RESUMEN

La adolescencia es una época de cambios que trae consigo enormes variaciones físicas y emocionales, que son fascinantes porque logran la transformación del niño en adulto. Como todos los procesos importantes de cambio, genera perturbaciones y confusión. El objetivo del presente estudio es describir los conocimientos que tienen los adolescentes entre 14 y 18 años de cuatro colegios de la ciudad de Quito sobre los métodos anticonceptivos.

Tipo de Estudio: Estudio observacional descriptivo transversal

Método: Participan los estudiantes de 14 a 18 años que se encuentren asistiendo a los cuatro colegios seleccionados, que contestaron una encuesta anónima. Se realizó la base de datos de 934 encuestas en epi-info 3.4.3 y se realizaron asociaciones con Chi cuadrado y OR.

Resultados: El 40.6% de los adolescentes ha iniciado su vida sexual. De los hombres el 48.7% y, de las mujeres el 25.9% han tenido relaciones sexuales. La mayoría de ellos ha iniciado entre los 13 a 15 años en un 76.80%. El 52.8 % usó un método anticonceptivo durante su primera relación sexual. El condón es el método más conocido, 97,9%. Además

se demostró que para los adolescentes el método más seguro es el condón.

La mayor fuente información sobre temas de relaciones sexuales fue el colegio con 69.90%; seguido por la familia. El 65,8% de los hombres está de acuerdo con tener relaciones antes del matrimonio; mientras que el 57,8% de las mujeres no está de acuerdo con las relaciones prematrimoniales.

Conclusiones: Podemos decir, que el nivel de conocimiento sobre anticonceptivos que poseen los adolescentes no es lo suficientemente profundo, al no tener herramientas para defenderse de los comportamientos de riesgo que ellos tienen. Es el colegio la fuente principal de información sobre estos temas, se debería poner más énfasis sobre los temas que allí se imparten para formar al adolescente de una manera integral.

ABSTRACT

Adolescence is a time of change and brought enormous physical and emotional changes; that are fascinating because they made the transformation from children to adulthood. Like all important processes of changes, they generate disruption and confusion. The aim of this study is to describe the knowledge of contraception on adolescents between 14 and 18 years from four high schools in the city of Quito.

Design: Descriptive Transversal study

Methods: in this study participate 934 students from four High schools, they were attending softmore, junior and senior year. Each one completed an anonymous self-administrated questionnaire. Data of 963 respondents were analyzed by Epi-info 3.4.3, to analyze associations Chi square and OR was used**.**

Results: 40.6% of adolescents have initiated sexual life. 48.7% men and 25.9% women have had sex. Most of them started between 13 to 15 years in 76.80%. Just 52.8% used a contraceptive during their first sexual intercourse. The condom is the best known method with 97.9% and also it is the safest contraception.

The most important source in training on issues of sex was the school with 69.90%; 65.8% of men agree to have sex before marriage, while 57.8% of women disagree with premarital sex.

Conclusions: The level of knowledge among adolescents about contraception is not deep enough, so they can´t avoid risk behaviors they have; because they don´t have tools to defend. School is the main source of information about these topics, it should put more emphasis in teaching these subjects to transform the students in great teenagers.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

En los países andinos los/as adolescentes representan al 20% del total de la población andina, se concentra en Colombia y Perú.[1] De los 7 millones de adolescentes mujeres entre 15 y 19 años en la región andina, se estima que 1.5 millones ya son madres o están embarazadas, siendo gran parte de estos embarazos no planificados. La probabilidad de ser madre en esta etapa aumenta entre las mujeres pertenecientes a los grupos de mayor pobreza y desprotección.

La mayoría de las adolescentes unidas no usa actualmente algún método anticonceptivo moderno, incluso aquellas quienes no desean hijos/as en los próximos meses, y los métodos que utilizan, no son los más adecuados, pues más de una entre diez adolescentes usan métodos tradicionales (12%, ENDEMAIN 2004), esto es más frecuente entre las mujeres no unidas sexualmente activas quienes en su mayoría utilizan este tipo de métodos.[1]

[1] **Plan Nacional de Prevención del Embarazo en adolescentes en Ecuador,** MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, MINISTERIO DE EDUCACIÓN

La salud sexual se define según la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos.[2]

Una educación sexual sana fomenta tanto la salud del individuo como la construcción de un modelo de comportamiento integral que aporte equilibrio personal, habilidades comunicativas, placer y un buen desarrollo de la afectividad.

Esta visión hegemónica ha generado enfoques sobre la sexualidad que proponen como fundamental la necesidad de crear espacios para un tipo de educación sexual enfocada a los aspectos anatómicos, fisiológicos y psicológicos del ser humano como especie, que en el mejor de los casos incluye información sobre métodos anticonceptivos, sobre todo del tipo teórico y escasamente práctico; también, predomina en esta visión la exaltación de los valores cristianos, asumidos como valores universales que se estarían perdiendo en las nuevas generaciones, precisamente a

[2] OMS**.** Introducción crítica - **El significado de Salud sexual,** 2000.

causa de una mayor libertad sexual y un ablandamiento de la norma, para estos sectores la "solución" es la abstinencia sexual de los y las adolescentes. "La sola idea de que los adolescentes pudieran satisfacer su necesidad de amor en el abrazo natural, causaba horror." (Reich 1970).[3]

Existen vacios de información que se deben fundamentalmente a fallas paternas, por no dar información sobre aspectos sexuales a sus hijos; por no atreverse a dialogar con franqueza y sin rodeos y al no dedicar parte de su tiempo para hacerlo. Esta situación conduce al adolescente a buscar conocimientos sobre la sexualidad en compañeros de su edad, que supuestamente conocen el tema, siendo este vehículo de información poco confiable, trayendo como consecuencia una conducta sexual irregular y poco satisfactoria por la falta de una base orientadora.[4]

Dentro de este contexto y tomando en cuenta las características particulares propias de la adolescencia, es muy importante brindar una atención individualizada e integral. Por lo tanto, la atención debe ser realizada idealmente por equipos multi e interdisciplinarios capacitados, integrados por médicos, enfermeros/as, obstetrices, odontólogos/as, nutricionistas, educadores, psicólogos, trabajadoras sociales.[5]

[3] **Sexualidad y embarazo en adolescentes de Quito**, RAÚL MIDEROS MORALES
[4] **Técnicas participativas en la Educación Sexual y Cambios de Conducta en Adolescentes,** RUBIO IVÁN, GRANADILLO DERVIS, SALINAS PEDRO JOSÉ
[5] **Norma Planificación Familiar MSP 2009 Capitulo Adolescentes,** MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR

Por lo expuesto durante las últimas décadas en el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, con los integrantes del Sistema Nacional de Salud (SNS), contando con el Consejo Nacional de Salud (CONASA) como espacio de concertación y coordinación, han acumulado una importante experiencia en la implementación de políticas y estrategias costo-efectivas que han permitido consiguientemente reducir la muerte materna y neonatal las lecciones aprendidas recomiendan contar con las siguientes líneas de acción entre las cuales recalcamos las siguientes:[6]

- Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos (DAIA), especialmente para contribuir a la postergación y disminución del embarazo en la adolescencia;
- Mayor acceso a una educación sexual de calidad para mujeres y hombres en todos los grupos de edad, liderada por el Ministerio de Salud Pública en estrecha alianza con otros ministerios y con las agencias de cooperación

Actualmente se han roto tabúes y prohibiciones y se ha hecho inevitable el crecimiento conjunto de ambos sexos, lo cual propicia que durante la adolescencia o el período estudiantil, cuando los impulsos eróticos se intensifican, exista una serie de posibilidades de satisfacerlos sin haber

[6] **Plan Nacional de Reducción acelerada de Mortalidad Materna y Neonatal,** DRA. SALAS BERNARDA, DR. FRANCISCO SEVILLA

alcanzado aún la madurez emocional, ni la educación necesaria para enfrentar con responsabilidad las demandas de esta etapa de la vida.[7]

[7] **Reconceptualización de la sexualidad masculina y femenina en los albores del nuevo siglo,** GONZÁLEZ HERNÁNDEZ A, CASTELLANOS SIMONS B**.**

CAPITULO II

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1. ADOLESCENCIA

La OPS y la OMS definen a la adolescencia como el periodo entre los 10 y los 19 años de edad, y la juventud, como el periodo entre los 15 y los 24 años.[8]

El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, define adolescencia como “la edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo”.[9] Adolescencia viene de la palabra latina “adolescere”, que nos remite al verbo adolecer y que en lengua castellana tiene dos significados: tener cierta imperfección o defecto y crecer.

