado en un plano inaccesible o prohibido. Familias que tienen una cultura católica y protestante no ofrecen a sus hijos e hijas orientaciones sobre su sexualidad y su cuerpo en el proceso de pre-adolescencia y adolescencia porque mantienen la orientación religiosa que prohíbe la sexualidad manejándola como tabú y prohibición negándole a sus hijos/as herramientas para empoderarse frente a su desarrollo evolutivo y frente a su contexto social. (Mundigo, 2005)

Otro tema que tiene incidencia sobre el embarazo adolescente es la adopción de métodos anticonceptivos, sin embargo la iglesia sostiene que el uso de estos métodos implica una conducta sexual inmoral. (Politi)

El R. P. Dr. Miguel Ángel Fuentes, I.V.E. (Instituto del Vervo Encarnado) comenta la posición del clero con respecto a este tema: —El Papa Juan Pablo ha señalado con fuerza que el verdadero problema de la anticoncepción es la mentalidad que la anima. Es la mentalidad de la cerrazón a la vida, de la falsedad en la relación entre el hombre y la mujer y de la manipulación y cosificación del amor. (Politi)

Mitos

Los mitos forman parte de nuestra percepción del mundo y tratan de explicar aquellas cosas que no se conocen bien. Por lo general, los mitos son ampliamente compartidos, se suelen asumir como verdades no probadas y ante la falta de información se van extendiendo. Algunos mitos pueden estar basados en información científica, pero en el transcurso de tiempo se tergiversa o pierde ese origen y eso hace mucho más difícil cambiar las formas de pensar que se van generando a partir de la distorsión de la información original. Aunque los mitos pueden estar presentes en cualquier dimensión de la vida, suelen concentrarse más en el campo de la sexualidad y la reproducción, lo cual es originado principalmente por la ausencia de educación sexual. (UNFPA, 2011)

Los mitos no son prerrogativas solo de las personas que tienen bajo nivel educativo, también están presentes entre personas muy instruidas, y esto limita muchas veces la toma de decisiones acertadas que contribuyen de una manera significativa al cuidado de la salud y del bienestar. (UNFPA, 2011)

Mitos sobre los anticonceptivos hormonales:

Cuadro 1 Mitos sobre los anticonceptivos hormonales

Mitos	Realidad
1. Se dice que las píldoras afectan los nervios de las mujeres y las vuelven renegonas.	1. No hay evidencias de estos efectos y aunque las hormonas pueden alterar en algo el estado emocional, no son determinantes en los cambios de estado de ánimo.
2. El inyectable produce infertilidad.	2. No es así. Está demostrado que algunas mujeres que lo usan pueden tomar un tiempo para restablecer su fecundidad, pero en la mayoría ésta retorna rápidamente.
3. Las mujeres que no menstrúan por el inyectable se vuelven locas porque la sangre "se les sube a la cabeza".	3. Aunque en algunas culturas la menstruación es entendida como un "desfogue natural de las mujeres", se trata de un efecto inexistente. La ausencia de la menstruación está explicada porque no se llega a formar suficiente capa de endometrio.
4. Los métodos anticonceptivos que contienen hormonas producen cáncer.	4. Está absolutamente comprobado que no es así, es más, los anticonceptivos hormonales previenen ciertos tipos de cáncer, como el de endometrio.

5. El implante puede producir cáncer de mama.	5. No hay ninguna evidencia científica, aunque se recomienda cuidado en el uso de anticonceptivos hormonales cuando hay una carga genética importante de cáncer de mama (cuando la madre o hermanas han presentado esta enfermedad).
6. Cuando la mujer no menstrúa por efecto de la inyección, la sangre forma un tumor en la matriz.	6. Este efecto no existe, forma parte de concepciones culturales.
7. La píldora y la inyección disminuyen el deseo sexual en la mujer.	7. Los anticonceptivos tienen distintos componentes hormonales y aunque algunos pueden estar relacionados con la disminución de la libido, sus efectos son muy limitados con respecto a otros factores que sí pueden disminuir el apetito sexual.
8. La píldora de emergencia es abortiva.	8. Está científicamente comprobado que no lo es.
9. Desde que uso la píldora soy más agresiva, pego a mis hijos, peleo con mi esposo por cualquier motivo.	9. Aunque ciertos métodos anticonceptivos en algunas mujeres pueden afectar el estado de ánimo, son otros factores los que podrían estar generando los problemas mencionados.
10. La píldora nos hace menos atractivas, nos engorda y produce acné.	10. En absoluto, al contrario, muchos anticonceptivos hormonales tienen un efecto beneficioso en afecciones de la piel.

Fuente: UNFPA

Elaborado por: Tula Zegarra

Mitos sobre dispositivos intrauterinos:

Cuadro 2 Mitos sobre dispositivos intrauterinos

Mitos	Realidad
1. El DIU produce cáncer de cuello uterino.	1. No hay ninguna evidencia al respecto. Son otros los factores desencadenantes del cáncer de cuello uterino.
2. El DIU es abortivo.	2. No hay ninguna evidencia que señale este efecto.
3. Si sales gestando con el dispositivo intrauterino (DIU), éste se pega en el cuerpo del bebé, y le ocasiona daño.	3. No hay posibilidad de que ello ocurra por la protección que ofrecen la placenta y las membranas placentarias.
4. El DIU se puede mover y llegar a otros órganos, como el estómago.	4. No hay ninguna evidencia, el útero no establece este tipo de comunicación con los órganos mencionados.
5. El hombre siente el DIU cuando tiene relaciones sexuales.	5. No hay ninguna evidencia, a no ser que el DIU esté mal colocado.
6. El DIU incomoda al varón y le quita placer.	6. No hay ninguna evidencia.
7. Con el DIU la mujer se vuelve liberal, "calentona".	7. No hay ninguna evidencia que así lo demuestre.
8. Cuando la T de cobre se queda por mucho tiempo, perfora el útero.	8. No hay ninguna evidencia que así lo demuestre. El pequeñísimo riesgo de perforación puede producirse en el momento de colocar el DIU, si se hace de manera inexperta.

Fuente: UNFPA

Elaborado por: Tula Zegarra

Mitos sobre los preservativos:

Cuadro 3 Mitos sobre los preservativos

Mitos	Realidad
1. El condón se puede utilizar varias veces.	1. Aunque en algunos lugares el condón femenino es reutilizable, no está recomendada esta forma de uso. En el caso del condón masculino no se recomienda de ninguna manera.
2. El condón disminuye el placer en el hombre.	2. No hay evidencia de esto. En hombres y mujeres que se han acostumbrado al uso del condón, no se afecta el placer.
3. La mujer que pide a su pareja que use condón es porque no confía en él.	3. Es muy importante difundir el valor de prevención tanto del embarazo no deseado como de la transmisión del VIH.
4. El condón es para personas promiscuas.	4. El condón es para cualquier persona que quiera tener relaciones sexuales protegidas.
5. El condón es para usarlo en relaciones sexuales fuera del matrimonio.	5. El condón también es un excelente método anticonceptivo y tiene la ventaja de ser utilizado solamente en el momento de la relación sexual.
6. Si el pene es muy grande o grueso rompe el condón.	6. Los condones tiene una buena capacidad de adaptación al tamaño del pene, así lo permite su textura de látex.

Fuente: UNFPA

Elaborado por: Tula Zegarra

Mitos sobre la vasectomía:

Cuadro 4 Mitos sobre la vasectomía

Mitos	Realidad
1. Los hombres con vasectomía pierden su hombría.	1. No hay ninguna evidencia, son temores que se promueven para que los hombres no accedan a este método cuando ya no quieren tener más hijos.
2. El hombre vasectomizado pierde la capacidad de erección.	2. No hay ninguna evidencia, hay otros factores que pueden producir la impotencia.
3. Con la vasectomía el hombre pierde deseo sexual.	3. No hay ninguna evidencia, son otros los factores que pueden hacer disminuir el deseo sexual.
4. El hombre con vasectomía se vuelve homosexual.	4. No hay ninguna evidencia, la homosexualidad no es una enfermedad ni consecuencia de ningún tratamiento.

Fuente: UNFPA

Elaborado por: Tula Zegarra

Mitos sobre ligadura de trompas:

Cuadro 5 Mitos sobre ligadura de trompas

Mitos	Realidad
1. La ligadura de trompas produce locura con el tiempo.	1. No hay ninguna evidencia.
2. Las mujeres que se han practicado anticoncepción quirúrgica son infieles a sus maridos.	2. No hay ninguna evidencia, se trata de conceptos que buscan estigmatizar a las mujeres que usan métodos anticonceptivos.
3. Las mujeres con ligadura de trompas tienen menopausia prematura.	3. No hay ninguna evidencia, hay otros factores que pueden determinar la menopausia prematura.
4. La ligadura hace que la mujer engorde.	4. No hay ninguna evidencia, son otros los factores que determinan este cambio.

Fuente: UNFPA

Elaborado por: Tula Zegarra

Mitos sobre la lactancia materna:

Cuadro 6 Mitos sobre la lactancia materna

Mitos	Realidad
1. Mientras se da de lactar no hay embarazo.	1. La lactancia puede disminuir la fecundidad, pero no anularla. Su efecto se pierde cuando el parto ocurrió hace más de 6 meses y la lactancia ya no es exclusiva.
2. Mientras se da de lactar no se deben usar anticonceptivos, pasan por la leche y dañan al bebé.	2. Pueden pasar algunas hormonas, como ocurre usualmente con las hormonas naturales de la mujer, pero esto no tiene ningún efecto adverso.
3. El espermatozoides puede envenenar la leche materna, por lo que no se debe tener relaciones sexuales en el postparto.	3. No hay ninguna evidencia, aunque sí se recomienda la no penetración en las relaciones sexuales para evitar la posibilidad de generar daños en la mujer.

Fuente: UNFPA

Elaborado por: Tula Zegarra

2.6. Embarazo Adolescente

Adolescencia según la OMS es el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica. Sus límites han sido fijados entre los 10 y 19 años; dividiendo a la adolescencia en tres etapas: Adolescencia Temprana (10 a 13 años), adolescencia media (14 a 16 años) y adolescencia tardía (17 a 19 años). (Isiss, 2010)

El embarazo en la adolescencia se define como el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen. (Ulanowicz, 2006)

Este es un período crítico en el desarrollo de los comportamientos sexuales que pueden llevar a adquirir un embarazo no planeado y una infección de transmisión sexual (ITS), incluyendo VIH, por el alto grado de variabilidad en el número de parejas sexuales. La probabilidad de morir por eventos relacionados con la reproducción es dos veces mayor cuando la adolescente está entre los 15 y los 19 años, pero es seis veces mayor cuando es menor de 15 años. (Vallejo, 2013)

El primer embarazo plantea riesgos específicos que se suman a los derivados de la inmadurez fisiológica en la adolescente embarazada. La morbilidad en la gestación de la adolescente, se puede clasificar por períodos de la gestación. En la primera mitad se destacan el aborto, la anemia, las infecciones urinarias, y la bacteriuria asintomática; en la segunda mitad los cuadros hipertensivos, las hemorragias asociadas con afecciones placentarias, la escasa ganancia de peso con malnutrición materna asociada, síntomas de parto prematuro (contractilidad anormal) y la rotura prematura de las membranas ovulares. (Vallejo, 2013)

En el desarrollo de la preeclampsia, se invoca una posible falla en el mecanismo inmunológico adaptativo que permite el desarrollo de la estrecha interrelación

entre el organismo materno y su huésped. El fallo del mecanismo inmunológico adaptativo se ha relacionado con factores tales como la inmadurez del sistema inmunológico materno o, con una alteración funcional, que en parte podría estar asociada con una condición de mala nutrición materna, muy común en gestantes adolescentes. (Vallejo, 2013)

La preeclampsia no es sólo una hipertensión inducida por el embarazo, sino es secundaria a interacciones que provienen de una perfusión placentaria disminuida así como de la alteración en la función endotelial. Parte de la respuesta a la disminución de la perfusión placentaria puede ser por adaptación del feto a la menor cantidad de nutrientes recibidos. Wallemburg describe un “síndrome de mala adaptación circulatoria” por un inadecuado funcionamiento de los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria durante el embarazo, que tiende a ocasionar: (Vallejo, 2013)

- Hipertensión arterial materna
- Prematuridad
- Retardo del crecimiento intrauterino
- Desprendimiento prematuro de la placenta

En el período del parto los problemas más frecuentes son las alteraciones en la presentación y en la posición del feto por la desproporción cefalopélvica; distocias que provocan mayor uso de fórceps y ejecución de cesáreas que predisponen a sepsis y otras complicaciones, desgarros, hemorragias e infecciones secundarias por la difícil manipulación, debido a la estrechez de su “canal blando” y el desarrollo incompleto de la pelvis, lo que favorece las complicaciones traumáticas del tracto vaginal. Este hallazgo implica alto riesgo de lesiones anatómicas (desgarros), así como mayor probabilidad de hemorragias e infecciones en un terreno materno que puede estar comprometido por la desnutrición y las anemias previas. Cabe destacar la edad maternal como factores de riesgo significativo para hemorragias obstétricas masivas. (Vallejo, 2013)

La anemia se distingue como una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo y es más común en mujeres con una dieta inadecuada, como es el caso de las menores de 20 años, donde los malos hábitos alimentarios propios de la edad contribuyen al déficit de hierro que puede aumentar el riesgo de aborto espontáneo, mortinatalidad, nacimiento prematuro y muerte materna. (UNPFA, 2013).

Las madres primerizas físicamente inmaduras son particularmente vulnerables a un trabajo de parto prolongado y obstruido, que puede causar fístula obstétrica, que causa incontinencia en la mujer y, en la mayoría de los casos, causa mortinatalidad o muerte del bebé en la primera semana de vida. (UNPFA, 2013).

En comparación con las mujeres adultas que abortan en condiciones de riesgo, las adolescentes son más proclives a tener complicaciones, como hemorragia, septicemia, lesiones en órganos internos, tétano, esterilidad e incluso muerte (Coalición Internacional por los Derechos Sexuales y Reproductivos, 2002)

En relación con el producto se destaca el bajo peso al nacer (BPN), tanto por nacimiento pretérmino como por recién nacido bajo peso para la edad gestacional. Por ende, propenso a presentar sepsis y otras enfermedades, que constituyen un alto riesgo y se convierten en un problema biológico y social. Se ha confirmado que la mortalidad infantil en este grupo duplica o triplica la de los neonatos de madres mayores de 20 años. (Vallejo, 2013)

Con respecto a la morbilidad materno fetal, la desnutrición materna es un factor importante que influye en el resultado de un neonato de bajo peso, aunque para algunos es sólo un factor influyente, lo que cobra fuerza cuando se asocia a otros riesgos, como una ganancia de peso insuficiente durante el embarazo. (Vallejo, 2013)

Salud Sexual y reproductiva

La salud no es solamente la ausencia de enfermedad, un concepto de salud restringido y negativo. El principio de que “El disfrute del más alto nivel posible de salud es uno de los derechos fundamentales de cualquier ser humano sin distinción de raza, religión, creencia política, ideológica y condición social o económica”, se consagró por primera vez en la carta de constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1946 y más adelante se reiteró en la Declaración de Alma Ata, en 1978, y en la Declaración Mundial de la Salud, adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en 1998. (CEPAL)

El derecho a la salud incluye el derecho universal de hombres y mujeres, sin discriminación, a acceder a los servicios de salud pública, así como el respeto a la autonomía y libertad de las personas, que comprende el control sobre su cuerpo y su salud. Abarca asimismo el acceso a información relacionada tanto con la salud como con la salud sexual y reproductiva. (CEPAL)

La salud sexual y de la reproducción constituye un derecho de hombres y mujeres. Los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos, a disponer de la información y los medios para ello; y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones, ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. (UNFPA México)

- 1) Derecho a la salud sexual y de la reproducción: como componente de la salud general, a lo largo de todo el ciclo vital de las personas.
- 2) Derecho a adoptar decisiones con respecto a la procreación: incluidos la elección voluntaria de cónyuge, la formación de una familia y la determinación del número, el momento de nacer y el espaciamiento de los

propios hijos; y el derecho de tener acceso a la información y los medios necesarios para ejercer una opción voluntaria.