El término adolescente se usa generalmente para referirse a una persona que se encuentra en un periodo típico entre la niñez y la adultez. Este

[8] **DEFINICIÓN DE LA ADOLESCENCIA.** OMS.
[9] **MANUAL DE SALUD REPRODUCTIVA EN LA ADOLESCENCIA CAPITULO I: La Adolescencia: Consideraciones Biológicas, Psicológicas Y Sociales,** Rosa Ros Rahola, Teresa Morandi Garde

periodo empieza con los cambios fisiológicos de la pubertad y termina cuando se llega al pleno status sociológico del adulto.

En este recorrido la *sexualidad* tiene un papel esencial. El ser humano nace sexuado biológicamente, pero su sexualidad se irá construyendo a lo largo de toda la vida y se mostrará de diferentes maneras en cada edad o momento de su evolución. La sexualidad y su expresión tendrán mucho que ver con la universalidad de la persona y no solamente con el compromiso genital. Hay pocas dudas de que la vivencia y expresión de la sexualidad es una de las cuestiones más trascendentales de la etapa adolescente.

A pesar de la definición que plantea la OMS, los pensadores especializados en el tema, no encuentran aún acuerdo para delimitar este período y las subetapas que se presentan. Esto se debe a que la adolescencia según nuestra conceptualización es un constructo y por lo tanto varía histórica, social y culturalmente.[10]

2.1.1. ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

2.1.1.1. Preadolescencia: (9 a 10 años):

[10] **LA ADOLESCENCIA EXISTE O EXISTEN ADOLESCENTES LA ADOLESCENCIA COMO CONSTRUCTO,** Dra. Alicia Risueño - Lic. Iris Motta,

Se produce una evolución entre niños y niñas. Puede haber niños que experimenten gran ansiedad con síntomas como tartamudeo, aumento de peso.[8]

2.1.1.2. Adolescencia temprana (11 a 13 años)

La característica fundamental de esta fase es el rápido crecimiento somático, con la aparición de los caracteres sexuales secundarios. Estos cambios hacen que se pierda la imagen corporal previa, creando una gran preocupación y curiosidad por los cambios físicos. El cuerpo pasa ser un punto importante de referencia para sí y para los otros. A menudo lo compara con el de otros adolescentes, siendo muy sensible a los defectos.

Los contactos con el sexo contrario se inician de forma "exploratoria". También, se inician los primeros intentos de modular los límites de la independencia y de reclamar su propia intimidad pero sin crear grandes conflictos familiares.[11]

La capacidad de pensamiento es totalmente concreta, no perciben las implicaciones futuras de sus actos y decisiones presentes. Creen que son el centro de una gran audiencia imaginaria que constantemente les está

[11] **Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales,** J.J. Casas Rivero, M.J. Ceñal González Fierro**;**

observando. Su orientación es existencialista, narcisista y son tremendamente egoístas.[11]

2.1.1.3. Adolescencia media (14-17 años)

El crecimiento y la maduración sexual prácticamente han finalizado adquiriendo alrededor del 95% de la talla adulta y siendo los cambios mucho más lentos, lo que permite restablecer la imagen corporal. La capacidad cognitiva va siendo capaz de utilizar el pensamiento abstracto.

Esta nueva capacidad les permite disfrutar con sus habilidades cognitivas empezándose a interesar por temas idealistas, son capaces de percibir las implicaciones futuras de sus actos y decisiones aunque su aplicación sea variable.[11]

Tienen una sensación de omnipotencia e invulnerabilidad con el pensamiento mágico de que a ellos jamás les ocurrirá ningún percance; esta sensación facilita los comportamientos de riesgo que conllevan a la morbimortalidad (alcohol, tabaco, drogas, embarazo, etc.) de este período de la vida y que puede determinar parte de las patologías posteriores en la época adulta.

Es el grupo el que dicta la forma de vestir, de hablar y de comportarse, siendo las opiniones de los amigos mucho más importantes que las que

puedan emitir los padres; estas últimas siguen siendo muy necesarias, aunque sólo sea para discutirlas, sirven de referencia y dan estabilidad, los padres permanecen, el grupo cambia o desaparece.[11]

2.1.1.4. Adolescencia tardía (17-21 años)

El crecimiento ha terminado y ya son físicamente maduros. El pensamiento abstracto está plenamente establecido aunque no necesariamente todo el mundo lo consigue. Están orientados al futuro y son capaces de percibir y actuar según las implicaciones futuras de sus actos.[11]

Es una fase estable que puede estar alterada por la "crisis de los 21", cuando teóricamente empiezan a enfrentarse a las exigencias reales del mundo adulto. (Ver Tabla 2.1).Las relaciones familiares son de adulto a adulto y el grupo pierde importancia para ganar las relaciones individuales de amistad. Las relaciones son estables y capaces de reciprocidad y cariño y se empieza a planificar una vida en común, familia, matrimonio y proyectos de futuro.

TABLA 2.1 DESARROLLO PSICOSOCIAL DE LOS ADOLESCENTES

Características Peculiaridades	Adolescencia temprana (10-14)	Adolescencia media (14-18)	Adolescencia tardía (19-24)
Maduración somática	Aparición caracteres sexuales secundarios. Estirón puberal. Importancia de la nutrición.	Remodelación morfológica. Se adquiere la talla definitiva. Alteraciones somáticas por trastornos de la alimentación.	Talla definitiva. Funciones plenas para la sexualidad y la reproducción.
Imagen y cuerpo	Preocupación cambios corporales y del propio yo. Comparación con los del mismo sexo. Conciencia de sensaciones eróticas. Necesidad de intimidad.	Mayor aceptación del cuerpo. Preocupación para hacer el cuerpo más atractivo.	Aceptación de la propia imagen. Preferencias establecidas.
Independencia	Ambivalencia. Necesidad de independencia, nostalgia de dependencia. Desacuerdo y enfrentamiento con los padres.	Mayor conflitividad con los padres. Trangresión de lo normativizado. Mayor fuerza en sus opiniones.	Vuelve a apreciar el valor y consejo de sus padres. Creciente integración en el medio social.
Amigos	Mayor contacto con amigos del mismo sexo. Inseguridad y necesidad de reafirmación a través del grupo de iguales.	Vital importancia del grupo de amigos. Conformidad con los valores de los amigos.	Más relaciones íntimas. Formación de parejas. Se comparten sobre todo las experiencias.
Identidad	Evolución al pensamiento abstracto. Idealización de las vocaciones. Menor control de los impulsos Mayor mundo de fantasías.	Sentimiento de invulnerabilidad y omnipotencia. Mayor capacidad intelectual. Apertura de sentimientos. Comportamientos arriesgados. Gran creatividad. Conformación de la identidad sexual.	Maduración desarrollo cognitivo, conciencia racional. Concreción de valores y objetivos personales. Mayor actividad sexual. Capacidad para comprometerse y establecer límites. Capacidad para preveer.

Modificado de: Neinstein LS. en Neinstein LS. Desarrollo psicosocial en los adolescentes normales: Adolescent Health Care. A Practical Guide. Third Edition. Williams and Wilkins, Baltimore (USA), 1993.

FUENTE: LA ADOLESCENCIA: CONSIDERACIONES BIOLÓGICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIALES

Sin negar el valor de las anteriores consideraciones, creemos importante enfatizar que, la adolescencia y la juventud constituyen ante todo “edades psicológicas”, ya que partimos de considerar el desarrollo como un proceso que no ocurre de manera automática ni determinado fatalmente por la maduración del organismo, sino que tiene ante todo una determinación histórico social.

2.1.2. CAMBIOS FÍSICOS EN LA ADOLESCENCIA

2.1.2.1. DESARROLLO EN LA MUJER

2.1.2.1.1. Aumento de talla

El primer cambio corporal general que tiene lugar durante la pubertad es el aumento de la velocidad de crecimiento en talla, conocido como "estirón". El aumento de talla se produce debido a que los huesos largos del cuerpo no están totalmente osificados, estando las partes distales de los mismos o epífisis abiertas. Los huesos largos aumentan de longitud rápidamente durante la pubertad. A medida que avanza la misma, las epífisis se van cerrando progresivamente, hasta llegar al cierre definitivo de los huesos y a la talla definitiva al final de la pubertad.[12]

Las chicas son siempre más maduras esqueléticamente que los chicos desde el momento del nacimiento y concluyen su crecimiento dos años antes que los chicos. En las mujeres el máximo crecimiento en talla tiene lugar durante el año que precede a la menarquía. Cuando la maduración de los ovarios y de los otros órganos reproductivos llega a un nivel en el cual la menstruación es posible, la tasa de crecimiento en talla empieza a disminuir.

[12] **MANUAL DE SALUD REPRODUCTIVA EN LA ADOLESCENCIA CAPITULO III: MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA PUBERTAD EN EL VARÓN Y LA MUJER**, Nuria Parera Junyet, Myriam De Álvarez Sotomayor, Joaquím Calaf Alsina

Durante los primeros dos años de la pubertad es de entre 6 y 10 cm. por año. Las chicas crecen aproximadamente unos 22 cm desde el pico de crecimiento hasta la llegada de la primera menstruación, y hacia los 18 años para el crecimiento en talla. La talla media de las chicas al final de su crecimiento es de 161 cm, con un peso medio de 58 kg.

2.1.2.1.2. Vello Axilar

En la infancia no hay pilosidad axilar. Con el inicio de la pubertad tiene lugar la aparición del vello axilar, que va sufriendo un aumento progresivo hasta llegar a su completo desarrollo.[12] El crecimiento diferencial del vello en el pubis y la axila es debido a diferentes niveles locales de respuesta al estímulo hormonal. La piel del pubis tiene un mínimo nivel que responde a pequeñas cantidades de andrógenos. El vello axilar tiene un nivel más alto, se desarrolla más tarde y responde más a la testosterona.

2.1.2.1.3. Otros Cambios Corporales

Se produce un ensanchamiento de las caderas por acúmulos de grasa. Asimismo las nalgas y los muslos toman una forma más redondeada. También se depositan acúmulos de grasa en el pubis. Durante la pubertad se aprecia un descenso sensible del timbre de la voz. Las secreciones sudoríparas aumentan, el olor corporal cambia sensiblemente y el sudor axilar adquiere su olor característico.

2.1.2.1.4. Cambios Mamarios Durante la Pubertad

Los cambios morfológicos mamarios durante la pubertad han sido descritos por Marshall y Tanner y Fernández-Cid, denominándose *estadios puberales* (tabla 2.2). El tiempo total de duración del desarrollo mamario suele ser de 5 a 9 años.

El primer cambio puberal que se observa en las chicas es el desarrollo mamario. Cuando se inicia la secreción estrogénica por parte del ovario, la mama se eleva debido a un aumento del tejido celular subcutáneo.

TABLA 2.2 ESTADIOS DEL DESARROLLO PUBERAL MUJER / TANNER

Tabla 2. *Desarrollo puberal*

Estadio 0
- Mama de la primera infancia
- Insinuación del pezón
- No se palpa masa glandular mamaria, ausencia de tejido subcutáneo prominente
- Ausencia de pilosidad pubiana y axilar
- Aspecto no estimulado de la vulva

Estadio I de Tanner
- Mama preadolescente o infantil
- Pezón algo agrandado y prominente
- Ausencia de pilosidad pubiana y axilar
- Aspecto no estimulado de la vulva

Estadio II de Tanner
- Elevación de la mama y del pezón
- Aumento del tejido celular subcutáneo mamario
- Agrandamiento del diámetro areolar, con ligera pigmentación
- Botón glandular mamario
- Inicio de la pilosidad en los labios mayores, poco pigmentada
- Inicio de la pilosidad axilar
- Aspecto estimulado de la vulva

Estadio III de Tanner
- Agrandamiento de la mama y de la areola
- Pilosidad más espesa, rizada y pigmentada
- Pilosidad que alcanza el pubis
- Desarrollo de los labios vulvares

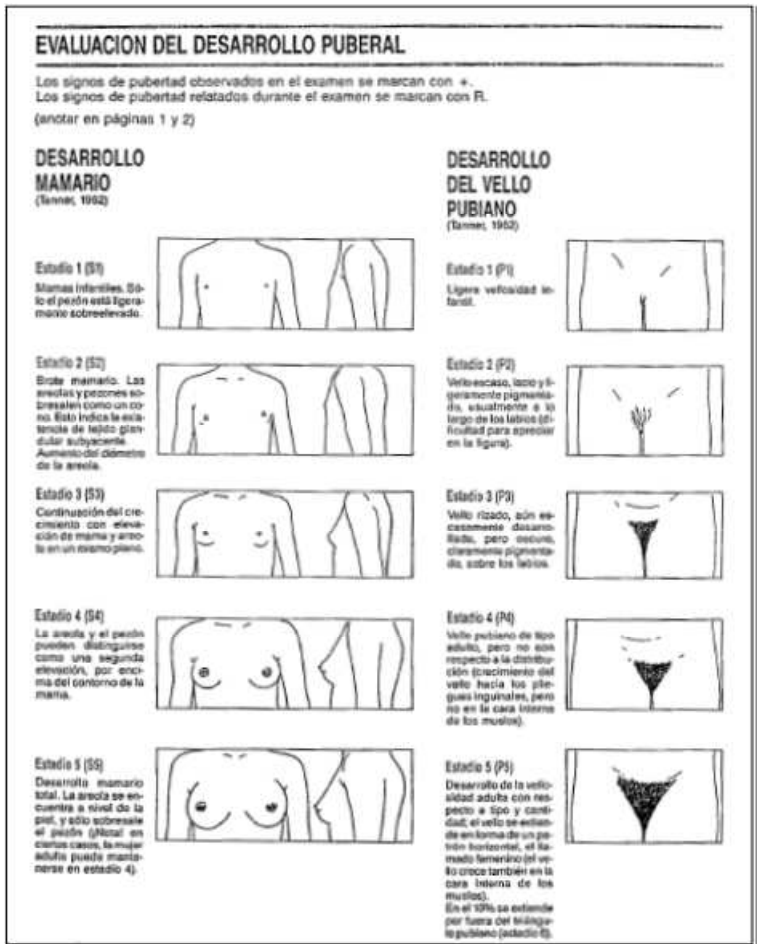
Estadio IV de Tanner
- Mama de mayor volumen
- Prominencia de la areola y del pezón
- Aparición de las glándulas de Montgomery mamarias
- Pilosidad más abundante

Estadio V de Tanner
- Mama adulta, globulosa y esférica
- Pezón prominente y eréctil
- Glándulas accesorias mamarias (sebáceas, sudoríparas, pilosas)
- Pilosidad pubiana y axilar completa
- Vello pubiano de distribución femenina (triángulo invertido), extensión a cara interna de los muslos
- Menarquia

FUENTE: LA ADOLESCENCIA: CONSIDERACIONES BIOLÓGICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIALES

2.1.2.1.5. **Desarrollo puberal** (gráfico 2.1)

GRÁFICO 2.1 EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PUBERAL/ TANNER



FUENTE: LA ADOLESCENCIA: CONSIDERACIONES BIOLÓGICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIALES

2.1.2.1.6. Cambios genitales durante la pubertad

Con el inicio de la secreción de estrógenos por parte del ovario la vulva empieza a tener un aspecto estimulado: aumentan de volumen los labios mayores y menores, aumenta el tamaño del himen y empieza a aparecer

el flujo genital, segregado por las glándulas secretoras de moco que están situadas en la vulva, la vagina y el cuello del útero.[12]

Cuando la pubertad es completa finaliza el crecimiento de los labios mayores y menores y del clítoris. La producción de estrógenos estimula el crecimiento en tamaño de la vagina y determina su contenido en glucógeno.