- 3) Derecho a condiciones de igualdad y equidad de hombres y mujeres: a fin de posibilitar que las personas efectúen opciones libres y con conocimiento de causa en todas las esferas de la vida, libres de discriminación por motivos de género.
- 4) Derecho a la seguridad sexual y de la reproducción: incluido el derecho a estar libres de violencia y coacción sexuales y el derecho a la vida privada

Hoy día se define la salud reproductiva como los derechos sexuales y reproductivos que expresan el derecho que tienen las parejas a disfrutar de una sexualidad pro creativa, plena, segura, y libres del temor a un embarazo no deseado o de contraer una enfermedad, a reproducirse y regular su fecundidad, y a que el embarazo, parto y puerperio transcurran en forma segura y sin complicaciones con resultados positivos en términos de supervivencia y bienestar para los padres y sus hijos. (Maiztegui, 2006)

La instrucción sexual es estrictamente científica y objetiva, se refiere a anatomía y biología de la reproducción incluyendo claro esta formación de familia y métodos anticonceptivos. La experiencia que hay sobre la educación sexual parece ser difícil o imposible de enseñar en las escuelas; muchos educadores consideran que es preferible efectuar y promover en el hogar familiar responsable que desarrollen la participación, discusión con los padres y los hijos sobre educación sexual; promover conductas y brindar la información necesaria de acuerdo a las edades y situación de convivencia social familiar, sería la elección recomendada. (Maiztegui, 2006)

La educación sexual tradicional en la mayor parte de los casos no facilita la formación de los requerimientos básicos para estructurar exitosamente una vida familiar, en el mejor de los casos se ha centrado en la entrega de información relacionada con la fisiología y la anatomía de la fecundación el embarazo y el parto, descuidando la formación de actitudes, valores y habilidades necesarias

para el desarrollo y la estructuración de una maternidad-paternidad responsable. (Maiztegui, 2006)

Hebiatría

La hebiatría (del griego ἡβη [hébe] ‘juventud’) es la rama de la medicina que estudia al adolescente y sus enfermedades. El término procede del griego *hébee* (‘pubertad’) e *iatrea* (‘curación’), pero sus fines son mucho más extensos que la mera curación de las enfermedades de los adolescentes, ya que esta especialidad estudia al joven desde los diferentes aspectos: biológicos, psíquicos y sociales que influyen en el adolescente normal como también en el que padezca alguna enfermedad. (Casas, 2005)

La hebiatría trata a los jóvenes desde que empiezan los cambios de la pubertad (caracteres sexuales secundarios) hasta que se completa el desarrollo en los diferentes aspectos y se convierte en el adulto de la especie. Esto es aproximadamente de los 19 a los 24 años, incluye la atención del grupo familiar del adolescente en aquellos aspectos que interactúan con el proceso evolutivo de esta edad. Comprenden los procesos somáticos y psicosociales de esta edad, hacen hincapié en el estado de salud, en la denominada normal anormalidad, y señalan los trastornos patológicos y su prevención. (Casas, 2005)

Dentro de ella se distinguen tres periodos:

- **Adolescente temprana:** Se caracteriza por el rápido crecimiento somático, con aparición de características secundarias. Estos cambios hacen que se pierda la imagen corporal previa, creando preocupación y curiosidad por cambios físicos. El grupo de amigos, normalmente del mismo sexo, sirve para contrarrestar la inestabilidad ante estos cambios. Los contactos con el sexo contrario inician de forma exploratoria. La capacidad de pensamiento es totalmente concreta, no percibe implicaciones futuras de sus actos y decisiones. Su orientación es existencialista, narcisista y egoísta. (Casas, 2005)

- **Adolescencia media (14 a 17 años):** El crecimiento y maduración sexual prácticamente han finalizado adquiriendo del 95% de la talla adulta y siendo cambios más lentos que permiten restablecer la imagen corporal. Son capaces de percibir implicaciones futuras aunque su aplicación sea variable; tienen una sensación de omnipotencia e invulnerabilidad con el pensamiento mágico que a ellos jamás les ocurrirá ningún percance lo que facilita comportamientos de riesgo que conllevan a la morbimortalidad (alcohol, tabaco, drogas, embarazo). Las relaciones con el otro sexo son más plurales pero fundamentalmente por el afán narcisista de comprobar la propia capacidad de atraer al otro. (Casas, 2005)
- **Adolescencia tardía (17 a 20 años)** El crecimiento ha terminado y ya son físicamente maduros, el pensamiento abstracto está establecido, están orientados al futuro y son capaces de percibir y actuar según implicaciones futuras de sus actos. (Casas, 2005)

2.7. Hipótesis

El nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos, nivel económico, educativo, mitos y ocupación son factores que influyen en el embarazo adolescente.

2.8. Señalamiento de Variables

Variable Independiente: Factores socioculturales y cognitivos

Variable Dependiente: Embarazo adolescente

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Enfoque

El presente trabajo tiene un enfoque cualitativo porque se aplicará encuestas, que contengan un juicio de valor, respecto a la factibilidad del trabajo de investigación indagando sobre embarazo en adolescentes.

3.2. Modalidad de la Investigación

3.2.1. Investigación de Campo

Este tipo de investigación se apoya en informaciones que provienen entre otras, de entrevistas, cuestionarios, encuestas y observaciones. En esta se obtiene la información directamente de las adolescentes embarazadas, por lo tanto, implica la recopilación directa por parte de la investigadora, en la presente se utilizará la encuesta como técnica y como instrumento el cuestionario dirigido a adolescentes embarazadas que acuden al Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial Docente Ambato

3.3. Tipos o Niveles de la Investigación

3.3.1. Investigación Descriptiva

Esta investigación es de carácter descriptivo puesto que permite describir factores socioculturales y el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y su influencia en el embarazo adolescente, detallando cómo son y se manifiestan, especificando características y perfiles de las pacientes que fueron sometidas a

análisis, recoge información de manera independiente y el comportamiento del problema frente al contexto.

El diseño fue de tipo transversal puesto que se recogió información por una sola ocasión en cada paciente, procedimiento que implicó un tiempo determinado de meses hasta completar el tamaño de la muestra requerida.

3.3.2. Investigación Correlacional

Este tipo o nivel pretende responder a preguntas de la investigación, teniendo como finalidad conocer la relación o grado de asociación que existe entre factores socioculturales y nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y la influencia en el embarazo adolescente.

3.4. Población y Muestra

La población de este estudio estuvo conformada por adolescentes embarazadas de 14 a 19 años que fueron atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial Docente Ambato dentro del periodo de estudio, obteniendo 125 casos.

3.4.1. Criterios de inclusión

Adolescentes embarazadas primíparas de 14 a 19 años que atendidas de parto en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial Docente Ambato

3.4.2. Criterios de exclusión

Pacientes con trastornos del lenguaje o que presentaron complicaciones que determinó su hospitalización en áreas críticas

3.5. Operacionalización de Variables

3.5.1. Variable Independiente: Factores socioculturales y nivel de conocimiento

CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEM BÁSICO	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
Aspecto demográfico, educativo, étnico y cultural presente en adolescentes embarazadas.	Carácter demográfico	Edad Estado Civil Ocupación Residencia	¿Qué característica demográfica tienen las adolescentes embarazadas?	Encuesta	Cuestionario estructurado
	Economía	Nivel económico	¿Cuál es el nivel económico en las adolescentes embarazadas?	Encuesta	Cuestionario estructurado
	Educación	Básico Bachillerato Superior	¿Cuál es el nivel de educación en las adolescentes embarazadas?	Encuesta	Cuestionario estructurado
	Etnia	Indígena Blanca Mestiza	¿Cómo se autoidentifican las adolescentes embarazadas?	Encuesta	Cuestionario estructurado

	Creencias y pautas de conducta	Mulata Negra			
		Mitos	¿Existe una relación entre mitos y el embarazo adolescente?	Encuesta	Cuestionario estructurado
		Religión	¿Existe una relación entre la religión y el embarazo adolescente?	Encuesta	Cuestionario estructurado

Cuadro 7 Operacionalización de Variables – Factores socioculturales y nivel de conocimiento
Elaborado por: Gloria Andrea Llerena Espinoza

3.5.2. Variable Independiente: Embarazo adolescente

CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEM BÁSICO	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
Adolescentes embarazadas de 14 a 19 años	Madres adolescentes	14 a 19 años	¿Cuál es la edad más frecuente entre las adolescentes embarazadas?	Encuesta	Cuestionario estructurado

Cuadro 8 Operacionalización de Variables – Embarazo Adolescente
Elaborado por: Gloria Andrea Llerena Espinoza

3.6. Plan de Recolección de la Información

Para la obtención de datos se solicitó autorización del Director del HPDA. Antes de la aplicación definitiva se realizó prueba piloto que permitió identificar términos que generarían dificultad de respuestas por las pacientes; la aplicación de las encuestas se realizó en la sala de maternidad del servicio de Gineco-Obstetricia, en la que cada paciente respondió personalmente a la investigación.

3.7. Procesamiento de la Información

Los datos recogidos se ingresaron en una base de datos creada en Excel, en la que se realizó una revisión inicial de la información que permitió corregir errores de tipeo (escritura). Luego se obtuvieron estadísticas descriptivas y finalmente se realizó la prueba de Hipótesis. Los resultados se presentan mediante cuadros y/o gráficos.

3.8. Técnicas e Instrumentos

Se utilizó encuesta, misma que tiene como objetivo recoger la información suficiente sobre factores socioculturales y nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en adolescentes embarazadas, para lo cual se diseñó un cuestionario que contenga las siguientes partes:

- Aspectos socioculturales
- Mitos y/o creencias
- Conocimiento sobre métodos anticonceptivos

3.9. Validez y Confiabilidad

3.9.1. Validez

Un instrumento de recolecciones valido “cuando mide de alguna manera demostrable aquello que trata de medir, libre de distorsiones sistemáticas”

(Ibídem, 2012). La validez cualitativa a través de juicios de expertos, en la perspectiva de llegar a la esencia del objeto de estudio, más allá de lo que expresan los números.

Para procurar una validez cualitativa se realiza la operacionalización de las variables de la hipótesis considerando conceptualización, dimensiones, indicadores e ítems.

3.9.2. Confiabilidad

“Una medición es confiable o segura cuando aplicada repetidamente a un mismo individuo o grupo, o al mismo tiempo por investigadores diferentes, proporciona resultados iguales o parecidos. La determinación de la confiabilidad consiste, pues, en establecer si las diferencias de resultados se deben a inconsistencia en la medida” (Ibidem, 2012).

Antes de la aplicación definitiva de los instrumentos de recolección de información, debe asegurarse de la validez y confiabilidad de los instrumentos, realizando una prueba piloto; es decir, aplicando los instrumentos a un grupo de personas que pertenezcan a un universo similar al escogido.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Análisis e interpretación de resultados

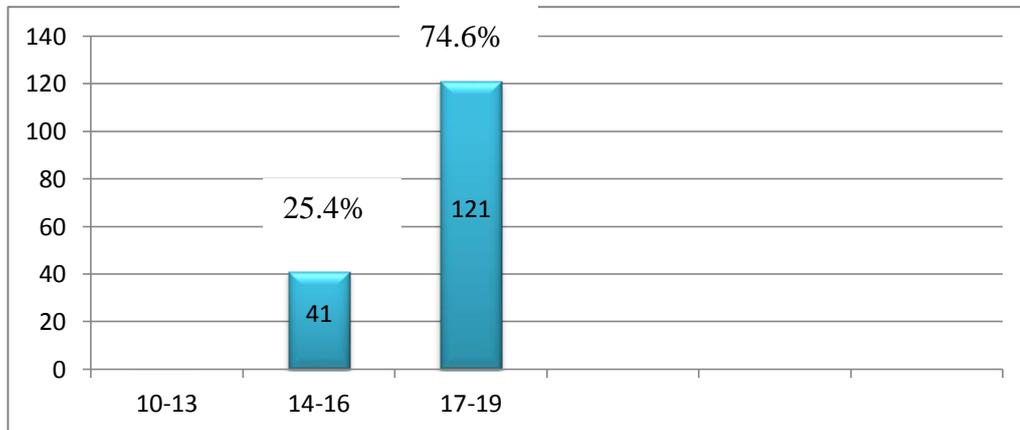
La maternidad precoz genera consecuencias graves para la salud y el desarrollo de las jóvenes. El riesgo de discapacidad y muerte materna es mayor para las adolescentes que para las mujeres que tienen más de 20 años. Al mismo tiempo, la maternidad precoz limita las oportunidades de las niñas de acceder a educación y capacitación, y de desarrollar medios de subsistencia; lo que ha motivado a que diversas organizaciones centren su interés en disminuir los factores de riesgo que permitan disminuir la incidencia y por ende las consecuencias que implica un embarazo adolescente.

Para el estudio se efectuó encuestas a adolescentes embarazadas de 14 a 19 años que acudieron al servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital Regional Docente Ambato durante el periodo Junio-Noviembre del 2014, que totalizaron 108 y una muestra comparativa de adolescentes no embarazadas durante el mismo periodo que totalizaron 54.

4.2. Características Sociodemográficas de las pacientes

4.2.1. Edad

Gráfico 2 Distribución de edad en la población



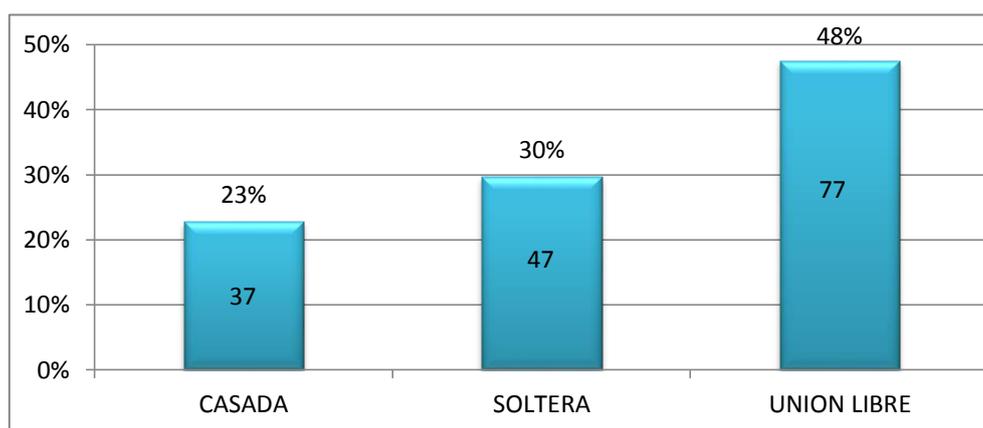
Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Gloria Andrea Llerena Espinoza

Según la distribución de la edad la población predomina en la adolescencia tardía con 121 casos, es decir con el 74.6% de la población estudiada (Gráfico 2), cifra que triplica a la población presente en la adolescencia media.

4.2.2. Distribución del estado civil

Gráfico 3 Distribución del estado civil



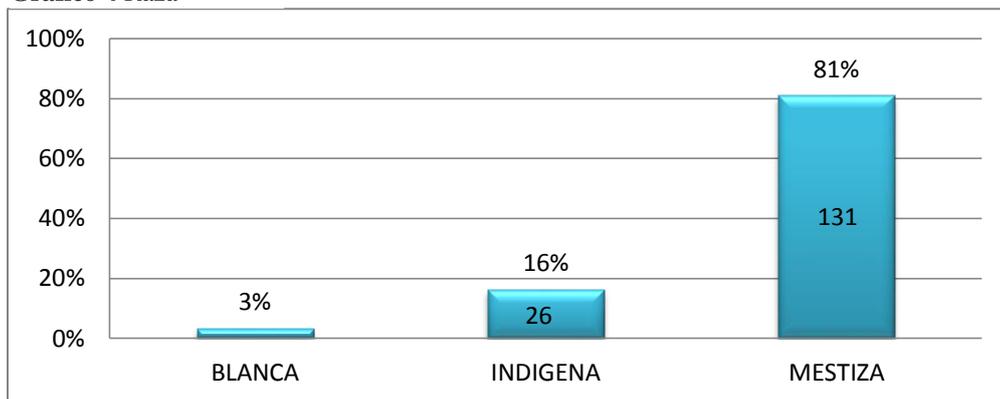
Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Gloria Andrea Llerena Espinoza

El estudio demostró que el estado civil predominante de las adolescentes es unión libre (48%), sin embargo existe un 23% de adolescentes que son casadas (Gráfico 3); por lo que estos dos grupos que en conjunto formaron el mayoría del grupo poblacional al tener una pareja estable constituyen grupos de riesgo debido que al no poseer conocimientos suficientes sobre métodos anticonceptivos y al ser mujeres en edad fértil se podría correr el riesgo de embarazo no deseado; siendo así necesario intervenciones específica para evitar que casos de embarazo precoz se repitan en una misma adolescente.

4.2.3. Raza

Gráfico 4 Raza



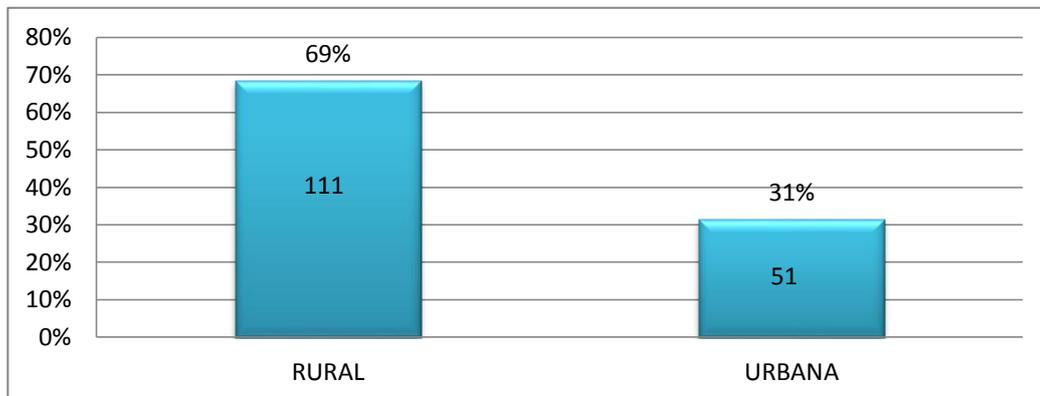
Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Gloria Andrea Llerena Espinoza

Se identificó que la raza predominante son mestizos con el 81%, estas cifras son similares a las indicadas por parte del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) en el censo poblacional del año 2010, en el que 82.1% de la población de Tungurahua se autoidentificó como mestiza; sin embargo el estudio se podría contraindicar con datos dado por el Plan Andino para la Prevención del Embarazo Adolescente (PLANAE), en el que menciona que las tasas de embarazo son más altas entre las adolescentes indígenas. (Gráfico 4)

4.2.4. Residencia

Gráfico 5 Residencia



Fuente: Base de Datos

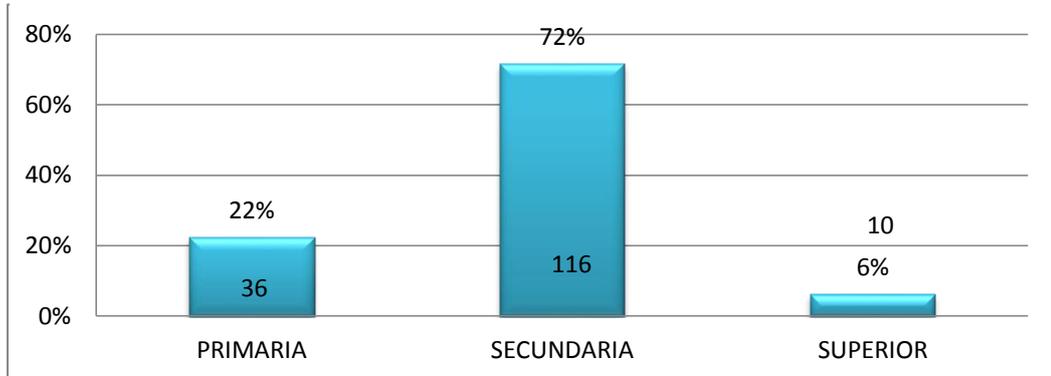
Elaborado por: Gloria Andrea Llerena Espinoza

Como se muestra en el Gráfico 5 el 69% de la población reside en zona rural, así se puede decir que la población de adolescentes residentes en zonas rurales ya sea por la posible dificultad al acceso de métodos anticonceptivos es un grupo con mayor riesgo de embarazo adolescente, por lo que se debería tener en cuenta a este grupo poblacional para una promoción de Salud Sexual y Reproductiva y prevención del embarazo adolescente, sus complicaciones y planificación familiar realizando un intervencionismo preventivo eficaz.

Estos datos concuerdan con datos del Plan Andino para la Prevención del Embarazo Adolescente (PLANAE) en el año 2013, en el que determinan que las tasas de embarazo son de tres a cinco veces más altas entre las adolescentes que viven en zonas rurales.

4.2.5. Nivel de educación

Gráfico 6 Nivel de educación



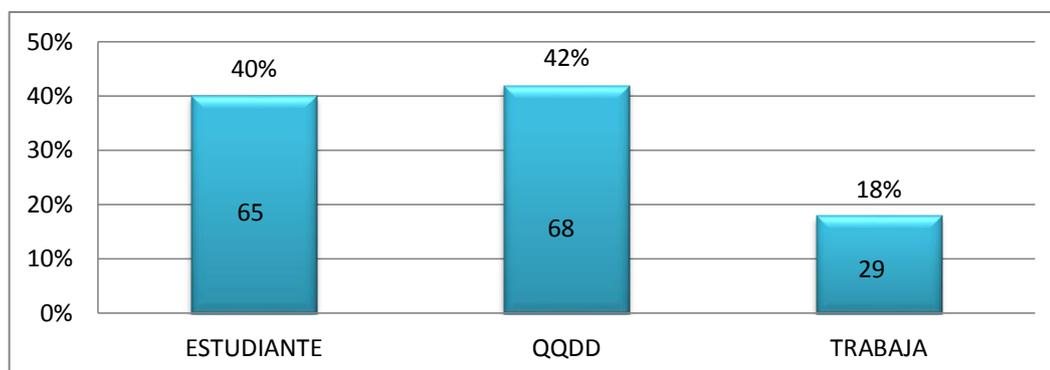
Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Gloria Andrea Llerena Espinoza

En cuanto al nivel de educación de la mayor parte del grupo poblacional estudiada tiene nivel secundario (72%), por lo que se podría decir que pese a que las adolescentes recibieron alguna información en sus establecimientos escolares mediante programas de Educación Sexual y Reproductiva, estos podrían estar llegando de una manera insuficiente, estadística que coincide con datos del Fondo de Población de las Naciones Unidas en el 2013 (UNFPA), en el que menciona que la mayor incidencia de adolescentes embarazadas son de escolaridad secundaria. Sin embargo, llama la atención que el 22% de las adolescentes poseen educación primaria determinando que una baja escolaridad es un factor de riesgo para una maternidad precoz y a la vez este limitaría las oportunidades de las niñas de acceder o continuar en su educación. (Gráfico N°6)

4.2.6. Ocupación

Gráfico 7 Ocupación



Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Gloria Andrea Llerena Espinoza

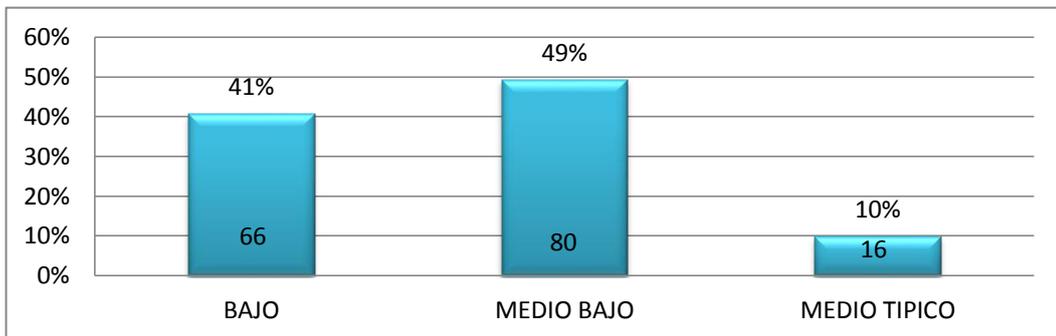
La ocupación más frecuente de las adolescentes es la de ama de casa con 42%, se debe tener en cuenta que si junto a las adolescentes que trabajan (18%) constituyen el 60% de la población estudiada (Gráfico N°7); por lo que se podría decir que la mayor parte de adolescentes pudieron probablemente haber abandonado sus estudios debido a un embarazo precoz, asunto que si bien no se aborda en este estudio, puede analizarse a través de nuevas investigaciones.

A su vez, se debe tener en cuenta que estos dos grupos poblacionales serían adolescentes que su probabilidad al acceso de información sobre métodos anticonceptivos disminuiría frente a las adolescentes que pese a un embarazo precoz continúan con sus estudios y pudieran ser informadas mediante programas de educación sexual impartidos en establecimientos escolares.

Los resultados concuerdan con datos publicados por el Fondo de Población de las Naciones Unidas en el 2013 (UNFPA), sobre un estudio realizado en Chile en el que concluyó que ser madre reduce la probabilidad de la niña de asistir y completar la escuela secundaria entre un 24 y un 37 % respectivamente.

4.2.7. Nivel económico

Gráfico 8 Nivel económico



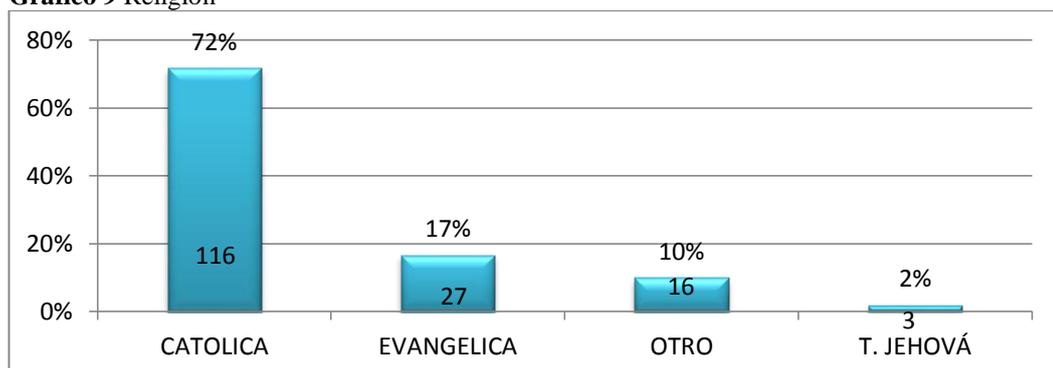
Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Gloria Andrea Llerena Espinoza

Se determinó que el nivel económico presente entre las adolescentes predomina el nivel medio bajo con 49%, seguido del nivel económico bajo con 41% (Gráfico N°8), datos que concuerdan con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el que menciona que la pobreza influye en la probabilidad que tienen las jóvenes de quedar embarazadas entrando en un círculo vicioso, ya que la maternidad precoz suele comprometer sus resultados académicos y su potencial económico.

4.2.8. Religión

Gráfico 9 Religión



Fuente: Base de Datos

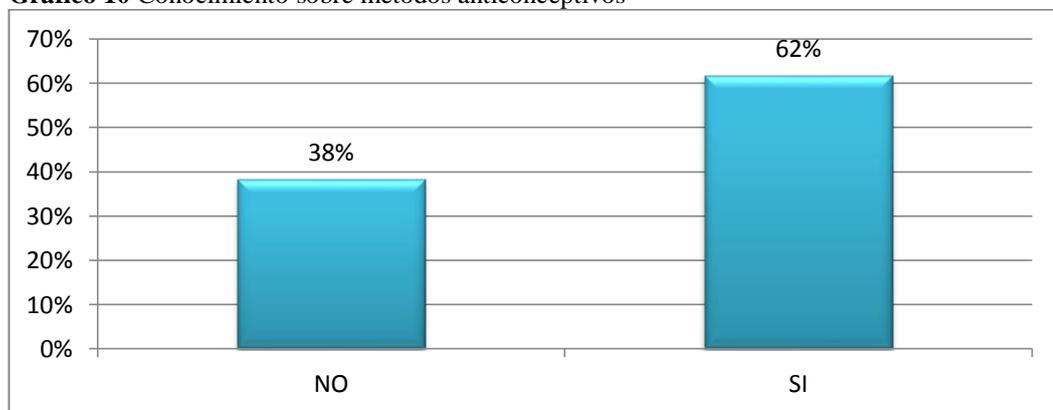
Elaborado por: Gloria Andrea Llerena Espinoza

Se determinó que la mayoría de las adolescentes profesan el catolicismo representando así el 72% de la población, por lo que se debe tomar en cuenta la

posición que la iglesia católica sostiene sobre el uso de estos métodos indicando una conducta sexual inmoral, manteniendo una actitud de rechazo. En el Evangelium vitae de Juan Pablo II, menciona a la anticoncepción 'la procreación se convierte en el 'enemigo' a evitar en la práctica de la sexualidad. Esta práctica tiene su raíz es una mentalidad hedonista, es decir, egoísta, que pone el placer por encima de todo. (Gráfico N°9)

4.3. Conocimiento sobre métodos anticonceptivos

Gráfico 10 Conocimiento sobre métodos anticonceptivos



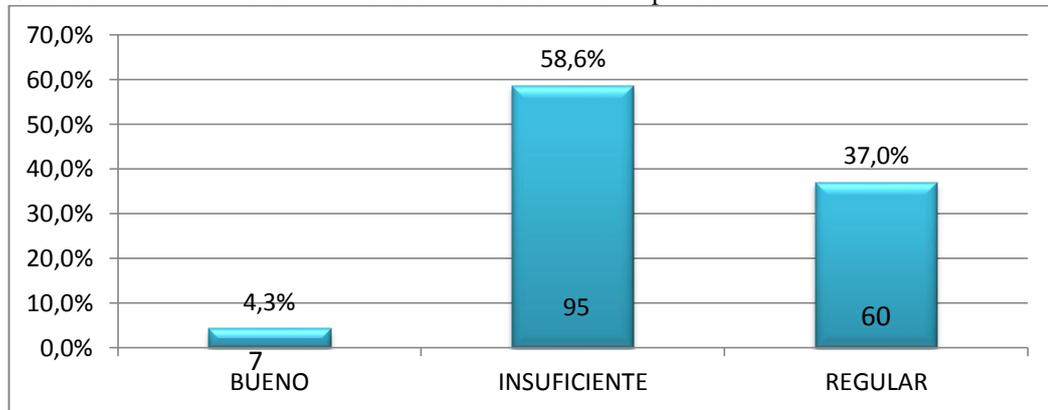
Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Gloria Andrea Llerena Espinoza

Se preguntó a las adolescentes si conocían sobre métodos anticonceptivos y pese a que el 62% respondió que sí tenía conocimientos, hubo un 38% de la población que afirmó no conocer sobre métodos anticonceptivos, cifra que es alarmante debido a que significaría que nuestras adolescentes inician su vida sexual activa con un desconocimiento total sobre métodos anticonceptivos lo que las vuelve más propensas a un embarazo adolescente. (Gráfico N°10)

4.4. Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos

Gráfico 11 Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos



Fuente: Base de Datos

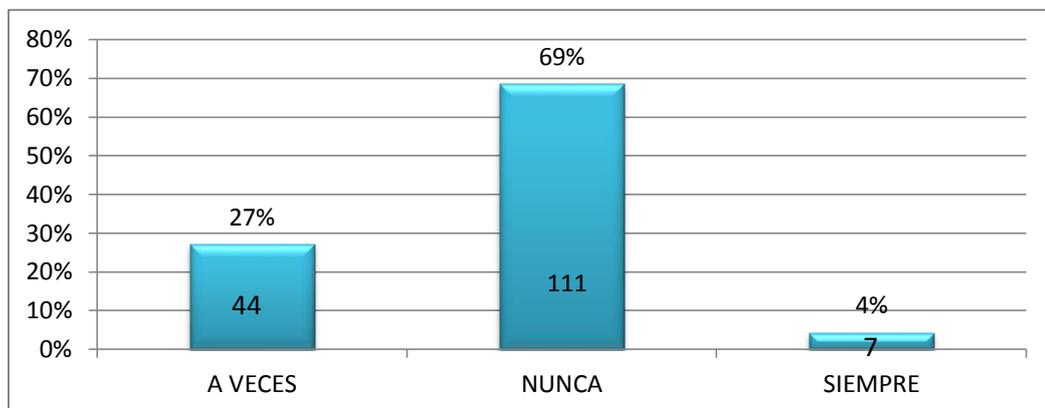
Elaborado por: Gloria Andrea Llerena Espinoza

Se evaluó el nivel de conocimiento de las adolescentes sobre métodos anticonceptivos, tomando en cuenta: si podría describir al menos 3 tipos de métodos anticonceptivos, cómo funciona, su uso, ventajas en el que observó que el 58% (Gráfico N° 11) de la población adolescente poseía un conocimiento insuficiente sobre métodos anticonceptivos lo que llama la atención es que a pesar de tratarse mayormente de adolescentes de instrucción secundaria donde en establecimientos educativos se promueve sobre educación sexual, dicha educación podría estar llegando en de manera insuficiente por factores vinculados a los estudiados se requieren nuevas investigaciones

Carmen Santín Villarin, en su estudio sobre conocimiento y utilización de los métodos anticonceptivos con una muestra constituida por 483 jóvenes de diferentes niveles de escolarización, con edades comprendidas entre 14 y 20 años, los resultados ponen de manifiesto la necesidad de llevar a cabo una acción formativa más rigurosa en todos los niveles de edad con la finalidad de contrarrestar la información distorsionada o incompleta que les llega del entorno más inmediato.

4.5. Uso de métodos anticonceptivos

Gráfico 12 Uso de métodos anticonceptivos



Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Gloria Andrea Llerena Espinoza

Se puede apreciar el poco apego de las adolescentes al uso de métodos anticonceptivos, pues el 69% de las adolescentes que nunca usaron algún tipo de método (111 casos), por lo que se pudiera decir que la mayor parte de adolescentes no han usado ningún método anticonceptivo ya sea debido al desconocimiento, mitos o conductas socioculturales cuyo resultado ha sido un embarazo precoz; por tanto es importante realizar una promoción más adecuada que permita llevar una vida sexual activa mucho más responsable y segura. (Gráfico N°12)

En el estudio realizado por Romero Carlos sobre el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes menciona que, la mitad de los embarazos de adolescentes ocurren durante los seis meses siguientes al inicio de la actividad sexual, y el 20% en el curso del primer mes. De estos adolescentes, no más de un 30% usó algún método anticonceptivo en ese período, aduciendo que estaban convencidos que "eso no iba a pasarles", lo no planificado del momento del coito, ignorancia de los métodos de anticoncepción, temor a ser criticados si usaban un método anticonceptivo, o a que los padres supieran que tenían actividad sexual.

Tabla 1 Uso de métodos anticonceptivos y adolescencia

USÓ	Media	Tardia	TOTAL
A VECES	10	34	44
NUNCA	30	81	111
SIEMPRE	1	6	7
TOTAL	41	121	162

Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Gloria Andrea Llerena Espinoza

La presente investigación en base a la tabla 1 se determina que no existe alguna relación entre el uso de métodos anticonceptivos y la edad de la adolescencia con una probabilidad: 0,67 lo que no tiene significancia estadística, es decir que muy independiente de la edad de los adolescentes ellos puedan o no usar algún método anticonceptivo

Tabla 2 Uso de métodos anticonceptivos y residencia

USÓ	RURAL	URBANA	TOTAL
A VECES	30	14	44
NUNCA	74	37	111
SIEMPRE	7	0	7
TOTAL	111	51	162

Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Gloria Andrea Llerena Espinoza

En la Tabla 2 se analiza la relación entre el uso de métodos anticonceptivos y residencia con una probabilidad: 0,18 lo que indica que no tuvo significancia estadística dentro del grupo de adolescentes investigadas el sitio de residencia y el uso de métodos anticonceptivos

Tabla 3 Uso de métodos anticonceptivos y etnia

USÓ	BLANCA	INDIGENA	MESTIZA	TOTAL
A VECES	0	6	38	44
NUNCA	5	17	89	111
SIEMPRE	0	3	4	7
TOTAL	5	26	131	162

Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Gloria Andrea Llerena Espinoza

En base a la tabla 3 se determina que no existe relación entre el uso de métodos anticonceptivos y la etnia con una probabilidad: 0,17 lo que no tiene significancia estadística

Tabla 4 Uso de métodos anticonceptivos y estado civil

USÓ	CASADA	SOLTERA	UNION LIBRE	TOTAL
A VECES	4	7	33	44
NUNCA	29	38	44	111
SIEMPRE	4	3	0	7
TOTAL	37	48	77	162

Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Gloria Andrea Llerena Espinoza

Dada la tabla 4 sobre el uso de métodos anticonceptivos y el estado civil de determina que existe relación entre el uso y el estado civil con una probabilidad de 0.0001.