2.1.2.1.7. Menarquía

En los estadios finales de la pubertad tiene lugar la menarquía o aparición de la primera menstruación. En general, el tiempo medio que transcurre desde el inicio del desarrollo mamario hasta la llegada de la menarquía es de unos dos a tres años, y mínimo un año.

El incremento en los estrógenos induce cambios en las características del aparato genital externo (desarrollo de los labios menores, plegamiento vaginal, etc.) y también interno (crecimiento uterino, cambio en la relación cuerpo/cuello, eversión de la mucosa cervical). El endometrio inicia también su proceso proliferativo, pero sólo se manifiesta en forma de pérdida similar a la menstrual cuando la capa funcional alcanza un espesor suficiente para ser sensible a la deprivación hormonal. Esto se

consigue habitualmente cuando se alcanzan niveles circulantes de 17-ß-estradiol de alrededor de 50 pg/ml.[13]

Las primeras menstruaciones suelen ser cortas (de 2 o 3 días) con largos intervalos en medio (de 40 o 60 días). Es frecuente en los primeros años después de la menarquia que los ciclos sean irregulares. También es frecuente la anovulación, aunque algunas chicas tienen desde el principio ciclos regulares y ovulatorios.

Cuando los ciclos ya están establecidos tienen una duración normal de entre 21 y 35 días, y en promedio es de 28 días. La duración de la menstruación oscila entre 2 y 8 días y la cantidad de pérdida menstrual normal es inferior a 8 apósitos empapados por día.

Si existe dolor se deben descartar otras patologías asociadas. Esta hemorragia puede ser lo suficientemente intensa y prolongada como para causar una anemia.[14] Según Frisch y Revelle el peso medio en el momento de la menarquia es de 47,8 ±0,5 kg, y la talla media es de 158,5 cm. En el año después de la menarquia se aumentan 7 ±0,2 cm y 6,8 ±0,5 kg.

[13] **MANUAL DE SALUD REPRODUCTIVA EN LA ADOLESCENCIA CAPITULO II: MANUAL DE SALUD REPRODUCTIVA EN LA ADOLESCENCIA CAPITULO II: FISIOLOGÍA DE LA ADOLESCENCIA,** Joaquim Calaf Alsina.

[14] **GINECOLOGÍA EN ADOLESCENTES, ALTERACIONES MENSTRUALES,** José Casa Rivero,

2.1.2.1.7.1. El ciclo menstrual

El ciclo menstrual es el período que transcurre entre el primer día de una regla y el primer de la regla siguiente. Durante este tiempo, el organismo se prepara para llevar a cabo un embarazo.

- **Primera fase: menstruación**

Esta fase se inicia el primer día de la regla, que suele durar entre 2 y 7 días, siendo la media de cinco días. Durante la menstruación se desprende el endometrio junto con una pequeña cantidad de sangre, que saldrán al exterior a través de la vagina.[12]

- **Segunda fase: preovulación**

Después de la regla empieza la fase de preovulación, que dura desde el 8º hasta el 13º día del ciclo. Durante estos días el ovario empieza a producir estrógenos y se genera la maduración de un óvulo. A nivel del útero, el endometrio se vuelve más grueso, esponjoso y rico en sangre, por lo que se denomina fase proliferativa del ciclo.

- **Tercera fase: ovulación**

Alrededor del día 14º o 15º del ciclo el óvulo finaliza su maduración y es expulsado del ovario.[12] La trompa de Falopio lo recoge y lo conduce hasta el útero. Si se produce fecundación, óvulo y espermatozoide se unirán a nivel de la trompa.

- **Cuarta fase: postovulación**

Esta fase dura aproximadamente desde el día 16º hasta el día 28º del ciclo. Durante ella el ovario segrega progesterona, que actúa sobre el endometrio engrosándolo más y segregando elementos nutritivos, por lo que se denomina fase secretora del ciclo. Si el óvulo no es fecundado, se desintegra y se expulsa junto con el endometrio y una pequeña cantidad de sangre a través de la vagina, volviendo a empezar un nuevo ciclo.

2.1.2.2. DESARROLLO EN EL VARÓN

2.1.2.2.1. Talla

Aceleración y desaceleración del crecimiento en la mayor parte de las dimensiones óseas y una gran parte de los órganos internos (estirón puberal). En los hombres el crecimiento en talla durante los cuatro años antes del inicio de la pubertad es constante, siendo de entre 4 y 8 cm por año. Al iniciarse el desarrollo genital, el adolescente mantiene una velocidad constante de crecimiento (5 a 6 cm por año). La fase de aceleración comienza un año después, cuando el adolescente se encuentra ya en el estadio G3, siendo en el G4 cuando se produce el pico máximo en la velocidad de crecimiento. El estadio G5 representa ya el momento de la desaceleración gradual.[12]

2.1.2.2.2. Vello Axilar

Aparición del vello axilar (unos dos años después de la aparición del vello púbico). Aparición del vello facial y en el resto del cuerpo.
Actividad de las glándulas sudoríparas y sebáceas.

2.1.2.2.3. Otros Cambios Generales

Modificaciones de la composición corporal que comprenden crecimiento del esqueleto y de los músculos, así como de la cantidad y distribución de grasa.

Desarrollo del sistema cardiovascular y respiratorio, con incremento de la fuerza y resistencia principalmente del sexo masculino.
Cambio de voz y crecimiento de la laringe.

2.1.2.2.4. Cambios puberales

Los cambios en el varón tienen un cierto orden cronológico que puede presentar algunas variaciones, pudiendo, incluso, sobreponerse algunos estadios:

TABLA 2.3 ESTADIOS DEL DESARROLLO EN EL VARÓN

Genitales externos:

Estadio G1: pene, testículo y escroto de tamaño infantil.
Estadio G2: aumento del tamaño de los testículos y del escroto (el pene no suele aumentar todavía). La piel del escroto, más fina y enrojecida.
Estadio G3: siguen aumentando los testículos y el escroto. Aumenta la longitud del pene.
Estadio G4: continuación del crecimiento de los testículos y del escroto. El pene aumenta en diámetro y longitud. Pigmentación de la piel del escroto.
Estadio G5: órganos genitales propios de una persona adulta, tanto por su tamaño como por su forma.