Tabla 5 Uso de métodos anticonceptivos y nivel de conocimiento

USÓ	BUENO	INSUFICIENTE	REGULAR	TOTAL
A VECES	4	19	21	44
NUNCA	3	72	36	111
SIEMPRE	0	4	3	7
TOTAL	7	95	60	162

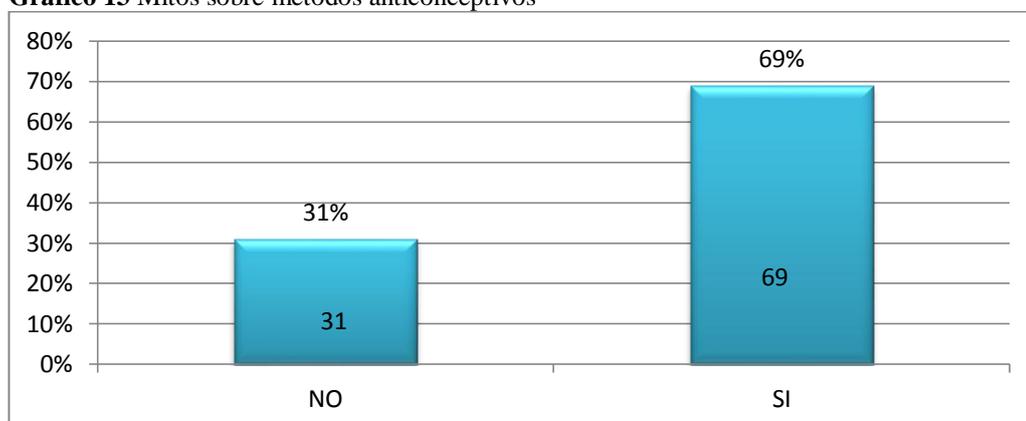
Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Gloria Andrea Llerena Espinoza

En la tabla 5 se correlacionó el uso de métodos anticonceptivos y el nivel de conocimiento en el que se observó una probabilidad: 0,09, sin significancia estadística por lo que las adolescentes estudiadas no usan algún método anticonceptivo independiente de su conocimiento.

4.6. Mitos sobre métodos anticonceptivos

Gráfico 13 Mitos sobre métodos anticonceptivos



Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Gloria Andrea Llerena Espinoza

Se evaluó la presencia de mitos sobre métodos anticonceptivos, para ello se realizaron preguntas que permitieron determinar la existencia de mitos sobre el uso, acción y efectos adversos; se determinó que 69% de la población adolescente tenía ciertos mitos sobre los métodos anticonceptivos (Gráfico N°13), por lo que se podría decir que nuestras adolescentes pudieran estar basando sus conocimientos o a su vez dejarse influenciar por mitos al momento de elegir un método anticonceptivo.

Tabla 6 Uso de métodos anticonceptivos y mitos

USÓ	NO	SI	TOTAL
A VECES	14	30	44
NUNCA	28	83	111
SIEMPRE	7	0	7
TOTAL	49	113	162

Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Gloria Andrea Llerena Espinoza

En la tabla 6 se analizó sobre la relación entre el uso de métodos anticonceptivos y la existencia de mitos en las adolescentes se observó que si existe relación estadística con una probabilidad de 0.002, es decir que la presencia de mitos va a determinar el uso de métodos anticonceptivos, concordando con otras

investigaciones como la realizada por Mercedes Castro sobre conocimientos, mitos y practicas sobre el uso de métodos anticonceptivo asociados al incremento de embarazos no planificados en estudiantes adolescentes concluyó que a pesar de la formación que los estudiantes adolescentes puedan recibir ya sea en el contexto familiar o escolar, estos reciben información de su entorno sobre los métodos anticonceptivos, en muchas ocasiones cargada de mitos y creencias erróneas; estos exponen a jóvenes a un riesgo elevado de embarazos no planificados así como a otras consecuencias negativas de la sexualidad.

4.7. Correlación de variables

Se presentan a continuación los factores personales que resultaron asociados de manera significativa sobre factores socioculturales, nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y su influencia en adolescentes embarazadas, los que fueron explorados y priorizados en esta investigación.

4.7.1. Raza y Embarazo adolescente

La presente investigación en base a la tabla 7 se determina que no existe alguna relación entre la raza y el embarazo adolescente con una $p: 0,76$ lo que no tiene significancia estadística, es decir que muy independiente de la raza las adolescentes puedan o no presentar un embarazo precoz.

Tabla 7 Raza y embarazo adolescente

EMBARAZADA	BLANCA	INDIGENA	MESTIZA	TOTAL
NO	1	8	45	54
SI	4	18	86	108
TOTAL	5	26	131	162

Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Gloria Andrea Llerena Espinoza

4.8. VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS

Para la verificación de hipótesis se plantea la hipótesis nula que dice:

H₀: El nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos, nivel económico, educativo, mitos y ocupación son factores que no influyen en el embarazo adolescente.

Para poder verificar la hipótesis se estratificó a las mujeres según el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos (p:0.020) su nivel económico (p:0.005), nivel educativo (p:0.04), mitos (p: 0.001) y ocupación (p:0.03) y se asoció con el embarazo adolescente.

Tabla 8 Mitos y embarazo adolescente

	NO	SI	Total
NO	37	54	91
SI	12	59	71
Total	49	113	162

Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Gloria Andrea Llerena Espinoza

Tabla 9 Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y embarazo adolescente

EMBARAZADA	BUENO	INSUFICIENTE	REGULAR	TOTAL
NO	5	35	14	54
SI	2	60	46	108
TOTAL	7	95	60	162

Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Gloria Andrea Llerena Espinoza

Tabla 10 Nivel económico sobre métodos anticonceptivos y embarazo adolescente

EMBARAZADA	BAJO	MEDIO BAJO	MEDIO TIPICO	TOTAL
NO	18	25	11	54
SI	48	55	5	108
TOTAL	66	80	16	162

Fuente: Base de Datos**Elaborado por:** Gloria Andrea Llerena Espinoza**Tabla 11** Ocupación y embarazo adolescente

EMBARAZADA	ESTUDIANTE	QQDD	TRABAJA	TOTAL
NO	22	17	15	54
SI	43	51	14	108
TOTAL	65	68	29	162

Fuente: Base de Datos**Elaborado por:** Gloria Andrea Llerena Espinoza**Tabla 12** Nivel de educación y embarazo adolescente

Embarazada	Primaria	Secundaria	Superior	Total
No	17	33	4	54
Si	19	83	6	108
Total	36	116	10	162

Fuente: Base de Datos**Elaborado por:** Gloria Andrea Llerena Espinoza

Dado que el valor de p de las variables es menor de 0.05, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa que dice:

El nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos, nivel económico, educativo, mitos y ocupación son factores que influyen en el embarazo adolescente.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

1. El grupo estudiado en la mayor parte constituyó mujeres en periodo de adolescencia tardía, mestizas, de instrucción secundaria con estado civil unión libre, residentes en zona rural, católicas.
2. La mayoría del grupo poblacional tienen una pareja estable, constituyendo grupos de riesgo debido que al no poseer conocimientos suficientes sobre métodos anticonceptivos y al ser mujeres en edad fértil correrían el riesgo de embarazo no deseado; siendo así necesario intervenciones específicas para evitar que casos de embarazo precoz se repitan en una misma adolescente.
3. La raza predominante son adolescentes mestizas, por lo que en este estudio se pudo evidenciar que no necesariamente las indígenas son las más propensas para un embarazo adolescente.
4. La población residente en zona rural, son más propensas a un embarazo adolescente, por lo que se debe tener en cuenta a este grupo poblacional para una promoción eficaz de Salud Sexual y Reproductiva y prevención del embarazo adolescente, sus complicaciones y planificación familiar realizando un intervencionismo preventivo acertado.
5. El nivel de educación de la mayor parte del grupo poblacional estudiada tiene nivel secundario por lo que programas de Educación Sexual y Reproductiva, impartidos en establecimientos escolares podrían estar llegando de una manera insuficiente.

6. La ocupación más frecuente de las adolescentes es la de ama de casa con 42%, que si junto a las adolescentes que trabajan (18%), los dos grupos poblacionales serían adolescentes que su probabilidad al acceso de información sobre métodos anticonceptivos disminuiría frente a las adolescentes que pese a un embarazo precoz continúan con sus estudios y pudieran ser informadas mediante programas de educación sexual impartidos en establecimientos escolares, encontrándose relación con el embarazo adolescente
7. El nivel económico en las adolescentes predominó el nivel medio bajo, por lo que la pobreza constituye un factor de riesgo para un embarazo adolescente y en conjunto a la limitación de la educación podría convertirse en un ciclo generacional.
8. Se determinó si conocían sobre métodos anticonceptivos y pese a que el 62% respondió que sí tenía conocimientos, posteriormente se evaluó el nivel de conocimiento que poseían era insuficiente, por lo que las adolescentes estarían manejándose con un conocimiento erróneo sobre métodos anticonceptivos que las vuelve más propensas a un embarazo precoz.
9. Se logró determinar la presencia de mitos sobre métodos anticonceptivos por lo que las adolescentes estarían basándose al momento de elegir un método anticonceptivo en base a información errónea; aunque no existió una significancia estadística con el embarazo adolescente ($P:0,77$) existe una limitante con el uso de métodos anticonceptivos ($P:0.0013$)
10. El 69% de las adolescente nunca uso algún método anticonceptivo; sin relación con el nivel de conocimiento, lo que denota probablemente una inmadurez para poder llevar una salud sexual y reproductiva responsable, siendo la causa de la mayoría la embarazos en las adolescentes.

5.2 Recomendaciones

- Incentivar el uso de métodos anticonceptivos a las adolescentes
- Se recomienda la elaboración de un programa de educación continua y eficaz sobre métodos anticonceptivos y salud sexual y reproductiva que promueva el conocimiento sobre planificación familiar.
- Se recomienda una capacitación de parte del personal de salud sobre métodos anticonceptivos y repercusiones del embarazo adolescente antes que egresen de las salas de maternidad, logrando un apego e interés mayor en las pacientes al conocimiento de métodos anticonceptivos evitando la repetición de embarazo precoz en la misma mujer.
- Mejorar la relación del profesional de la salud con la paciente, para que de esa manera se pueda tener un mejor acceso a la información sobre métodos anticonceptivos

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1. Datos Informativos

Tema:

Elaboración de un programa de educación sobre métodos anticonceptivos y salud sexual y reproductiva para las adolescentes embarazadas que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial Docente Ambato sobre Métodos Anticonceptivos.

Institución:

Hospital Provincial Docente Ambato

Beneficiarios:

Adolescentes que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial Docente Ambato

Tiempo Estimado para la Ejecución:

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

Equipo Técnico Responsable:

Para la ejecución de la propuesta el equipo está conformado por especialistas en Ginecología y Obstetricia, médicos generales, enfermeras, estudiantes externos de medicina y la investigadora.

Costo

La propuesta tiene como presupuesto un total de 300 dólares que será invertidos en el diseño de la propuesta, en en la elaboración de normativas informativas (folletos) acerca de métodos anticonceptivos y su importancia en prevención de embarazo precoz y su reincidencia

6.2. Antecedentes de la Propuesta

Las adolescentes embarazadas carecen o poseen conocimientos insuficientes sobre métodos anticonceptivos por tal motivo es importante dar a conocer los diferentes métodos, método de acción, contraindicaciones, de este modo poder escoger el más adecuado y eficiente.

Al realizar esta investigación se pretende enfatizar cual es la importancia de impulsar el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos, puesto que se determinó que uno de los factores determinantes en el embarazo adolescente fue falta de uso y carencia de conocimientos sobre planificación familiar que a su vez evita llevar a los adolescentes una salud sexual y reproductiva afectiva.

6.3. Justificación

La importancia de esta propuesta se ve reflejada en la medida que ayudará a las adolescentes a informarse de manera adecuada, y precisa para prevenir reincidencia de embarazos adolescentes y a su vez mejorar la calidad de vida y sin problema alguno teniendo en cuenta la responsabilidad y prevención al utilizar los métodos anticonceptivos.

Esta propuesta tiene mucha relevancia, ya que permite informar o reforzar el conocimiento en las adolescentes sobre métodos anticonceptivos.

6.4. Objetivos

6.4.1. Objetivo General

- Elaboración de un programa de educación sexual y reproductiva sobre conocimiento en métodos anticonceptivos

6.4.2. Objetivos Específicos

- Capacitar a las adolescentes sobre uso y beneficio de los métodos anticonceptivos
- Diseñar material educativo que respalde la capacitación y provea información a las adolescentes
- Entregar información necesaria referente al tema

6.5. Análisis de Factibilidad

La propuesta es realizable desde el punto de vista técnico ya que se tiene las bases suficientes en conocimientos, además del apoyo de los profesionales de la salud de la institución y consiste en la educación continua sobre métodos anticonceptivos a adolescentes.

Es factible desde el punto de vista administrativo ya que se pedirán los respectivos permisos o autorizaciones a las autoridades del Hospital Provincial Docente Ambato.

La actual propuesta esta direccionada a la población adolescente de todo nivel socioeconómico y cultural, además será respaldada legalmente por la Constitución de la República del Ecuador y Ley Orgánica de Salud.

Desde el punto legal es una propuesta factible basándose en la Ley Orgánica de Salud título I artículo 3°.- Los servicios de salud garantizarán la protección de la

salud a todos los habitantes del país y funcionarán de conformidad con los siguientes principios:

Principio de Universalidad: Todos tienen el derecho de acceder y recibir los servicios para la salud, sin discriminación de ninguna naturaleza.

Principio de Participación: Los ciudadanos individualmente o en sus organizaciones comunitarias deben preservar su salud, participar en la programación de los servicios de promoción y saneamiento ambiental y en la gestión y financiamiento de los establecimientos de salud a través de aportes voluntarios.

Principio de Coordinación: Las administraciones públicas y los establecimientos de atención médica cooperarán y concurrirán armónicamente entre sí, en el ejercicio de sus funciones, acciones y utilización de sus recursos.

Principio de Calidad: En los establecimientos de atención médica se desarrollarán mecanismos de control para garantizar a los usuarios la calidad en la prestación de los servicios, la cual deberá observar criterios de integridad, personalización, continuidad, suficiencia, oportunidad y adecuación a las normas, procedimientos administrativos y prácticas profesionales (ley No. 2006-67)

6.6. Fundamentación Científico – Técnica

¿Qué son los anticonceptivos?

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

Se clasifican en dos grandes grupos: métodos temporales y definitivos. Los temporales son aquellos cuyo efecto dura el tiempo que se les emplea. Si la pareja desea tener más hijos, la mujer puede embarazarse al suspender su uso. Los definitivos evitan el embarazo de manera permanente y se recurre a ellos cuando la pareja tiene la paridad satisfecha. El término paridad se refiere al número de hijos que cada pareja decide tener. Cuando el adolescente decide solicitar un

método anticonceptivo, es importante investigar algunos aspectos sobre su comportamiento sexual y sobre sus expectativas reproductivas para favorecer la correcta elección.

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

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

Importancia del conocimiento sobre métodos anticonceptivos

El conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos, pros y los contras, efectividad de estos mismos métodos permite tomar decisiones oportunas y adecuadas sobre la reproducción de manera libre, responsable e informada y contribuye al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas y a mejorar y a mantener el nivel de salud, permitiendo una sexualidad bien dirigida.

6.7. Análisis de participación

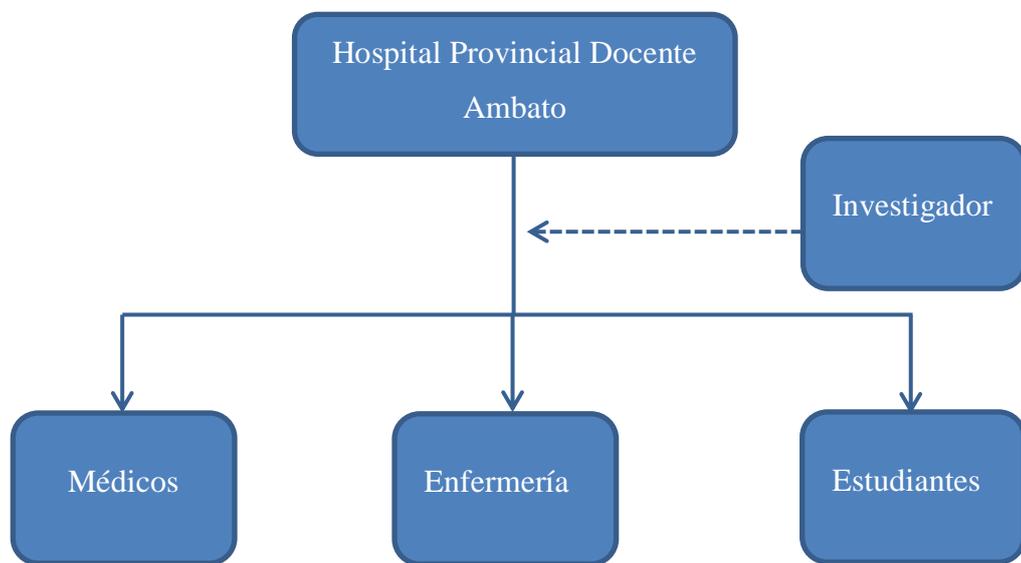
Dentro de los involucrados en el problema se encuentra todo el personal profesional que labora en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial Docente Ambato y adolescentes que acudan al mencionado servicio.

6.8. Modelo Operativo

FASES	ETAPAS	METAS	ACTIVIDADES	PRESUPUESTO	RESPONSABLES	TIEMPO
PLANIFICACIÓN	1. Recolección del material 2. Recolección de información 3. Elaboración de materiales	Difundir y socializar el plan de intervención educativa al 100%	Presentar propuesta a autoridades. -Realizar informativos a entregarse	Copias 5.00 Impresiones 10.00	Andrea Llerena Colaboradores	2 semanas
EJECUCIÓN	Ejecutar el plan de aprobación de intervención educativo al personal médico, enfermería y estudiantes.	-Concientizar sobre la importancia del conocimiento sobre métodos anticonceptivos - Cumplimiento al 100%	-Realizar conferencias, talleres.	Computadora Proyector 190.00 Tiza líquida 10.00 Carteles 5.00 Tripticos 60.00 Material	Andrea Llerena Colaboradores	4 semanas
EVALUACIÓN	Evaluación del plan educativo programado	Valoración de los conocimientos sobre métodos anticonceptivos	Test de Evaluación	Impresiones 10.00 Copias 10.00	Andrea Llerena Colaboradores	2 semanas

6.9. Administración de la propuesta

La propuesta se la realizará en el Hospital Provincial Docente Ambato de la provincia de Tungurahua, con la participación del personal Médico, de Enfermería y estudiantes de externado de la carrera de Medicina donde son atendidas las adolescentes embarazadas, para que sea el personal el encargado de brindar información y atención personalizada a las pacientes mencionadas.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Mundigo, A. (2005). Religión y salud reproductiva: encrucijadas y conflictos . 3-5.
- Cáceres, G. y Echevarría, M. (2009). *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*. Obtenido de Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos como futuros profesionales de la Salud en estudiantes del último año de Medicina: http://med.unne.edu.ar/revista/revista192/2_192.pdf
- Casas, C. (2005). *Unidad de Medicina del Adolescente*. Obtenido de Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales.
- CEPAL. (s.f). *Políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes y jóvenes*. Obtenido de http://www.cepal.org/publicaciones/xml/1/32261/lcg2346-p_4.pdf
- El Comercio. (2013). Obtenido de <http://www.elcomercio.com.ec/actualidad/ecuador/000-jovenes-embarazadas-ano-tungurahua.html>
- Isiss, J. (2010). Embarazo adolescente en Perú. s/n.
- Vallejo, J. (s.f.). *revista medica de costa rica y centroamerica*. obtenido de embarazo en adolescentes complicaciones.
- Maiztegui, L. (2006). Conocimientos sobre métodos anticonceptivos y conductas de salud sexual y reproductiva. 31-38.
- Maroto, A. Moreno, M. Rubio, M. y otros (2008). Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos por la población femenina de una zona de salud. *Scielo*, s/n.
- Méjico, J. Melgar, F. Mendoza, A. y Salinas W. (2012). *Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos* . Obtenido de Rev Horiz Med : http://www.usmp.edu.pe/medicina/horizonte/2012_III/Art5_Vol12_N3.pdf
- MIES. (s.f.). *Dirección de la Juventud*. Obtenido de <http://prenatal.tv/lecturas/ecuador/embarzoadolescencia-ecu.pdf>

- Ministerio de Salud de Argentina. (2002). *Guía para el uso de métodos anticonceptivos*. Obtenido de http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/guia_de_metodos_anticonceptivos.pdf
- MSP. (s.f.). *Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención de Embarazos en Adolescentes*. Obtenido de <http://www.salud.gob.ec/estrategia-nacional-intersectorial-de-planificacion-familiar-y-prevencion-de-embarazos-en-adolescentes/>
- OMS. (2009). *Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo*. Obtenido de <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>
- OPS. (s.f.). *Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que son madres o están embarazadas*. Obtenido de <http://www.cepal.org/mujer/noticias/noticias/0/33810/embarzoadolescente.pdf>
- Planae. (2013). *Plan Andino para la Prevención en Adolescentes*. Obtenido de <http://www.planandinopea.org/?q=node/493>
- Politi. (s.f.). *Embarazo Precoz, Educación y Religión*. Obtenido de https://practicasc clases.wikispaces.com/file/view/PanoramaReligioso_EmbarazoPrecoz.pdf
- Population Reference Bureau. (2013). Los Jóvenes en el mundo. 1-15.
- Ulanowicz, P. G. (2006). *riesgos en el embarazo adolescente*. Obtenido de http://med.unne.edu.ar/revista/revista153/4_153.pdf
- UNFA. (s.f.). *Análisis de situación en población para Colombia*. Obtenido de <http://unfpa.org/psa/wp-content/uploads/2012/11/Colombia-Analisis-de-situacion-en-poblacion-para-Colombia.pdf>
- UNFPA. (2011). *Centro de Defensa y Promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos*. Obtenido de <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/promsex-Mitos-Metodos-Anticonceptivos.pdf>
- UNFPA. (2013). Maternidad en la niñez. 1-83.

UNFPA. (2014). *Salus Sexual y Reproductica*. Obtenido de UNFPA Mexico:
<http://www.unfpa.org.mx/salud%20sexual%20y%20reproductiva.php#>

UNICEF. (s.f.). Hechos sobre Adolescencia y Jóvenes en América Latina y el Caribe . S/N.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS-BASES DE DATOS UTA

INFORMAWORLD: Goncalvesa, H. D Souza, A. Tavares, P. Cruz, S. y Béhague D. (2010). Contraceptive medicalisation, fear of infertility and teenage pregnancy. Pág 202.

EBRARY: Acosta, M. (2012). El embarazo en adolescentes, factores socioculturales. *Revista Medica Instituto Mexico Seguro*, 371.

PROQUEST: Cortes, L. (s.f.). *El grave problema del embarazo adolescente*. Obtenido de 2000:
<http://search.proquest.com/docview/368337510/DD47CB9CC5384E3BPQ/12?accountid=36765>

Luicon. (2014). Una mirada al embarazo adolescente. *ProQuest*, s/n.
<http://search.proquest.com/docview/1612938345/57E0EE8CC76B4E99PQ/4?accountid=36765>

Melgar, I. (2012). Embarazo adolescente: "El dramático incremento". s/n.
<http://search.proquest.com/docview/377052992/57E0EE8CC76B4E99PQ/1?accountid=36765>

ANEXOS

ENCUESTA

La presente encuesta tiene por objeto valorar los factores socioculturales y el nivel de conocimiento en las adolescentes. De antemano agradecemos su colaboración

1. **¿Cuántos años tiene usted?**
2. **¿Cuál es su estado civil?**
Soltera () Casada () Divorciada () Unión Libre ()
3. **¿Usted se considera?**
Indígena () Mestiza () Blanca ()
4. **¿Qué religión practica usted?**
Católica () Evangélica () T.de Jehová () Otras ()
5. **¿Dónde vive usted?**
Zona urbana () Zona rural ()
6. **¿Hasta qué nivel estudió usted?**
Analfabeta () Primaria () Secundaria () Universidad ()
7. **¿Cuál es su ocupación?**
Estudiante () Trabaja () Ama de casa ()

8. La siguiente pregunta permitirá evaluar su nivel económico

¿Cuál es su tipo de vivienda?	Casa/Villa	
Suite de lujo	Mediagua	
Cuarto(s) en casa de inquilinato	Rancho	
Departamento en casa o edificio	Choza/ Covacha/Otro	
El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:		
Hormigón	Caña revestida o bahareque/ Madera	
Ladrillo o bloque	Caña no revestida/ Otros materiales	
Adobe/ Tapia		
El material predominante del piso de la vivienda es de:		
Duela, parquet, tablón o piso flotante	Tabla sin tratar	
Cerámica, baldosa, vinil o marmetón	Tierra/ Caña/ Otros materiales	
Ladrillo o cemento		

El tipo de servicio higiénico con que cuenta este hogar es:			
No tiene		Conectado a pozo ciego	
Letrina		Conectado a pozo séptico	
Descarga directa al río, lago o quebrada		Conectado a alcantarillado	
		SI	NO
¿Tiene en su hogar servicio de internet?			
¿Tiene usted computadora de escritorio?			
¿Tiene usted computadora portátil?			
¿Tiene este hogar servicio de teléfono convencional?			
¿Tiene cocina con horno?			
¿Tiene refrigeradora?			
¿Tiene lavadora?			
¿Tiene equipo de sonido?			
¿Alguien en el hogar compra vestimenta en centros comerciales?			
¿Cuántos celulares activados tienen en su hogar?		No tiene	
Tiene 1 celular		Tiene 3 celulares	
Tiene 2 celulares		Tiene 4 celulares o más	
¿Cuántos TV a color tienen en este hogar?			
No tiene TV a color en el hogar		Tiene 2 TV a color	
Tiene 1 TV a color		Tiene 3 ó más TV a color	
¿Cuántos vehículos tiene este hogar?			
No tiene vehículo		Tiene 2 vehículo exclusivo	
Tiene 1 vehículo exclusivo		Tiene 3 ó más vehículos exclusivos	
¿Cuál es el nivel de instrucción del Jefe del hogar?			
Sin estudios		Secundaria completa	
Primaria incompleta		Hasta 3 años de educación superior	
Primaria completa		4 ó más años de educación superior (sin post grado)	
Secundaria incompleta		Post grado	

9. ¿A qué edad tuvo su primera menstruación?

10. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?

11. ¿Con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales?
12. ¿Cuántas veces ha estado embarazada?
13. ¿Su embarazo actual fue planificado?
Si () No ()
14. ¿Cuántos controles prenatales tuvo en su embarazo?
15. ¿Usted o su pareja usaban algún método anticonceptivo para evitar un embarazo?
Nunca () A veces () Siempre ()
16. ¿Qué método anticonceptivo utilizaba?
Ritmo () Preservativo de barrera (Condón) ()
Anticonceptivo oral (Pastillas) () Anticonceptivo inyectable ()
Implanon ()
17. Conoce sobre métodos anticonceptivos Si () No ()

Responda en caso de haber marcado SI

18. ¿En dónde recibió información sobre métodos anticonceptivos?
Casa() Escuela () Colegio () SCS ()
Otros.....
19. ¿Podría usted identificar y describir por lo menos 3 tipos de métodos anticonceptivos? Si () No ()
20. ¿Podría usted explicar cómo funcionan los anticonceptivos en su cuerpo para evitar el embarazo?
Si () No ()
21. ¿Sabe usted cuáles son las ventajas, desventajas y los riesgos de los métodos para evitar el Embarazo?
Si () No ()
22. En base a las preguntas anteriores: ¿Usted considera sus conocimientos sobre métodos anticonceptivos?
Insuficientes () Bueno () Suficientes ()
23. ¿Usted considera que estaría capacitada para elegir un método anticonceptivo para evitar un nuevo embarazo?
Si () No ()
24. ¿Cuál método anticonceptivo utilizaría para evitar un nuevo embarazo?
Ritmo () Preservativo de barrera (Condón) ()
Anticonceptivo oral (Pastillas) () Anticonceptivo inyectable ()
Implanon () No sabe ()

- 25. ¿La elección de un método anticonceptivos está influenciada por conocimientos que le han transmitido amigos o familiares?**
Si () No ()
- 26. Le da vergüenza que sus amigos conozcan que usted utiliza métodos anticonceptivos**
Si () No ()
- 27. Según sus creencias religiosas el uso de métodos anticonceptivos son:**
Aprobado () Desaprobado ()
- 28. Considera usted que el uso de métodos anticonceptivo es decisión de:**
Hombre () Mujer () Pareja ()
- 29. Considera que el uso de métodos anticonceptivos es pecado**
Si () No ()
- 30. Cree usted que el hombre tiene derecho a prohibirle a la mujer sobre el uso de métodos anticonceptivos:** Si () No ()
- 31. Considera que la mujer no debe planificar porque su deber es dar hijos:** Si () No ()
- 32. Considera que el número de hijos que se debe tener es voluntad de Dios:** Si () No ()
- 33. Sobre los métodos anticonceptivos, usted considera:**

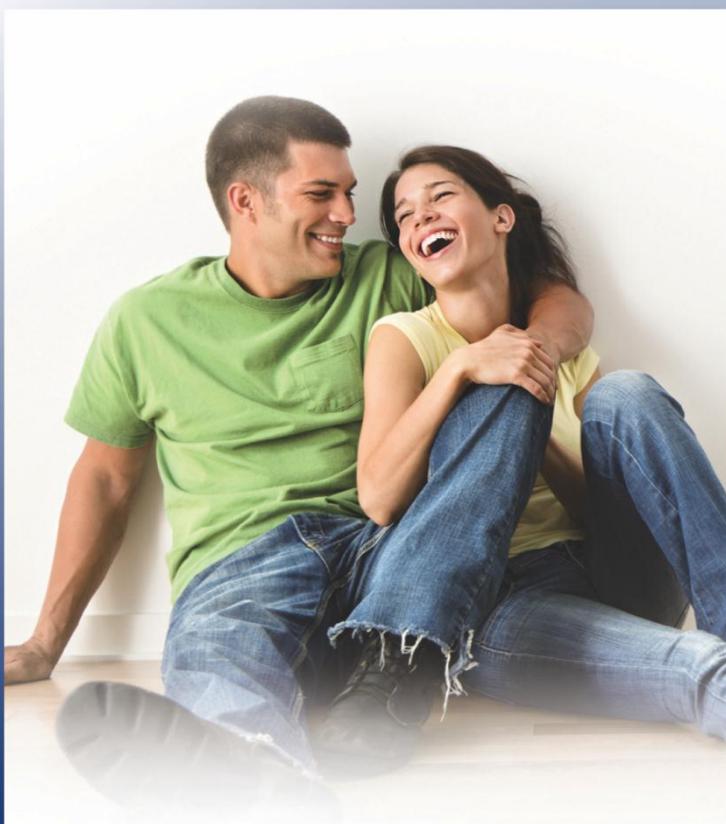
	SI	NO
Las pastillas producen cáncer		
Las pastillas engordan		
Las pastillas producen manchas en la piel		
El condón reduce el placer sexual		
Los anticonceptivos producen esterilidad		
Los anticonceptivos deforman el cuerpo de la mujer		
La pastilla del día después es abortiva		
La ligadura produce alteraciones en la menstruación		
Durante la lactancia la mujer no puede quedarse embarazada		
La mujer puede quedar embarazada en la primera relación sexual		

Yo, CONSIENTO participar en la presente encuesta y que los datos que se deriven de mi participación sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el documento.

Firma.....



GUÍA DE CAPACITACIÓN PARA UNA ANTICONCEPCIÓN SANA



- ❖ LOS
ANTICONCEPTIVOS
- ❖ MITOS Y VERDADES

Autora: Andrea Llerena

SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCIÓN

La sexualidad es una característica humana del desarrollo vital que cada cual vive de manera particular y que se ve afectada por variables culturales, sociales



y personales. Implica aspectos como la comunicación, el placer, la afectividad, la expresión de las emociones, los deseos y la reproducción.

Los métodos anticonceptivos nos permiten:

- Vivir la sexualidad de una manera libre y satisfactoria
- Tener relaciones sexuales sin temor al embarazo
- Planificar con bastante seguridad el número de hijos y el momento de tenerlos, evitando embarazos no deseados

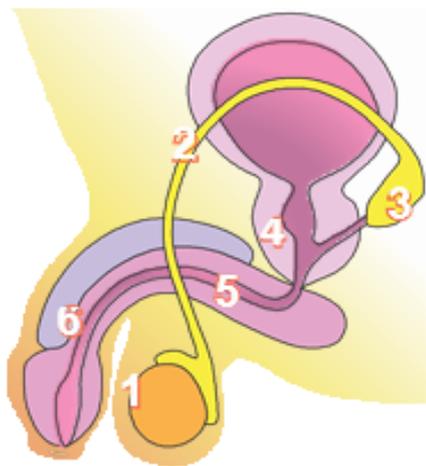
La reproducción está unida al disfrute de la sexualidad. Por esta razón, la posibilidad de tener descendencia debe ser valorada y decidida conjuntamente de manera responsable por los miembros de la pareja. El embarazo no debe producirse como consecuencia de la desinformación y el desconocimiento de los riesgos, fallos y errores que pueden producirse. Si se tienen relaciones sexuales con coito y el objetivo deseado no es la reproducción, se deben utilizar métodos que evitan el embarazo.

LA REPRODUCCIÓN

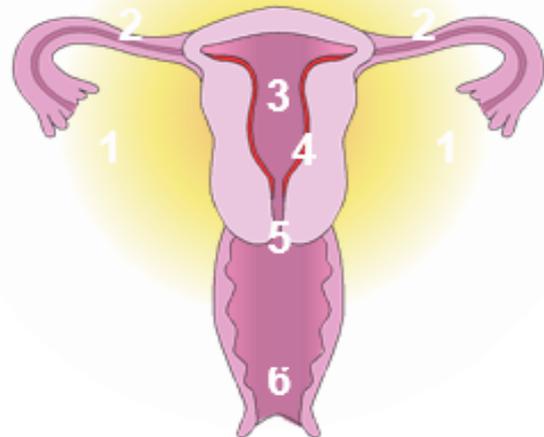
El cuerpo humano posee células encargadas de la reproducción. El óvulo es la célula reproductora de la mujer y se forma en los ovarios. Los espermatozoides son las células reproductoras del hombre y se forman en los testículos.

En la mayoría de los varones los espermatozoides se producen de forma continua, de modo que en cada eyaculación se liberan millones de ellos. El espermatozoide puede mantenerse vivo en el interior de la mujer hasta 5 días, siendo capaz de fecundar al óvulo durante estos días y originar un embarazo.

En la mayoría de las mujeres uno de los ovarios libera un óvulo una vez al mes, hacia la mitad del ciclo menstrual (ovulación). El óvulo tiene 3 o 4 días de vida, durante los que desciende por las trompas de Falopio hasta el útero. Si en su camino es fecundado por un espermatozoide, puede producirse el embarazo.