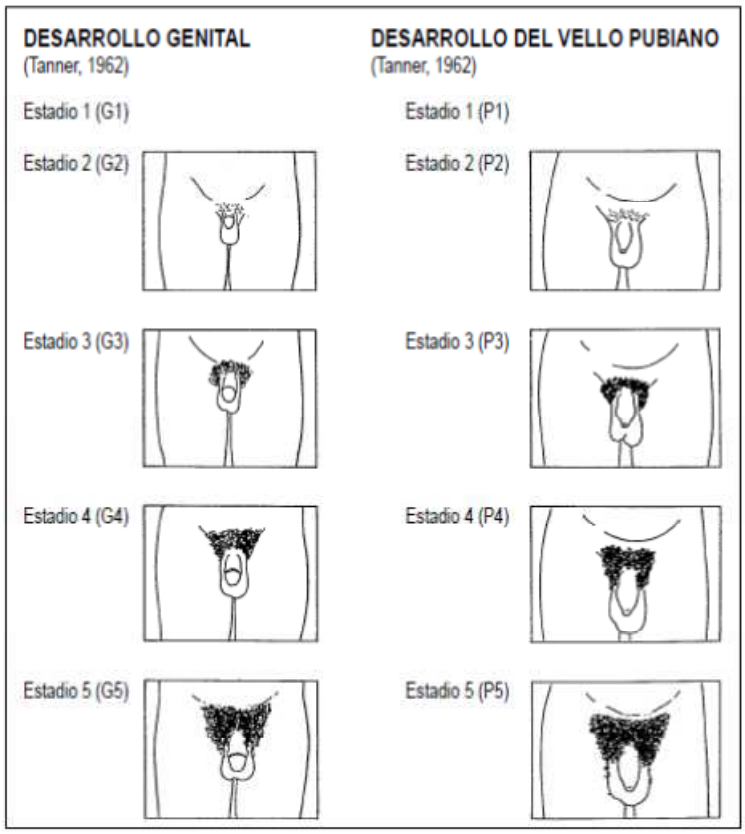
Vello púbico:

Estadio P1: no hay vello púbico.
Estadio P2: crecimiento disperso de vello largo, fino, ligeramente pigmentado, liso o ligeramente rizado en la base del pene.
Estadio P3: vello más pigmentado, más denso, más rizado, que se extiende por la sínfisis púbica.
Estadio P4: vello del tipo observado en una persona adulta, pero en menor cantidad.
Estadio P5: vello del tipo observado en una persona adulta, tanto por su tipo como por su cantidad.

FUENTE: MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA PUBERTAD EN EL VARÓN Y LA MUJER

Primera eyaculación. La edad en que se produce es bastante variable y se corresponde, por lo general, con una fase bastante avanzada en la maduración sexual.

GRAFICO 2.2. DESARROLLO PUBERAL EN EL VARÓN/ TANNER



FUENTE: MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA PUBERTAD EN EL VARÓN Y LA MUJER

2.1.3. CAMBIOS PSICOSOCIALES

La pérdida de condición de niño/a, del rol y de la identidad infantil, lo que crea un vacío emocional y a menudo sin la presencia de un grupo de apoyo alternativo. Este vacío puede originar una disminución del rendimiento escolar. Se les describe como sujetos fuertemente paradójicos: tremendamente necesitados de independencia y nostálgicos de la dependencia y la seguridad infantil.[15]

[15] **SEXUALIDAD Y ADOLESCENCIA**, L. Mitjans Lafont.

Además, tienen un comportamiento ambivalente e inestable en momentos son cariñosos, sumisos, dependientes; y de repente se tornan huraños, dominadores, quieren ser independiente. Tienen actitudes de rebeldía y humor variable. Comienzan a disminuir el contacto y la relación con la familia en favor de las relaciones con los de su grupo de edad. Uno de los aspectos más importantes de la aparición del pensamiento operacional formal es la capacidad de tomar en consideración hipótesis o proposiciones teóricas que se apartan de los acontecimientos inmediatamente observables.[15]

En la etapa de la adolescencia temprana hay una mejora notable de las capacidades cognitivas. Evolución desde el pensamiento operacional concreto al pensamiento abstracto o formal. Existe enfrentamiento a la autoridad de los padres o educadores para probar su propia autoridad. Con ello trata de definirse a sí mismo.

Para formar una identidad, el ego organiza las habilidades, necesidades y deseos de una persona y la ayuda a adaptarlos a las exigencias de la sociedad. Durante la adolescencia la búsqueda de “quien soy” se vuelve particularmente insistente a medida que el sentido de identidad del joven comienza donde termina el proceso de identificación.

La personalidad de un individuo se ve afectada por la conducta que son las manifestaciones visibles del comportamiento, juzgadas según el grado

en que dichas actuaciones se conforman a las normas y costumbres del grupo social. La adolescencia es una etapa muy delicada y clave en el desarrollo de La personalidad que va a regir la vida del adulto, su desarrollo social, emocional y desenvolvimiento positivo en la sociedad.

La imagen corporal adquiere mayor importancia cuando el adolescente se encuentra en grupos que dan demasiada importancia a los atributos físicos tanto del varón como la mujer, o cuando en su entorno familiar o social se burlan de cualquiera de sus características físicas, estatura, contextura, color, etc. Aunque la imagen corporal juega un papel en el desarrollo de la personalidad, son factores de mayor importancia el ambiente donde se mueve el joven, la familia y los valores.

El desarrollo social del adolescente empieza a manifestarse desde temprana edad, es decir a partir de los 10 años empieza a pertenecer a pequeñas pandillas con la única finalidad de jugar y hacer travesuras. A medida va creciendo empieza a ver otras inquietudes a la hora de elegir a un amigo como es las misma inquietudes, ideales y a veces hasta condiciones económicas; el grupo es heterogéneo compuesto de ambos sexos.

2.2. EPIDEMIOLOGÍA DE LA ADOLESCENCIA

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. Algo más de la mitad de adolescentes se concentra en Colombia y Perú, y la otra mitad en el resto de los países andinos.[1]

En noviembre del 2010, el INEC[16] realizó el Censo de población, se tiene hasta el momento como resultado que la población del Ecuador es de 14´306.876. Según el INEC la población proyectada para el 2010 en la Provincia de Pichincha es de 2796838 de los cuales de 15 a 19 años son 559.368. Debido a la alta concentración urbana, el 61% (341214) de los y las adolescentes vive en la ciudad, y el 39% (218.154) restante vive en el campo. Su distribución por sexo es equitativa es decir el 50% corresponde a hombres y el 50% a mujeres.

En Uruguay los adolescentes entre 10 y 19 años representan una proporción significativa de la población. El 16,5% (521.262) de la población total del país son adolescentes. Adicionalmente, del total de

[16] INEC. CENSO POBLACIONAL 2010.; http://www.inec.gov.ec/

mujeres en edad genital activa (15 y 49 años) el 16% son adolescentes menores de 20 años.[17]

2.3. EDUCACIÓN SEXUAL

La educación es una variable clave en la explicación y la transformación de los conocimientos relacionados con la salud sexual y reproductiva.

La educación sexual, en sentido amplio, constituye el intento de transmisión de las concepciones, normas, actitudes y valores morales e ideología que cada cultura considera que deben servir para preservar el modelo social, cultural y económico. La adquisición de las diferentes nociones sexuales requiere una actividad cognitiva individual, insustituible, que no es posible por simple transmisión verbal. Así ocurre con la construcción de la identidad juvenil de género en el estadio de las operaciones formales, entre los 12 y los 16 años aproximadamente, y que incluye nociones como las diferencias de género, la preferencia sexual, las diferencias anatómicas y genitales, los cambios psicológicos, afectivos e intelectuales.[18]

[17] **ADOLESCENCIA Y EMBARAZO EN EL URUGUAY,** Cristina Lammers

[18] Fernando Barragán Medero; **Programa de Educación Afectivo Sexual. Educación Secundaria.**

La Educación Sexual representa un aspecto de gran importancia en la formación integral del adolescente porque, más allá del conocimiento puramente biológico, explica procesos trascendentales como la construcción de la identidad de género o las relaciones afectivas en el ámbito de nuestra cultura. La Educación Sexual es hoy una demanda social, basada en el derecho de los niños, niñas y adolescentes a tener información sobre esta materia. Esta información debe ser rigurosa, objetiva y completa, entendiendo la sexualidad como comunicación humana y fuente de salud, placer y afectividad.