- 1 Testículo**
- 2 Conducto deferente**
- 3 Vesícula seminal**
- 4 Próstata**
- 5 Uretra**
- 6 Pene**



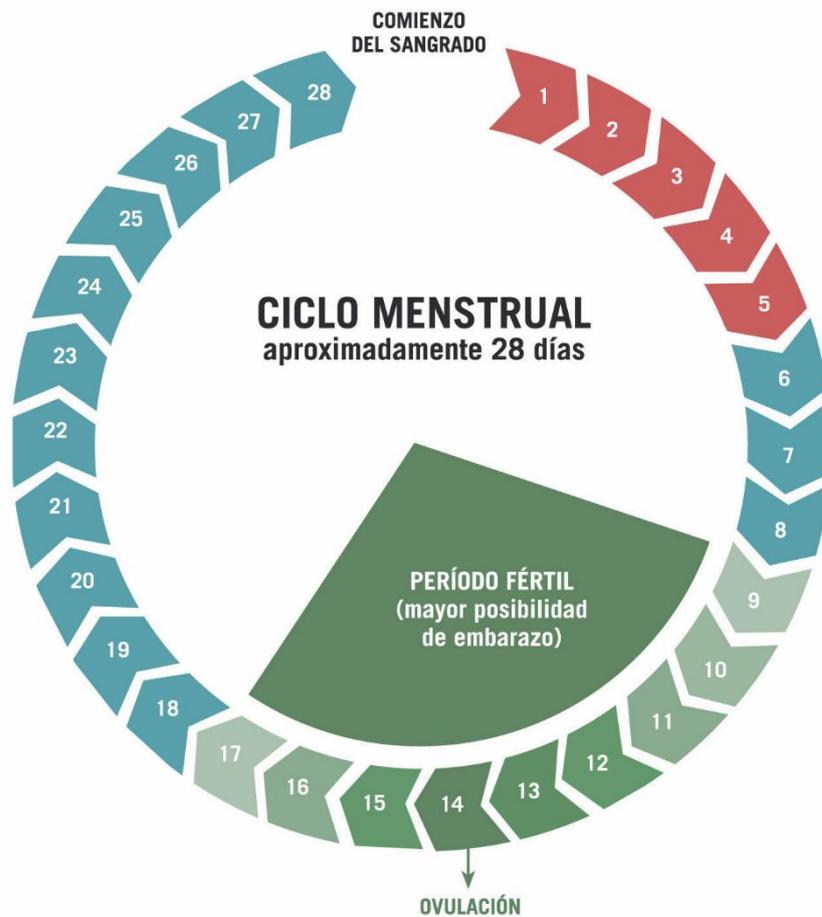
- 1 Ovarios**
- 2 Trompas de Falopio**
- 3 Cuerpo uterino**
- 4 Endometrio**
- 5 Cuello uterino**
- 6 Vagina**

EL CICLO MENSTRUAL

El ciclo menstrual es el periodo de tiempo en el que se produce la ovulación. Abarca desde el primer día de la regla hasta el primer día de la regla siguiente.

La duración de cada ciclo menstrual es aproximadamente de 28 días, aunque también son normales ciclos más cortos o más largos. Por eso los días fértiles de cada mujer pueden variar en función de la duración de su ciclo menstrual.

La menstruación aparece al final del ciclo, si no se ha producido el embarazo. Si en los días fértiles de la mujer se mantienen relaciones coitales sin utilizar ningún método anticonceptivo, la posibilidad de embarazo es muy elevada.



CLASIFICACIÓN

DE BARRERA

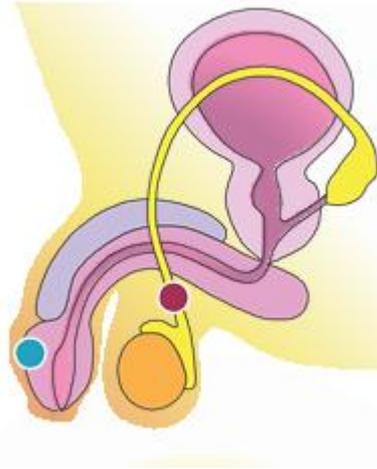
Preservativo masculino
Preservativo femenino
Diafragma
Esponjas vaginales
Espermicidas locales:
óvulos, jaleas y espumas

HORMONALES

Píldora Combinada
Píldora de emergencia
Anillo vaginal
Implantes
Inyectables
Parche Transdérmico

NATURALES

Abstinencia periódica
Coito Interrumpido
Ritmo o Calendario
Temperatura basal
Moco cervical (Billings)

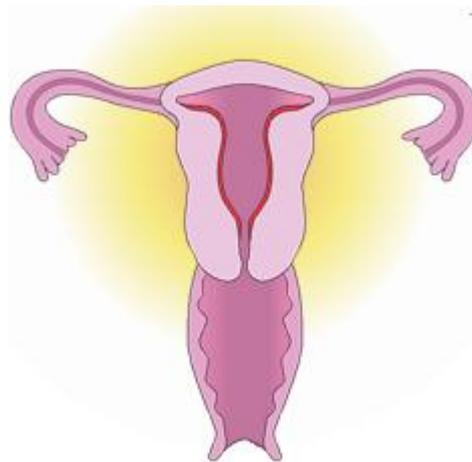


QUIRÚRGICO

Ligadura de Trompas
Esterización tubárica

DIU

Dispositivo Intrauterino



NO FIABLES

Esponja
Espermicida
Método de Ogino-Knaus
Método Billings
Método temperatura
Método combinado o
intotérmico

MÉTODOS DE BARRERA

Son todos aquellos que impiden la entrada del espermatozoide al útero, evitando la unión del óvulo y el espermatozoide.

EL PRESERVATIVO MASCULINO O CONDÓN



¿Qué es?

Es una funda de goma de látex o poliuretano que se coloca sobre el pene en erección cubriéndolo totalmente, de manera que impide que los espermatozoides contenidos en el semen pasen a la vagina. Es un método sencillo, práctico y bastante seguro si se usa de forma correcta. La seguridad de este método aumenta si además se utilizan productos espermicidas (cremas, gel, óvulo vaginal, etc.).

Ventajas

Además de evitar el embarazo, el preservativo es el mejor método para prevenir enfermedades de transmisión sexual (herpes genital, SIDA, etc.). No tiene ningún efecto secundario ni contraindicaciones. Son de un solo uso. Pueden ser utilizados sin prescripción médica y se compran sin receta.

Inconvenientes

Si existe alergia al látex, posible irritación local. En estos casos es recomendable utilizar preservativos de poliuretano.

Falla si...

Se usa mal, se rompe, no se coloca bien, no se retira el pene antes de que finalice la erección y el preservativo se queda en la vagina. Se recomienda mantenerlo en un lugar fresco y seco. Hay que comprarlo en establecimientos que ofrezcan garantías. Debe desecharse si ha caducado.

No olvides que las gotitas que se expulsan antes de la eyaculación pueden producir embarazo, por lo que el preservativo siempre debe colocarse antes de la penetración.

RECUERDA

- Los preservativos deben guardarse en un lugar fresco y seco, evitando la exposición prolongada al calor o al sol. No guardar en el bolsillo del pantalón, cartera o guantera del coche.
- Comprobar que en el envase figura una referencia al cumplimiento de los requisitos sanitarios de calidad según las normas UNE o RQTS.
- No dañar el preservativo al abrir el envoltorio. No utilizar objetos cortantes.
- Colocar el preservativo cuando el pene está erecto.
- Si se quiere usar un lubricante, utilizar cremas hidrosolubles (glicerina). No es recomendable emplear sustancias oleosas como la vaselina, ya que dañan el preservativo.
- Tras la eyaculación, el pene debe retirarse lentamente antes de que finalice la erección, sujetando el preservativo por su base para asegurar que no se quede dentro ni haya salida de semen.
- Al retirar el preservativo, comprobar que no se ha roto. Utilizar un preservativo nuevo en cada relación sexual.

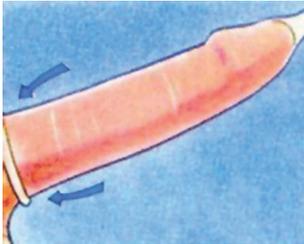
Modo de Empleo del Preservativo Masculino



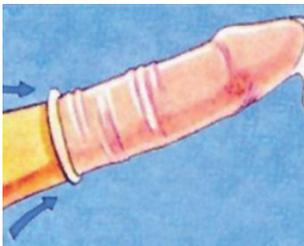
Comprueba que no esté caducado. Abre el condón con cuidado de no romperlo con las uñas, dientes o anillos. Comprueba que el condón esté del derecho, soplando a través del aro. Si te equivocas, usa uno nuevo



Pon el condón antes de cualquier contacto y con el pene erecto. Aprieta con los dedos el depósito para evitar que quede aire en el interior y se rompa durante la relación



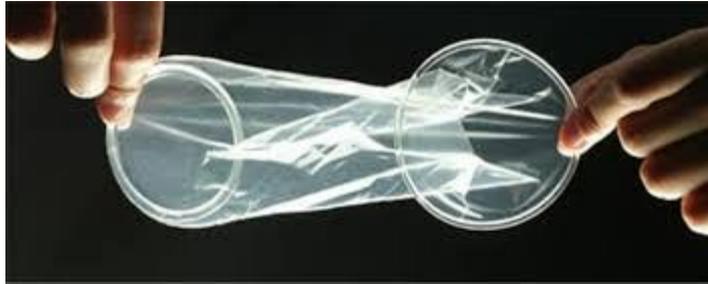
Desenróllalo sobre el pene con el aro hacia fuera.



Quita el condón cuando el pene aún esté erecto y tíralo a la basura, no al suelo ni al inodoro.



EL PRESERVATIVO FEMENINO



¿Qué es?

Es una bolsa cilíndrica de poliuretano o nitrilo que una vez colocada recubre totalmente la vagina. Tiene un anillo interior (extremo cerrado de la bolsa) que facilita su colocación al introducirlo como si fuera un tampón e impide que entren los espermatozoides, y otro anillo exterior (extremo abierto) que queda por fuera de la vagina, cubriendo los genitales externos de la mujer. Para retirarlo, se gira el anillo exterior, se extrae suavemente y se tira a la basura.

Ventajas

Las mismas que el preservativo masculino, aunque es algo más caro. Son de un solo uso. Puede colocarse hasta ocho horas antes de la relación sexual. No requiere que el pene esté erecto ni necesita retirarse inmediatamente tras la eyaculación. Pueden ser utilizados sin prescripción médica. Se compran en farmacias.

Inconvenientes

Es un poco más difícil de colocar que el preservativo masculino, y poco estético ya que sobresale.

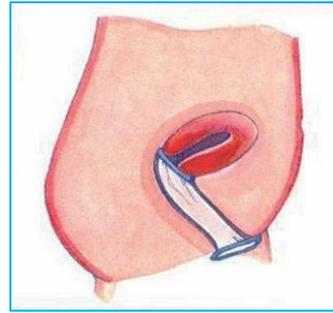
Falla si...

No usar junto con el preservativo masculino, ya que la fricción puede ocasionar fallos o roturas. Es importante guiar el pene hacia el interior del preservativo para un uso correcto, evitando que pueda introducirse entre la pared de la vagina y el exterior del preservativo

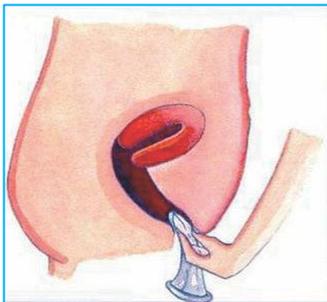
MODO DE EMPLEO DEL PRESERVATIVO FEMENINO



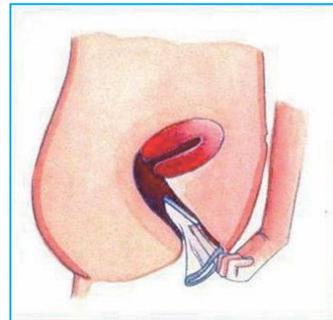
Comprueba que no esté caducado. Abre el preservativo con cuidado de no romperlo con las uñas, dientes o anillos.



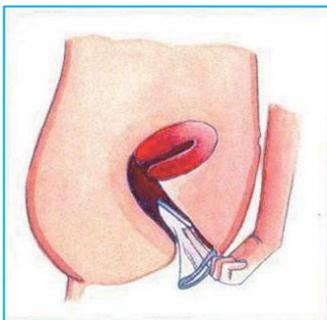
El anillo externo debe cubrir los genitales externos.



Apretar el aro del extremo cerrado con los dedos e introducir en la vagina como si fuese un tampón.



Retirar girando el anillo externo y extraer suavemente. Tirar a la basura, no al suelo ni al inodoro.



Con el dedo índice y a través del preservativo, haz llegar el extremo hasta el fondo de la vagina.

EL DIAFRAGMA



¿Qué es?

Es un disco de látex que se coloca en el interior de la vagina horas antes de comenzar la relación sexual y cubre el cuello del útero impidiendo el paso de los espermatozoides. Para su uso es necesario el asesoramiento del ginecólogo/a, que indicará el tamaño y las medidas

necesarias (existen hasta 18 tallas diferentes), instrucciones de colocación y controles a realizar.

Una vez colocado, debe cubrir el cuello del útero por completo. Recuerda que tiene que utilizarse siempre con crema espermicida. Si realizas más de un coito, sólo tienes que añadir crema espermicida. No debes quitártelo ni efectuar lavados vaginales hasta transcurridas al menos 6 horas de la última relación sexual con penetración. No existe inconveniente en tomar una ducha. No debe dejarse colocado más de 24 horas por el riesgo de infección.

Ventajas

A diferencia del preservativo, no es de un solo uso. Puede lavarse con agua y jabón y guardarse una vez seco (no utilizar talco) en una caja cerrada hasta la próxima vez.

Inconvenientes

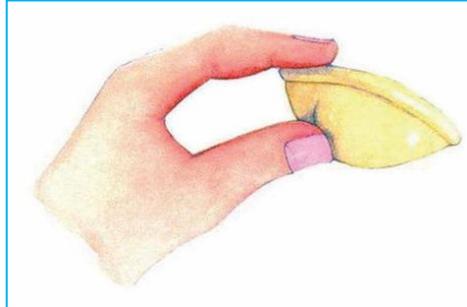
Puede favorecer la aparición de infecciones urinarias. Si existe alergia al látex puede aparecer irritación local.

Falla si...

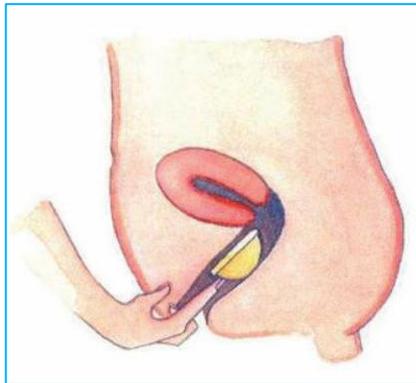
Se coloca mal o no se siguen correctamente las normas de utilización. Hay que cambiarlo cuando lo indique el/la ginecólogo/a. Debe examinarse con regularidad para comprobar que no está deteriorado.

MODO DE EMPLEO DEL DIAFRAGMA

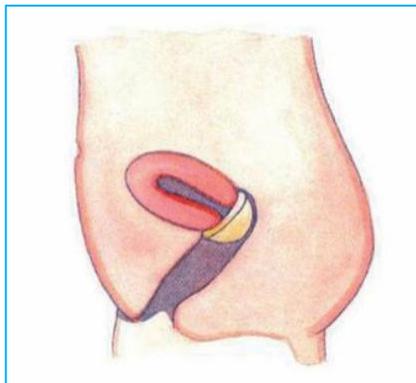
Usar la talla de diafragma recomendada por el/la ginecólogo/a.



Introducir en la vagina como si fuera un tampón.



No retirar hasta transcurridas 6 horas de la última penetración



ESPERMICIDAS LOCALES ÓVULOS, JALEAS Y ESPUMAS



¿Qué es?

Substancias químicas que se aplican en la vagina para impedir el paso del semen y destruir los espermatozoides. Sustancias químicas que afectan la motilidad o vitalidad del espermatozoide.

Las cremas contienen una base jabonosa y las jaleas una base gelatinosa al introducirlas en la

vagina, las que son en aerosol se colocan por medio de un aplicador que se coloca en la vagina y empuja con el embolo para que el contenido quede depositado en el fondo de la vagina.

Las espumas en aerosol contienen gas butano, parecen ser más efectivas porque la espuma recubre una mayor superficie rápida y uniformemente y la PAREJA no percibe sensación de falta de higiene porque se aplica profundamente en la vagina justo antes del acto sexual.

Ventajas

- Son económicos.
- De fácil aplicación.
- No requieren receta médica.
- No suelen producir molestias.
- Son apropiados para las PAREJAS que tienen relaciones coitales de manera ocasional.
- Son temporales; se dejan de usar cuando se desea.
- Son métodos que pueden ser utilizados por casi todas las mujeres.
- También se utilizan como lubricante vaginal para las parejas que requieren una lubricación adicional.

Pueden utilizarse como contraceptivos suplementarios durante el periodo de la ovulación. Por ejemplo, se puede utilizar un condón más un espermicida simultáneamente durante los días más fértiles.

Inconvenientes

- No son atractivos para una mujer que tiene aversión por la manipulación de sus genitales.
- El periodo de espera que requieren los óvulos resulta incómodo para muchas parejas.
- La sensación de calor que generan los óvulos puede resultar molesta.
- Las parejas aficionadas al contacto bucogenital o sexo oral, pueden considerar desagradable el gusto de los espermicidas.
- Puede ocasionar irritación a la mujer o a su pareja, especialmente si se usa varias veces al día.
- El espermicida puede provocar alguna reacción alérgica local (rara vez) en la mujer o en su pareja.

Falla si...

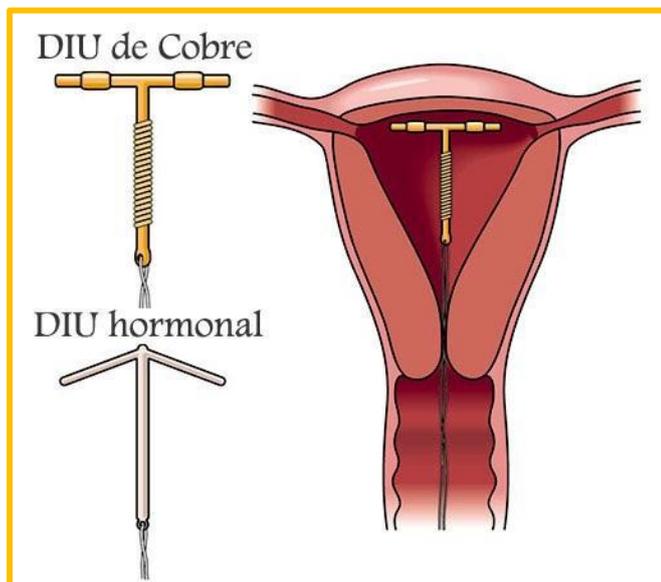
20 de 100 mujeres que usen los espermicidas de forma típica (uso no siempre consistente o en forma correcta) resultarán embarazadas después de un año de uso.

10 de 100 mujeres que usen los espermicidas de forma correcta y consistente resultarán embarazadas después de un año de uso.

MÉTODO DIU

DISPOSITIVO INTRAUTERINO

¿Qué es?



Es un pequeño aparato que puede tener distintas formas, aunque el modelo más común es en forma de T. Hay dos tipos:

El DIU de cobre dificulta el ascenso del espermatozoide para alcanzar el útero y dificulta la anidación.

El DIU hormonal libera progestágeno, que inhibe la ovulación y dificulta la anidación.

Debe ser colocado y retirado por un/a ginecólogo/a y precisa controles periódicos.

Ventajas

Se extrae cuando se desee. Puede permanecer colocado de 2 a 5 años, según el modelo, sin perder su efecto anticonceptivo. El DIU que incorpora hormonas regula el ciclo menstrual. Es uno de los métodos anticonceptivos más eficaces.

Inconvenientes

No previene las enfermedades de transmisión sexual ni el SIDA. El DIU de cobre puede ocasionar menstruación abundante. No debe utilizarse en caso de malformaciones uterinas, fibromas o enfermedad inflamatoria pélvica.

Falla si...

Si no se coloca correctamente.

MÉTODO HORMONAL

LA PÍLDORA COMBINADA



¿Qué es?

La píldora anticonceptiva combina cantidades variables de hormonas similares a las que sintetiza el organismo (estrógenos y progestágenos), que inhiben la producción y liberación de óvulos por el

ovario. También actúan espesando el moco cervical, de forma que se dificulta el paso de los espermatozoides, y adelgazando la mucosa uterina para que no se produzca la implantación.

La píldora anticonceptiva oral combinada puede presentarse en estuches de 21 o 28 unidades. Es muy segura desde que empieza a tomarse (primer ciclo de pastillas) siempre que se haga correctamente (a la misma hora, durante los días correspondientes). Es recomendable utilizar preservativo durante el primer ciclo de pastillas. Su indicación y control debe ser realizado por profesionales sanitarios.

Ventajas

En muchas mujeres mejora los trastornos del ciclo menstrual y la regla se vuelve más corta e indolora.

Inconvenientes

No deben utilizar este método las mujeres con hipertensión arterial, afecciones cardíacas severas, diabetes o enfermedades hepáticas. No es recomendable su uso en mujeres fumadoras, especialmente si son mayores de 35 años.

Falla si...

Se olvida tomarla o se varía mucho la hora de las tomas. También si vomitas o tienes diarrea intensa en las cuatro horas siguientes a su ingestión.

PÍLDORA DE EMERGENIA



¿Qué es?

También conocida como la 'píldora del día siguiente', es un método anticonceptivo para usarse después de una relación sexual sin protección. Está compuesta de las mismas hormonas de las píldoras anticonceptivas (estrógeno y progestina), pero en mayores dosis.

Ventajas

- Impide o retrasa la ovulación
- Dificulta el paso de los espermatozoides hacia el óvulo, evitando así la fertilización (unión del óvulo con el espermatozoide)
- Si ya hay fecundación, la anticoncepción de emergencia NO la interrumpe y el embarazo continúa normalmente sin ocasionar daño alguno al feto

Inconvenientes

La píldora del día después somete al organismo a una intensa carga hormonal. Esto puede favorecer la aparición de ciertos efectos secundarios como alteraciones en el ciclo menstrual, mareos, náuseas, vómitos, etc. También se le ha asociado con procesos de tromboembolismo venoso.

Falla si...

Es muy importante saber que la píldora del día después, aún a pesar de ofrecer un alto grado de efectividad si se toma en las horas siguientes al acto sexual, no es fiable al 100%.

IMPLANTES



¿Qué es?

Son pequeñas varillas de plástico flexible que se insertan bajo la piel, por lo general en la parte superior del brazo, con anestesia local y liberan constantemente progestágeno que actúa espesando el moco cervical y dificultando el avance de los espermatozoides.

Ventajas

Una vez colocado, su efecto persiste cerca de 3 años. Es uno de los métodos anticonceptivos más eficaces. Si deseas quedar embarazada, el médico lo puede retirar en pocos minutos. Está indicado en mujeres que no pueden o no desean utilizar estrógenos como método anticonceptivo. Puede usarse durante la lactancia.

Inconvenientes

Requiere indicación y supervisión médica. Puede asociarse a irregularidades en el ciclo menstrual que desaparecen a los tres meses de uso. Es un método que inicialmente puede parecer caro, pero a la larga es más económico. No protege frente a las enfermedades de transmisión sexual ni al SIDA.

Falla si...

No lo cambias después del periodo de tiempo establecido. Hay fármacos que reducen la eficacia del implante. Consulte con el profesional sanitario siempre que se prescriba un tratamiento.

INYECTABLES



¿Qué es?

En un preparado anticonceptivo en suspensión inyectable que deposita progestágeno a nivel intramuscular, desde donde se va absorbiendo poco a poco. La inyección debe ser administrada por personal sanitario en el brazo o las nalgas. La periodicidad de las inyecciones es trimestral. La primera dosis debe administrarse en los cinco primeros días del ciclo menstrual. Si pasan más de ocho o nueve días desde el momento en que corresponde administrar la siguiente inyección, es necesario además usar un método de barrera durante catorce días.

Ventajas

Al ser inyectable, evita el paso por el hígado, por lo que tiene menos efectos secundarios que la píldora. Puede administrarse tras el parto y durante la lactancia.

Inconvenientes

Produce cambios de frecuencia, duración o cantidad de la regla. Está contraindicada en mujeres con cáncer de mama o genital, con hemorragias uterinas o con enfermedades vasculares. No protege frente a las enfermedades de transmisión sexual ni al SIDA. Puede producirse un aumento de peso.

Falla si...

Nos olvidamos de repetir las dosis en el momento indicado, con un margen de cinco días.

PARCHE TRANSDÉRMICO



¿Qué es?

Es una fina lámina que contiene un adhesivo que permite su permanencia sobre la piel durante una semana. Se coloca preferiblemente en nalgas, abdomen, parte superior del brazo y parte superior de la espalda. Es un método combinado que libera a la sangre estrógenos y progestágenos a través de la piel. Se coloca uno nuevo cada siete días durante tres semanas consecutivas. En la cuarta se descansa y se produce la menstruación.

Ventajas

No se despegan en la ducha, la piscina ni por el sudor. Tienen menos efectos secundarios que la píldora, ya que evita el paso hepático al absorberse por la piel. Aunque se tengan vómitos y diarreas sigue siendo eficaz. Es posible comprobar con facilidad que el parche está correctamente colocado.

Inconvenientes

Aunque no se nota con la ropa, puede ser antiestético. No protege frente a las enfermedades de transmisión sexual ni al SIDA.

Falla si...

Si se coloca mal, se despegan o no se adhieren bien y no sabes cuánto tiempo ha pasado. En todo caso existe un margen de seguridad de 48 horas a partir de la segunda semana del ciclo.

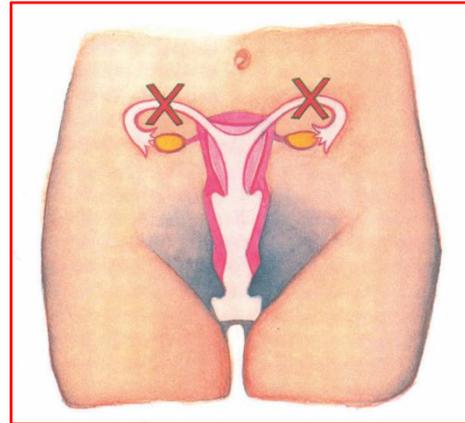
MÉTODO QUIRÚRGICO

Son métodos permanentes. Una vez practicados es muy difícil el embarazo.

LIGADURA DE TROMPAS (MUJER)

¿Qué es?

Es una operación quirúrgica en la que se bloquean las trompas de Falopio, que son los conductos por donde pasan los óvulos desde los ovarios hasta el útero. La operación requiere anestesia y hospitalización. No produce alteraciones en la actividad sexual ni en la menstruación.



ESTERILIZACIÓN TUBÁRICA (MUJER)

¿Qué es?

Consiste en la introducción de un pequeño dispositivo flexible en las trompas de Falopio por vía vaginal. En el plazo de dos o tres meses produce un bloqueo completo de las trompas. Para insertar este dispositivo no se precisa anestesia general ni hospitalización. Como tarda tres meses en ser efectivo, durante ese periodo debe utilizarse un método de barrera.



MÉTODOS NATURALES

ABSTINENCIA PERIÓDICA



Son procedimientos con los cuales se evita el embarazo si se deja de tener relaciones coitales en los días fértiles de la mujer y se tienen únicamente en los días infértiles.

Requieren de una alta motivación y participación activa de la pareja, así como de la capacidad de las personas para identificar el período

fértil y evitar las relaciones sexuales durante esos días.

¿Cómo se conocen los días fértiles de la mujer?

Existen varias formas, siendo la más común la del calendario, aunque para lograr un conocimiento más preciso se pueden combinar dos o más. Estas formas o procedimientos para identificar los días fértiles son:

- Calendario o ritmo
- Temperatura basal (corporal)
- Moco cervical o Billings
- Sintotérmico

¿Qué tan efectivos son los métodos naturales o de abstinencia periódica?

Su efectividad puede llegar a ser buena, entre un 70% a un 80% si se llevan a cabo correctamente. Pero existen ciertas condiciones que pueden afectar la seguridad porque alteran la regularidad del ciclo menstrual, como:

- La edad cuando se está alrededor de la menarca o la premenopausia
- La lactancia materna
- Tratamientos con ansiolíticos, antidepresivos y drogas que alteran el estado de ánimo

COITO INTERRUMPIDO



El coito interrumpido es una forma de anticoncepción que alguna gente llama "venirse afuera". Cuando se usa este método, el hombre saca su pene de la vagina de su pareja antes de que el esperma salga (eyacular o "venirse").

¿Qué tan efectivo es el coito interrumpido?

El coito interrumpido es casi tan efectivo como los condones masculinos. Solo funciona si nada del semen cae en la vagina de la mujer. Si el coito interrumpido es usado perfectamente siempre, 4 de cada 100 mujeres quedarán embarazadas cada año. Si el coito interrumpido no es usado perfectamente cada vez, 18 de cada 100 mujeres quedarán embarazadas cada año.

¿Cómo funciona?

El coito interrumpido impide que el esperma entre en la vagina durante la relación sexual. Esto previene que el esperma llegue al óvulo.

- El hombre debe saber cuándo él esté a punto de eyacular.
- Él saca el pene de la vagina de su pareja antes que salga nada del semen.
- Luego, él aparta su pene de la vagina de su pareja para asegurarse que el esperma no caiga en o cerca de ésta.

A veces el semen cae en la vagina de la mujer por accidente. Si estás preocupada que esto pueda haber pasado, toma anticoncepción de emergencia tan pronto como sea posible en los primeros cinco días.

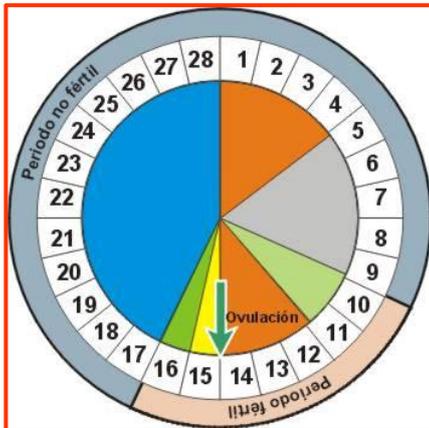
¿Cuáles son los beneficios del uso del coito interrumpido?

- El coito interrumpido es gratuito y siempre está disponible.

¿Cuáles son los aspectos negativos del uso del coito interrumpido?

- El coito interrumpido no protege contra las infecciones de transmisión sexual
- El coito interrumpido es menos efectivo que otros métodos anticonceptivos

RITMO O CALENDARIO



Éste método es el más antiguo para determinar el período fértil del ciclo menstrual fue propuesto por Ogino y por Knaus en inicio de la década de los años treinta y constituye el primer método de planificación familiar. Consiste en llevar a cabo, durante al menos 6 meses, un registro de las fechas en que se inicia la menstruación, con la finalidad de conocer en

qué días tiene lugar la ovulación.

Como la ovulación se produce entre 12 y 15 días antes de la menstruación, se considera que los días fértiles de aquellas mujeres con ciclos regulares de 28 días, son los comprendidos entre el noveno y el decimoctavo día, contando desde el que comenzó la menstruación. En el caso de las mujeres cuyo ciclo dura entre 25 y 35 días, los días fértiles se encuentran entre el séptimo y el vigesimoprimer día a partir del que tuvo lugar la menstruación.

Recordemos también que el óvulo tiene una vida de 36 horas, intervalo durante el cual puede ser fecundado por un espermatozoide. Los espermatozoides pueden sobrevivir en el aparato reproductor femenino al menos de 48 a 72 horas.

Factores condicionantes de la efectividad:

- Las variaciones de peso
- Los partos
- y el estrés propician los fallos de este método.

Porcentaje de efectividad:

Su eficacia se encuentra por debajo del 60%. El primer día de la regla se cuenta como día 1 y el día anterior al inicio de la siguiente como último día del ciclo.

TEMPERATURA BASAL



La temperatura basal es la temperatura que tiene el cuerpo en reposo, es decir, nada más despertarse y antes de levantarse, después de haber dormido un mínimo de seis a ocho horas. Algunos factores como el estrés o el consumo de ciertos medicamentos pueden alterar los resultados.

Ventajas:

- Es un método natural que no requiere uso de hormonas ni otros dispositivos.
- En una mujer de ciclo menstrual regular y con una lectura y valoración correcta de la temperatura, se consiguen tasas de fiabilidad relativamente altas (de 91 a 96%).

Inconvenientes:

- Poco útil para mujeres con ciclos irregulares.
- Requiere de férrea disciplina en la medición de la temperatura.

Prepara el termómetro

- Antes de acostarte por la noche, asegúrate de que el termómetro esté a mano y listo para ser usado a la mañana siguiente.

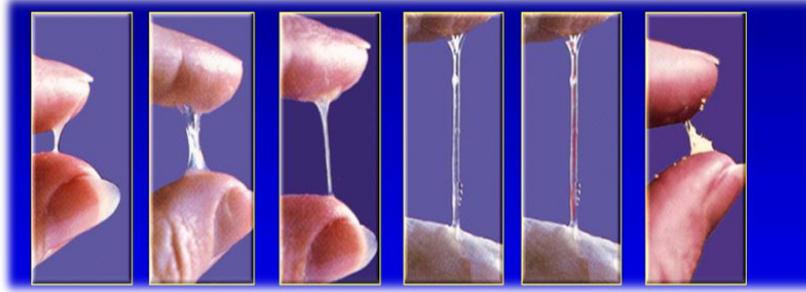
Usa el mismo termómetro

- No cambies el termómetro durante el ciclo a menos que se rompa ya que podrían existir diferencias entre uno y otro.

Controla tu temperatura bucal o rectal

Debes tomarte la temperatura siempre bucal o siempre rectal, todas las mañanas.

MOCO CERVICAL



¿Qué es?

El moco cervical forma parte del flujo vaginal. Se produce en las criptas de las paredes del cuello del útero y baja por la vagina hasta salir al exterior.

¿Para qué sirve?

Sirve para cerrar y abrir la puerta de entrada y salida al útero: el cuello del útero. El moco cervical cambia según si el cuello del útero está abierto o cerrado. Y sólo se abre unos días antes y durante la ovulación (para permitir la entrada de espermatozoides), justo antes de la menstruación (para permitir la salida de la regla) y en el momento del parto (para la salida del bebé).

Moco cervical post-menstruación: Luego de que nuestro periodo menstrual se ha retirado, el moco cervical se ausenta y es cuando notaremos la vagina más seca.

Moco cervical en color blanco: Días después de pasar por la etapa de sequedad vaginal, encontraremos un moco cervical blanco o incluso un poco amarillo que no será muy pegajoso.

Moco cervical fértil: Este tipo de moco cervical es similar a la clara de un huevo, muy elástico, de tal forma que si lo tomáramos con los dedos, no se rompería y se estiraría lo suficiente. Si esto sucede, puedes quedar embarazada, ya que esto es la señal de que estás en sus días más fértiles.

Moco cervical, luego de la ovulación: Luego de pasar su etapa más fértil, el moco cervical irá disminuyendo, sin embargo el que se encuentre será espeso y de una consistencia gruesa.

METODOS NO FIABLES

ESPONJA

¿Qué es?

Es un objeto elástico fabricado en poliuretano, con forma de hongo y una pequeña asa que permite su extracción. Se introduce en la vagina para evitar el paso de espermatozoides, donde debe permanecer al menos hasta seis horas tras el coito.

Inconvenientes

Su colocación es algo más complicada que la del diafragma. No es un método eficaz y no previene las enfermedades de transmisión sexual ni del SIDA.

ESPERMICIDAS

¿Qué es?

Son cremas, geles, óvulos o supositorios vaginales que contienen productos químicos (nonoxinol-9, benzalconio) que actúan alterando la movilidad o destruyendo los espermatozoides. Hay que colocarlos en la vagina siempre antes del coito (el óvulo 10 minutos antes). Cada dosis es efectiva durante 1 hora, por lo que se debe repetir la aplicación en cada coito.

Inconvenientes

Por sí solos no son fiables, de forma que deben utilizarse en combinación con métodos de barrera. No protegen de las enfermedades de transmisión sexual ni del SIDA.



MÉTODO DE OGINO-KNAUS (MÉTODO DEL CALENDARIO)

¿Qué es?

Consiste en no realizar el coito durante los días fértiles. Se consideran fértiles el día de la ovulación, que corresponde con la mitad del ciclo, cinco días antes y tres después.

No es fiable porque.

Es difícil conocer con exactitud el día de la ovulación en cada ciclo, sobre todo si éstos son irregulares

Lun.	Mar.	Miér.	Jue.	Vier.	Sáb.	Dom.
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12 ovulación	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				

MÉTODO BILLINGS (MÉTODO DEL MOCO CERVICAL)

¿Qué es?