A partir del siglo XIX, la sexualidad humana se convirtió en objeto de estudio de diferentes áreas del saber, e innumerables conocimientos fueron y vienen siendo producidos y reproducidos en las instituciones, la familia, la escuela, modelándolos y definiéndolos como personas en el día a día de las relaciones sociales. Hablar sobre sexo con los niños, los adolescentes, los hombres o las mujeres constituye una forma de controlar el comportamiento. La sexualidad humana es todavía un tema cargado de prejuicios y tabúes y, por esto, en la mayoría de los casos, es omitido o tratado de manera bastante inadecuada en la escuela y en la familia.

Definir la Educación Sexual requiere clarificar qué entendemos por conocimiento sexual, sus semejanzas y diferencias con otras áreas de conocimiento y las dimensiones que incorpora. El conocimiento sexual

implica el conocimiento de nosotros mismos, el conocimiento de las demás personas (Identidad sexual, Imagen corporal, diferencias anatómico-genitales, ciclo de respuesta sexual, diferencias de género), y las relaciones que se establecen entre ambos, en el marco de una organización social y sexual concreta (Afectividad, amor, matrimonio, preferencia sexual: heterosexualidad, ambisexualidad, homosexualidad, relaciones de poder).[19]

De este modo, se puede decir que el conocimiento sexual necesita de la incorporación de una serie de dimensiones en cierto valor en todos los contenidos, de carácter cultural, social, biológico, psicológico, afectivo y moral.

Los partidarios de la educación sexual señalan que dicha educación no fomenta la promiscuidad entre los y las adolescentes. En un análisis realizado en 1997, de 53 estudios sobre la educación sexual en el mundo entero, solo tres informes se encontraron un aumento de la actividad sexual después de las intervenciones. Veintidós de los estudios indicaron que dichos cursos ayudaron a retrasar su inicio, la redujeron o disminuyeron las tasas de embarazo y de ITS; 27de ellos informaron que no hubo cambios ni en la actividad sexual ni en las tasas de embarazo e ITS entre los estudiantes.[19]

[19] **AGENDA SALUD**, María de Bruyn

Gro Harlem Brundtland, directora general de la OMS,[19] afirma: “Los jovenes necesitan la ayuda de los adultos para lidiar con los pensamientos, los sentimientos y las experiencias que acompañan a la madurez física. Al brindar esta ayuda, no fomentamos estilos de vida irresponsables. La evidencia del mundo entero ha demostrado claramente que el proporcionar información y desarrollar habilidades relacionadas con sexualidad humana y las relaciones humanas ayuda a evitar los problemas de salud y crear actitudes maduras y responsables”.

Si pretendemos construir una sociedad en la que hombres y mujeres podamos convivir en igualdad y sin discriminaciones, es imprescindible proporcionar al alumnado una educación afectiva y sexual de calidad, pues la ausencia de ésta no sólo influirá en posibles disfunciones sexuales sino que también impedirá transformar las bases sociales para favorecer la construcción una sociedad más democrática. No podemos olvidar que si bien la sexualidad humana está íntimamente ligada a lo privado también está regulada social y culturalmente.

Una adecuada educación y consejería en sexualidad acorde a la etapa de desarrollo de los adolescentes y jóvenes contribuyen positivamente a la salud y al desarrollo de ellos, y permite la postergación de su vida sexual activa y precoz.

2.3.1. DIMENSIONES DE LA SEXUALIDAD EN LA EDUCACIÓN

Los aprendizajes a lograr por los estudiantes, para la expresión de una sexualidad saludable y responsable, requieren que se tomen en cuenta las siguientes dimensiones:

- Dimensión biológica- reproductiva[20]: Comprende todos los aspectos relacionados con la anatomía y fisiología que determinan la expresión de la sexualidad. Incluye el conocimiento del funcionamiento de los órganos del cuerpo del ser humano que se encargan de elaborar la respuesta sexual humana. También se integran lo relacionado con el desarrollo sexual en las diferentes etapas del ciclo vital; que comprende: la actividad sexual coital, los métodos de planificación familiar, la fertilización, la gestación, el parto, el embarazo en la adolescencia y la maternidad y paternidad responsable, entre otros.

  El conocimiento de esta dimensión de la sexualidad por parte de los adolescentes es fundamental para que comprendan el funcionamiento de su cuerpo, sepan cómo cuidarlo para mantenerlo saludable, así como para prevenir el embarazo precoz y la adquisición de infecciones de transmisión sexual.

[20] **LINEAMIENTOS PARA UNA EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL**, MINISTERIO DE EDUCACIÓN,

- Dimensión socio-afectiva:[20] Implica los vínculos afectivos y emocionales que se establecen en el proceso de interacción con otras personas, y que dan el sello característico a la expresión de la sexualidad humana. De este modo integra factores psicológicos (emociones, sentimientos, actitudes personales) con factores socio-culturales (influencia del entorno social). El conocimiento de esta dimensión de la sexualidad es fundamental para comprender la importancia de la vida afectiva y emocional en la expresión de una sexualidad saludable.

- Dimensión ético-moral:[20] Comprende la reflexión sobre los valores y las normas que dan sentido a la relación que los adolescentes establece con las otras personas. Esto implica el reconocimiento, aceptación y valoración del otro. También envuelve el desarrollo del juicio crítico, a fin de poder orientar el comportamiento. Es fundamental para que comprenda la importancia de asumir la responsabilidad de las decisiones que tome sobre el ejercicio de su sexualidad. En esta dimensión, se respeta las creencias religiosas del estudiante y su familia.

2.3.2. OBJETIVOS DE LA EDUCACIÓN SEXUAL

Consideramos que el objetivo principal que se debe alcanzar en cuanto a la Educación Sexual es lograr que durante el proceso de formación los

estudiantes se desarrollen como personas autónomas y responsables, con conocimientos, capacidades, actitudes y valores que les permitan ejercer su derecho a la sexualidad integral, plena, saludable y responsable, que considera las dimensiones biológica-reproductiva, socio-afectiva y ético-moral, en el contexto de interrelaciones personales, democráticas, equitativas y respetuosas.

Otros objetivos de igual importancia serían:

- Conocer e identificar los aspectos biológicos, fisiológicos y reproductivos relacionados con la sexualidad humana.
- Reconocer, analizar y expresar afectos y emociones como parte de su desarrollo sexual saludable.
- Tomar de decisiones autónomas, con responsabilidad y asertividad, respecto de su sexualidad.
- Respetar y valorar su sexualidad como parte del ejercicio de sus derechos, y de los demás, que incluye el respeto a los valores personales.

2.3.3. RESPONSABLES DE LA EDUCACIÓN SEXUAL

Familia y escuela tienen la responsabilidad de la educación sexual tanto en el carácter ético y pedagógico, mediante una relación de reciprocidad basada en la comunicación, el intercambio y el apoyo mutuo. La cual se debe sustentar en una formación que compromete la una comunicación

afectiva, cognitiva y provista de valores como el respeto a la vida, a las personas, el amor, la verdad, la libertad y la responsabilidad.

Esta debe iniciarse desde edades tempranas, la cual debe ser conjunta con los padres, docentes y formadores en general, y de esta manera implica al niño o adolescente en su propia autoformación. El fortalecimiento de los vínculos entre las familias y la escuela es el pilar en el que asienta la orientación y el acompañamiento**.**

2.3.3.1. La Familia:

La familia, como primera instancia de socialización, ejerce una influencia fundamental en la formación afectiva y enseñanza de valores. Otorga orientaciones, pautas culturales, creencias y normas que guían el accionar de sus miembros. Muchas veces, los padres sienten temores, dudas e inquietudes acerca de las pautas educativas sobre el accionar de los hijos; entre ellas las referidas a la sexualidad. No obstante, la educación que brinda, en forma continua, ocasional y espontánea, es prioritaria y esencial en la formación de los adolescentes.