En el cuello del útero se produce un flujo o moco cuyo aspecto y consistencia varía durante el ciclo menstrual. Durante la ovulación, coincidiendo con los días de más probabilidad de embarazo, el flujo se vuelve más abundante, transparente, pegajoso y elástico, semejante a la clara de huevo. Durante el resto del ciclo es más amarillento y espeso o bien no hay flujo.

No es fiable porque...

Es difícil determinar la consistencia del flujo y por tanto establecer una relación con los días fértiles.

MÉTODO DE LA TEMPERATURA BASAL

¿Qué es?

En los días más fértiles se produce un aumento de la temperatura corporal. El método consiste en tomarse la temperatura todos los días al despertar, antes de levantarse, siempre en el mismo lugar (vagina o boca).

No es fiable porque...

Hay otras circunstancias, fisiológicas o no, que también elevan o modifican la temperatura corporal induciendo a error.



MÉTODO COMBINADO O SINTOTÉRMICO

¿Qué es?

Combina la observación del moco cervical con la temperatura corporal en reposo y otros signos que acompañan a la ovulación (tensión mamaria, dolor abdominal, etc.).



FALSO MÉTODOS

COITUS INTERRUPTUS (MARCHA ATRÁS)

¿Qué es?

Consiste en retirar el pene de la vagina antes de que se produzca la eyaculación.

No es un método anticonceptivo porque...

Antes de la eyaculación se expulsa un líquido lubricante que contiene espermatozoides y puede producir embarazo.

LACTANCIA Y AMENORREA

¿Qué es?

Durante los meses que dura la lactancia no suele haber regla (amenorrea) y la fertilidad en la mujer suele disminuir, pero no desaparece totalmente.

No es un método anticonceptivo porque...

La primera ovulación tras el parto sucede con frecuencia durante la lactancia, por lo que hay posibilidad de embarazo.

DUCHAS VAGINALES DESPUÉS DEL COITO

¿Qué es?

Se basa en la falsa creencia de que con la presión del agua se favorece la eliminación de los espermatozoides de la vagina.

No es un método anticonceptivo porque...

Produce el efecto contrario al deseado, ya que el agua puede impulsar los espermatozoides hacia el cuello del útero.

RELACIONES SEXUALES DURANTE LA MENSTRUACIÓN

¿Qué es?

Se basa en la falsa creencia de que durante la menstruación la mujer no es fértil.

No es un método anticonceptivo porque...

Existe posibilidad de embarazo ya que, aunque es muy poco frecuente, podría estarse produciendo otra ovulación además de la que correspondería a la de la mitad del ciclo.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR MEDIANTE EL MÉTODO NATURAL



La fertilidad humana depende de la pareja, aunque el hombre es fértil todos los días a partir de la pubertad (espermatogénesis), la mujer solamente es fértil durante 100 horas al mes. Por lo tanto, dada la naturaleza de la mujer, la pareja es la mayor parte del mes

infértil.

Los métodos naturales de planificación familiar se basan en el conocimiento científico de la fertilidad (inteligencia) y en la decisión de la pareja (voluntad) de donarse en una relación sexual o no durante el periodo fértil con la posibilidad de embarazarse. De esta manera, estamos hablando de métodos que respetan a la persona, las leyes naturales y los periodos naturales de fertilidad e infertilidad.

Método del Ritmo o del Calendario.

Se basa en que los ciclos regulares constan de 28 a 30 días; la ovulación se presenta el día 14 y la fertilidad se ubica entre el día 11 y 16 del ciclo. Este cálculo se puede hacer en ciclos más cortos o más largos. Sin embargo, cuando los ciclos son irregulares, este método no funciona. Fue el primer método natural descrito; en la actualidad hay otros más eficaces.

Método de la Temperatura

Se basa en la elevación de la temperatura basal (unas décimas) después de la ovulación por acción de la progesterona. Presenta el inconveniente de que sólo detecta la fase postovulatoria, pero no el periodo infértil preovulatorio, por lo tanto, si se desea espaciar un embarazo, el periodo de abstinencia es largo. Otra desventaja es que la temperatura se puede elevar por otros factores.

Método de la Ovulación.

Descrito por los doctores John y Evelyn Billings, se basa en que la mujer reconozca cambios de sensación a nivel vulvar durante el periodo de fertilidad. No se requiere que la mujer tenga ciclos regulares. El ciclo menstrual es dividido en las siguientes fases:

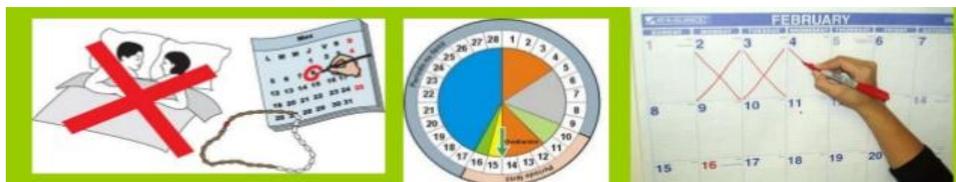
- **Menstruación:** Durante los días de sangrado hay una sensación de humedad, por lo cual no podría identificarse un patrón de humedad fértil. Se recomienda abstinencia.
Periodo básico infértil: Es el que determina la duración de un ciclo menstrual, en ciclos cortos no hay días de infertilidad, se pasa directo de la menstruación al periodo fértil. El periodo infértil, es un número variable de días en que la mujer no percibe ninguna sensación y no detecta moco cervical.
- **Periodo fértil:** La mujer detecta una sensación de humedad y presencia de una secreción cervical, transparente y filante, que cambia en sus características y cantidad durante los días de fertilidad. Este periodo está determinado por la presencia de estrógenos, hay maduración de óvulos y el moco cervical permite el paso de los espermatozoides.
- **Periodo infértil:** Una vez que sucede la ovulación, hay entre 11 a 16 días en que la mujer no percibe ninguna sensación y es infértil.

Reglas para lograr el embarazo

- Tener relaciones sexuales durante el periodo de fertilidad.
- Reglas para posponer el embarazo.
- Abstinencia durante la menstruación.

Ventajas de la planificación familiar natural.

- Es un método eficaz para espaciar los hijos: 98.5%. 2 Más adelante se hará un análisis de la eficacia de los métodos.



- Al usar cualquier método natural una de las ventajas que se obtiene es poder espaciar o programar un embarazo. Sin embargo, es toda una forma de conceptualizar a la persona, de respetarla, de respetarse como pareja, de respetar los fines de la sexualidad conyugal y de mantener una apertura a la vida.
- Todo lo anterior se traduce en beneficios para el matrimonio y la familia.

MITOS Y VERDADES

Mitos sobre los anticonceptivos hormonales

Mitos	Realidad
1. Se dice que las píldoras afectan los nervios de las mujeres y las vuelven renegonas.	1. No hay evidencias de estos efectos y aunque las hormonas pueden alterar en algo el estado emocional, no son determinantes en los cambios de estado de ánimo.
2. El inyectable produce infertilidad.	2. No es así. Está demostrado que algunas mujeres que lo usan pueden tomar un tiempo para restablecer su fecundidad, pero en la mayoría ésta retorna rápidamente.
3. Las mujeres que no menstrúan por el inyectable se vuelven locas porque la sangre "se les sube a la cabeza".	3. Aunque en algunas culturas la menstruación es entendida como un "desfogue natural de las mujeres", se trata de un efecto inexistente. La ausencia de la menstruación está explicada porque no se llega a formar suficiente capa de endometrio.
4. Los métodos anticonceptivos que contienen hormonas producen cáncer.	4. Está absolutamente comprobado que no es así, es más, los anticonceptivos hormonales previenen ciertos tipos de cáncer, como el de endometrio.
5. El implante puede producir cáncer de mama.	5. No hay ninguna evidencia científica, aunque se recomienda cuidado en el uso de anticonceptivos hormonales cuando hay una carga genética importante de cáncer de mama (cuando la madre o hermanas han presentado esta enfermedad).
6. Cuando la mujer no menstrúa por efecto de la inyección, la sangre forma un tumor en la matriz.	6. Este efecto no existe, forma parte de concepciones culturales.
7. La píldora y la inyección disminuyen el deseo sexual en la mujer.	7. Los anticonceptivos tienen distintos componentes hormonales y aunque algunos pueden estar relacionados con la disminución de la libido, sus efectos son muy limitados con respecto a otros factores que sí pueden disminuir el apetito sexual.
8. La píldora de emergencia es abortiva.	8. Está científicamente comprobado que no lo es.
9. Desde que uso la píldora soy más agresiva, peleo a mis hijos, peleo con mi esposo por cualquier motivo.	9. Aunque ciertos métodos anticonceptivos en algunas mujeres pueden afectar el estado de ánimo, son otros factores los que podrían estar generando los problemas mencionados.
10. La píldora nos hace menos atractivas, nos engorda y produce acné.	10. En absoluto, al contrario, muchos anticonceptivos hormonales tienen un efecto beneficioso en afecciones de la piel.

Mitos sobre los dispositivos intrauterinos

Mitos	Realidad
1. El DIU produce cáncer de cuello uterino.	1. No hay ninguna evidencia al respecto. Son otros los factores desencadenantes del cáncer de cuello uterino.
2. El DIU es abortivo.	2. No hay ninguna evidencia que señale este efecto.
3. Si sales gestando con el dispositivo intrauterino (DIU), éste se pega en el cuerpo del bebé, y le ocasiona daño.	3. No hay posibilidad de que ello ocurra por la protección que ofrecen la placenta y las membranas placentarias.
4. El DIU se puede mover y llegar a otros órganos, como el estómago.	4. No hay ninguna evidencia, el útero no establece este tipo de comunicación con los órganos mencionados.
5. El hombre siente el DIU cuando tiene relaciones sexuales.	5. No hay ninguna evidencia, a no ser que el DIU esté mal colocado.
6. El DIU incomoda al varón y le quita placer.	6. No hay ninguna evidencia.
7. Con el DIU la mujer se vuelve liberal, "calentona".	7. No hay ninguna evidencia que así lo demuestre.
8. Cuando la T de cobre se queda por mucho tiempo, perfora el útero.	8. No hay ninguna evidencia que así lo demuestre. El pequeñísimo riesgo de perforación puede producirse en el momento de colocar el DIU, si se hace de manera inexperta.
9. La mujer nulípara no puede usar DIU.	9. No es real, los DIU pueden ser usados por mujeres que no tienen hijos.
10. Después de usar DIU se debe descansar.	10. No hay ninguna evidencia, el DIU se puede retirar por tiempo de expiración y colocar inmediatamente uno nuevo.
11. Solo se coloca el DIU si la mujer está menstruando.	11. No es real, en algunos lugares los proveedores ponen esta condición para asegurar que la mujer no está embarazada, lo que resulta relativo, pues puede haber embarazo y menstruación.
12. Después de un aborto no se recomienda un DIU, porque no se tiene la seguridad de que haya sido un aborto espontáneo.	12. No hay ninguna razón, la mujer puede usarlo si es que desea postergar un nuevo embarazo.

Mitos sobre los preservativos

Mitos	Realidad
1. El condón se puede utilizar varias veces.	1. Aunque en algunos lugares el condón femenino es reutilizable, no está recomendada esta forma de uso. En el caso del condón masculino no se recomienda de ninguna manera.
2. El condón disminuye el placer en el hombre.	2. No hay evidencia de esto. En hombres y mujeres que se han acostumbrado al uso del condón, no se afecta el placer.
3. La mujer que pide a su pareja que use condón es porque no confía en él.	3. Es muy importante difundir el valor de prevención tanto del embarazo no deseado como de la transmisión del VIH.
4. El condón es para personas promiscuas.	4. El condón es para cualquier persona que quiera tener relaciones sexuales protegidas.
5. El condón es para usarlo en relaciones sexuales fuera del matrimonio.	5. El condón también es un excelente método anticonceptivo y tiene la ventaja de ser utilizado solamente en el momento de la relación sexual.
6. Si el pene es muy grande o grueso rompe el condón.	6. Los condones tiene una buena capacidad de adaptación al tamaño del pene, así lo permite su textura de látex.

Mitos sobre la ligadura de trompas

Mitos	Realidad
1. La ligadura de trompas produce locura con el tiempo.	1. No hay ninguna evidencia.
2. Las mujeres que se han practicado anticoncepción quirúrgica son infieles a sus maridos.	2. No hay ninguna evidencia, se trata de conceptos que buscan estigmatizar a las mujeres que usan métodos anticonceptivos.

Mitos	Realidad
3. Las mujeres con ligadura de trompas tienen menopausia prematura.	3. No hay ninguna evidencia, hay otros factores que pueden determinar la menopausia prematura.
4. La ligadura hace que la mujer engorde.	4. No hay ninguna evidencia, son otros los factores que determinan este cambio.

Mitos sobre los métodos de abstinencia

Mitos	Realidad
1. Sólo las parejas que se aman de verdad pueden optar por la abstinencia.	1. No hay ninguna evidencia, esto depende de la forma en que cada pareja establece sus acuerdos y compromisos.
2. El hombre no puede controlar sus deseos sexuales en los días de abstinencia.	2. No hay ninguna evidencia, los hombres pueden controlar plenamente su actividad sexual.
3. No es bueno estar revisándose y tocándose los genitales para ver el moco.	3. Al contrario, es una buena práctica de salud.

Mitos sobre la lactancia materna

Mitos	Realidad
1. Mientras se da de lactar no hay embarazo.	1. La lactancia puede disminuir la fecundidad, pero no anularla. Su efecto se pierde cuando el parto ocurrió hace más de 6 meses y la lactancia ya no es exclusiva.
2. Mientras se da de lactar no se deben usar anticonceptivos, pasan por la leche y dañan al bebé.	2. Pueden pasar algunas hormonas, como ocurre usualmente con las hormonas naturales de la mujer, pero esto no tiene ningún efecto adverso.
3. El espermatozoides puede envenenar la leche materna, por lo que no se debe tener relaciones sexuales en el postparto.	3. No hay ninguna evidencia, aunque sí se recomienda la no penetración en las relaciones sexuales para evitar la posibilidad de generar daños en la mujer.

Mitos sobre otros temas relacionados

Mitos	Realidad
1. El sexo es solo para las mujeres menores de 30.	1. Esto no es cierto, ya que la actividad sexual depende de la actitud de cada persona y de las condiciones que tenga para ejercer su sexualidad.
2. Las mujeres normales alcanzan el orgasmo cada vez que tienen sexo.	2. No es cierto, el orgasmo en las mujeres puede producirse aun sin una relación sexual de por medio, sino, simplemente con la masturbación.
3. Las mujeres son más "frías" que los hombres, les interesa menos la relación sexual.	3. No es cierto, esto depende de la actitud de cada mujer con relación al sexo y de las condiciones que tenga para ejercer su sexualidad, especialmente en una sociedad que considera negativa la actividad sexual en las mujeres.
4. La sexualidad termina con la menopausia.	4. No es cierto, muchas mujeres pueden sentirse liberadas del riesgo del embarazo y ejercer su sexualidad con menos temor. Más bien sí pueden presentarse algunos cambios fisiológicos como sequedad en la vagina, por lo que se recomiendan los lubricantes, que se pueden encontrar en muchas farmacias.
5. La mujer debe ser sexualmente pasiva.	5. No es cierto, esto depende de la actitud de cada mujer y de las condiciones que tenga para ejercer su sexualidad.

Respecto de la menstruación

Mitos	Realidad
1. Cuando la mujer menstrúa ocasiona que se marchiten las flores.	1. No es cierto. Se trata de conceptos locales que se han formado con respecto a la menstruación.
2. Las emanaciones de la menstruación ahuyentan monstruos y espíritus, arruinan las cosechas y devastan los jardines.	2. No es cierto. Se trata de conceptos locales que se han formado con respecto a la menstruación.
3. Una mujer que menstrúa agría la leche y las cremas, corta la mayonesa, tiene poderes maléficos.	3. No es cierto. Se trata de conceptos locales que se han formado con respecto a la menstruación.

<p>4. La menstruación debilita al varón, lo vuelve impotente.</p> <p>5. Es un equivalente al orgasmo.</p> <p>6. Da satisfacción sexual.</p> <p>7. Cuando una mujer deja de tenerla la menstruación (menopausia) queda inhabilitada para el placer sexual y debe finalizar su vida erótica.</p>	<p>4. No es cierto. Se trata de conceptos locales que se han formado con respecto a la menstruación.</p> <p>5. No es cierto, la menstruación es la eliminación del endometrio que ha alcanzado determinado desarrollo, mientras que el orgasmo está constituido por una serie de estímulos nerviosos que desencadenan la sensación de placer.</p> <p>6. No es cierto, la necesidad del orgasmo puede tenerse en cualquier momento de la vida, frente a un estímulo placentero, mientras que la menstruación es un proceso fisiológico, independiente del deseo y del control de las personas.</p> <p>7. No es cierto, esto depende de la actitud de las mujeres hacia el sexo y de las condiciones que tengan para ejercer su sexualidad.</p>
--	---

Respecto de la infertilidad

Mitos	Realidad
<p>1. El uso de anticonceptivos puede provocar infertilidad.</p>	<p>1. No hay evidencias que demuestren esta afirmación. Sí está probado que con el uso de algunos métodos anticonceptivos de depósito, como las inyecciones, puede demorar un determinado periodo de tiempo el retorno de la fecundidad.</p>
<p>2. Algunos alimentos pueden ser beneficiosos para lograr el embarazo..</p>	<p>2. Una dieta completa y balanceada contribuye a un mejor funcionamiento del cuerpo y de los procesos reproductivos, pero difícilmente la incorporación de un determinado producto, puede garantizar el incremento de la fecundidad.</p>
<p>3. La infertilidad se hereda.</p>	<p>3. Esto no está demostrado, a no ser que la infertilidad esté condicionada por alguna enfermedad hereditaria, lo cual, es absolutamente distinto a considerar que la infertilidad es hereditaria.</p>
<p>4. Las mujeres de avanzada edad no pueden quedar embarazadas.</p>	<p>4. La capacidad reproductiva de las mujeres dura un determinado tiempo, sin embargo, alrededor de la menopausia algunas mujeres pueden embarazarse, aun cuando la menstruación sea infrecuente.</p>