Independientemente de su modo de estar constituida, la familia es un espacio de referencia no sustituible en la vida de cada persona, sobre la cual deja un sello de hondo significado, que influye en la toma de decisiones fundamentales para toda la vida. Indicar la responsabilidad

primordial e indelegable de la familia no excluye el aporte subsidiario y enriquecedor de la escuela.[21]

2.3.3.2. La Escuela:

Conforme la sociedad ha ido cambiando, se presentan nuevos desafíos a la escuela, que suponen nuevas estrategias y prácticas pedagógicas, que pueden ampliar, fundamentar, enriquecer o corregir la tarea familiar. Los procesos de actualización, perfeccionamiento y capacitación docente, posibilitan que sea la misma escuela quien asuma como actor fundamental, la educación integral de los alumnos, incluidos los aspectos vinculados a la sexualidad, y facilitan el diseño de proyectos educativos integrados a la vida escolar, de las familias de los alumnos y de la comunidad, que satisfagan necesidades y expectativas comunes.

La escuela, por ser un ámbito de socialización donde coexisten diversos modos de ser y de pensar, ofrece una pluralidad de experiencias que contribuyen al discernimiento de las propias convicciones, en el marco del respeto por las diferencias. Puede y debe colaborar con los padres en la tarea de educar a través de los medios pedagógicos, desarrollar de modo positivo y oportuno los temas relativos a la sexualidad y proporcionar ocasiones en la vida escolar que promuevan el desarrollo de hábitos y

[21] **EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL**, Mgter. Lic. María del Carmen Segura Mgter. Lic. Francisca Giordano

actitudes que complementen la maduración afectiva de los alumnos. De esta manera, el espacio escolar, institucional y áulico, constituye un contexto de comunicación que se enriquece con el aporte de los participantes.

En el marco de su misión educativa - en el encuentro entre los valores a promover y los contenidos que los movilizan-, se propende el logro de herramientas que permitan a los niños y adolescentes discernir acerca de sus proyectos de vida y el desarrollo de una sexualidad plena y responsable para sí mismos y los demás.[22]

2.4. LEY DE LA EDUCACIÓN SEXUAL

En el Ecuador existe un amplio marco normativo para amparar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos: la Constitución, convenios y tratados internacionales firmados, leyes específicas, así como planes, políticas, programas y proyectos nacionales. Sin embargo, la debilidad presupuestaria y técnica del Estado junto con prácticas sociales y culturales que legitiman su irrespeto y las discriminaciones institucionalizadas, sobre todo de género, étnicas y generacionales, configuran un escenario en el que la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos es la tendencia.

[22] **SEXUALIDAD: HACIA ELEJERCICIO INFORMADO Y SALUDABLE** María del Pilar Troya

Los datos citados a continuación dan cuenta de ello: La tasa de mortalidad materna aumentó de 63 por cada 100.000 nacidos vivos en 1995, a 78 en 2003. Solo el 36% de las mujeres que tuvo un parto fue a un control post-parto, que es el período más sensible para las muertes maternas. La segunda causa de muerte materna en el Ecuador son los embarazos terminados en aborto y cada año se dan alrededor de 20.000 egresos hospitalarios por esta causa.[22]

Uso de anticonceptivos. El 11% de las mujeres de 15 a 49 años nunca ha usado anticonceptivos y más del 70% de las casadas o unidas los usa regularmente. VIH/Sida.[23] Embarazo adolescente. En 1999 el 10% de las mujeres entre 15 y 19 años se embarazaba. La tasa es la segunda más alta de América Latina, solo superada en República Dominicana.

En cuanto a las Políticas Nacionales que incluyen Derechos Sexuales y Reproductivos tenemos el Plan Nacional de Derechos Humanos, Plan de Igualdad de Oportunidades de las Mujeres Ecuatorianas, Plan Nacional Decenal de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia, Plan Nacional para combatir el plagio de personas, tráfico ilegal de migrantes, explotación sexual y laboral, y otros modos de explotación y prostitución de mujeres, niños, niñas y adolescentes, pornografía infantil y corrupción

[23] CEPAR - **ENDEMAIN 2004, ACTIVIDAD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA EN MUJER DE 15 A 24 AÑOS DE EDAD.**

de menores – Plan Trata, y el Plan Nacional de Educación para la Sexualidad y el Amor, PLANESA.

2.4.1. POLÍTICAS NACIONALES BÁSICAS DEL PROGRAMA NACIONAL DE EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD Y EL AMOR.[24]

Los principales objetivos son:

- Promover la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres, con un enfoque humanista integral durante el ciclo de vida.
- Propiciar la formación integral de la persona, que le permita vivir su sexualidad libre, placentera, saludable y responsable basada en valores, respeto, dignidad y el conocimiento.
- Promover la participación activa, reflexiva y crítica de la familia, la comunidad educativa, medios de comunicación y de la sociedad alrededor del tema.

2.4.1.1. Las Instituciones Educativas y la Educación de la Sexualidad

Todas las instituciones educativas hacen educación de la sexualidad, así como también lo hacen todas las familias. Es imposible no educar la

[24] Programa Nacional de Educación de la Sexualidad y el Amor "PRONESA". Ministerio de Educación. Gobierno de la República del Ecuador. 2008

sexualidad; hagan lo que hagan las instituciones educativas y la familia siempre están educando la sexualidad, consciente o inconscientemente, abierta o sutilmente, explícita o implícitamente, intencionalmente o no.

2.4.1.2. Integración de la Educación de la Sexualidad al Currículo

El currículo cumple la función de selección y organización de los principios, contenidos, actividades y recursos, estructurándolos bajo claves psicopedagógicas para que se plasmen en: conocimientos, habilidades y valores que se integran en competencias a través de una metodología activa y participativa con énfasis en la investigación-acción, la dialéctica práctica-teórica que busca desarrollar competencias, valores y actitudes para la construcción de un proyecto de vida personal, acorde a los requerimientos de la realidad individual y grupal .

2.4.2. PERTINENCIA

El currículum de la educación para la sexualidad, al estar centrado en el ser humano, está organizado para el desarrollo de capacidades, actitudes, conocimientos, las mismas que han sido articuladas desde el enfoque de competencias. En el caso específico de género y el aprendizaje de la sexualidad se requiere no solo aprender sino desaprender aquellos aspectos que no contribuyen a desarrollar una

sociedad equitativa, por tanto se precisa cambiar las concepciones, percepciones y prácticas que han configurado estereotipos sobre género y sexualidad.

El currículo por tanto tiene que considerar el tipo de sociedad, las condiciones histórico-culturales, el ser humano que se desea formar, a fin de que éstas respondan a las necesidades del contexto sociocultural, de género y de los intereses de los y las estudiantes. En función de esta realidad se han seleccionado las competencias generales y específicas (contenidos, destrezas y valores integrados en un todo único) a desarrollar y las actividades a incluir en el proceso enseñanza y aprendizaje.

En el currículum que nos ocupa, se define la competencia como la capacidad o disposición que ha desarrollado una persona para afrontar y dar solución a los problemas de la vida cotidiana, a generar nuevos conocimientos, y de otro lado a desaprender aspectos que no contribuyen al logro de la equidad. Ser competente, es saber utilizarlo de manera adecuada y flexible, es hacer de la sexualidad una dimensión enriquecedora de la personalidad y de la vida social; en el marco de un contexto que requiere luchar contra todo tipo de discriminación y de explotación sexual que se convierte en una de las formas más flagrantes de deshumanización.

El currículo de Educación de la Sexualidad Integral, contempla cuatro ejes temáticos:

- El desarrollo interpersonal,
- La equidad de género,
- La educación sexual y reproductiva
- Los derechos humanos, derechos de la niñez y adolescencia, derechos de las mujeres y derechos sexuales y reproductivos

Los mismos que consideran aspectos contemplados en la reforma curricular, el Plan Nacional de Educación de la Sexualidad y el Amor (PLANESA) y la Ley sobre la Educación de la Sexualidad y el Amor. La Educación de la Sexualidad contribuye a mejorar la calidad de la educación (Política 6 del Plan Decenal de Educación) mediante la formación de competencias que promueven:

2.4.3. LEY SOBRE LA EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD Y EL AMOR.[25]

Art. 1. La Educación en Sexualidad y el Amor será un eje transversal de los planes y programas de estudios en todos los centros educativos oficiales o privados de nivel pre-primario, primario secundario y técnico.

[25] **POLÍTICA DE SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS**, MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, CONSEJO NACIONAL DE SALUD,

Art. 2. La Educación sobre la Sexualidad y el Amor se fundará en el respeto de la dignidad de los seres humanos, de la vida, los valores éticos y morales conforme a las culturas existentes, como un elemento que contribuya al mejoramiento de la educación y eleve la calidad del aprendizaje en el campo de la sexualidad.

Art. 3. La Educación de la Sexualidad y el Amor, deberá responder al medio, a la edad de los educandos y al rol esencial de los padres de familia, como orientadores netos de sus hijos.

Art. 4. El Ministerio de Educación será el encargado de elaborar planes y programas abiertos y flexibles de Educación sobre la Sexualidad y el Amor, previa consulta con instituciones privadas y públicas que conozcan el tema.

Cada centro educacional deberá adaptar dichos planes y programas a su realidad cultural y someterlo a conocimiento, consideración y aprobación del Departamento de Orientación y de los Padres de Familia de dicho plantel.

El Ministerio de Educación no limitará su acción a los educandos, involucrará a la familia, para que esta participe activamente en un proceso de diálogo, reflexión y acción con toda la comunidad educativa.

Art. 5. Todos los maestros deberán ser capacitados en el tema de la Sexualidad y el Amor, para lo cual el Ministerio de Educación, coordinara

esta actividad con las Universidades, Institutos Pedagógicos y otras entidades conocedoras del tema.

Todas las instituciones encargadas de la formación de Docentes, deberán incluir como Eje Transversal de sus Planes y Programas el tratamiento de la Sexualidad y el Amor.

Art. 6. El Ministerio de Educación, establecerá y realizara el monitoreo de los proyectos educativos que desarrollen todos los establecimientos, siempre en coordinación con los padres de familia y considerando su impacto en la vida personal, familiar y comunitaria.

Art. 7. El ministerio de Educación será el encargado de coordinar con los medios de comunicación la difusión de programas referentes al tema de educación en sexualidad a fin de evitar que se distorsione lo establecido en el Sistema Educativo.

El Ministerio de Educación controlara la calidad en el contenido de los programas que se emitan en forma pública en lo que se refiera a la sexualidad y el amor.

Art. 8. Todas las Instituciones Públicas y Privadas deberán seguir los planes y programas que se emitan en forma pública en lo que se refiera a la Sexualidad y al Amor.

Dada en la ciudad de San Francisco de Quito, Distrito Metropolitano, en la Sala de Sesiones del Plenario de las Comisiones Legislativas del

Congreso Nacional del Ecuador, a los cuatro días del mes de marzo de mil novecientos noventa y ocho.

2.5. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

La anticoncepción comprende el estudio de los métodos naturales y artificiales para la regulación de la fertilidad y es base fundamental para la planificación familiar. La prevalencia de uso de cada uno de los métodos anticonceptivos en una población dada, depende de múltiples factores que van desde la disponibilidad y acceso a los métodos, hasta las creencias y aspectos culturales que afectan la elección del mismo.

La causa fundamental para la aceptación consciente de cualquier método anticonceptivo es la comprensión de su mecanismo, la facilidad de sus indicaciones y la importancia de los beneficios.

2.5.1. Clasificación de los Métodos Anticonceptivos:

Reversibles:

- Naturales
- De Barrera
- Hormonales

- Mecánicos
- Químicos

Irreversibles:

- Quirúrgicos

En la encuesta sobre Sexualidad en Jóvenes de la Comunidad Valenciana de 2000, el método anticonceptivo utilizado en la primera relación coital más frecuentemente es el preservativo, las chicas lo utilizan en mayor proporción que ellos y cuanto más joven son, más lo hacen. Pero el coito interrumpido, la denominada "marcha atrás", es utilizado por algo más del 10% como método anticonceptivo.[26]

El porcentaje general de las mujeres españolas respecto a la utilización de métodos anticonceptivos en la encuesta Daphne de 2003 (71%) desciende hasta un 45% cuando nos referimos al grupo de mujeres entre 15 y 19 años. Aunque algunas de ellas no los usan por no realizar relaciones con coito, la edad media de inicio de los mismos en nuestros adolescentes (sobre los 16 años) y los datos recientemente aportados por Margarita Delgado[26] respecto a abortos crecientes en adolescentes (el 50% de los embarazos a estas edades finalizan en interrupciones voluntarias de embarazo) nos hablan a las claras de los déficits de la anticoncepción en la adolescencia.

[26] **MÉTODOS DE ANTICONCEPCIÓN EN ADOLESCENTES, PÍLDORA DE EMERGENCIA. ASPECTOS ÉTICO-LEGALES**, I. Pérez García, EF. Pérez Campos, E. Plá Ernst

2.5.2. MÉTODOS NATURALES

Son aquellos en los que se evitan las relaciones sexuales en los días en los que la mujer ovula. Algunos métodos son exclusivos para la mujer, otros exclusivos para el hombre. La efectividad de estos métodos depende mucho del correcto uso. Algunos métodos poseen una seguridad cercana al 100%, mientras que otros pueden fallar, ya que el ciclo menstrual puede variar y producirse ovulaciones inesperadas. Algunas mujeres pueden sentir un dolor pélvico a la mitad del ciclo conocido con el nombre de signo de mittelschmerz, que muchas interpretan como el día probable de ovulación; sin embargo, este dolor no guarda una relación exacta y constante.

2.5.2.1. Método del calendario

Conocido también como método de Ogino-Knaus, se basa en analizar los ciclos menstruales para predecir la fertilidad futura, determinando la longitud de los últimos 6 a 12 ciclos.

Si se deja un margen de seguridad de 72 horas para prever la supervivencia del esperma, y de 12 a 24 horas para prever la supervivencia del óvulo, se puede determinar un método para detectar el comienzo y el final de la fase fértil. Como la duración del ciclo no es

siempre la misma, se puede calcular con razonable exactitud un tiempo fértil de 7 días.[27]

La fase se calcula:

1) Definiendo el ciclo menstrual menor y el mayor a lo largo de 12 ciclos previos;

2) Restando 18 al ciclo menor para obtener el primer día fértil;

3) Restando 11 al ciclo mayor para obtener el último día fértil.

Por ejemplo:

Ciclo corto **(28)**	28 – 18	= **10**
Ciclo largo **(32)**	32 – 11	= **21**

Debería guardar abstinencia desde el día 10º al 21º de su ciclo.

Se ha señalado un aumento de las variaciones del ciclo asociadas con el ejercicio intenso y el estrés ocupacional, por lo que este factor se debe tener presente a la hora de recomendar el método (Jeyaseelan, 1995). Aunque se ha señalado una efectividad de 9%, estudios latinoamericanos han obtenido tasas de hasta 47% (Population Reports, 1974). En un análisis de 8 series se consiguió una efectividad de entre 15% y 18,5% (Kambic and Lamprecht, 1996).[28]

[27] **GUÍA PARA EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS,** Dr. Ricardo Schwarcz, Dr. René Castro (Chile), Dra. Diana Galimberti, Lic. Obst. Inés Martínez.

[28] **CAPÍTULO 4: MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS NATURALES**

2.5.2.2. Método de la temperatura

Es una de las variantes más efectiva de los métodos naturales, con una tasa de embarazos que va desde menos del 1% hasta el 20% (Fundación Santa Fe de Bogotá and The Population Council, 1993). [28] La temperatura basal es la temperatura del cuerpo en descanso completo o después de un período de sueño y antes que comience la actividad normal, incluyendo comida y bebida.

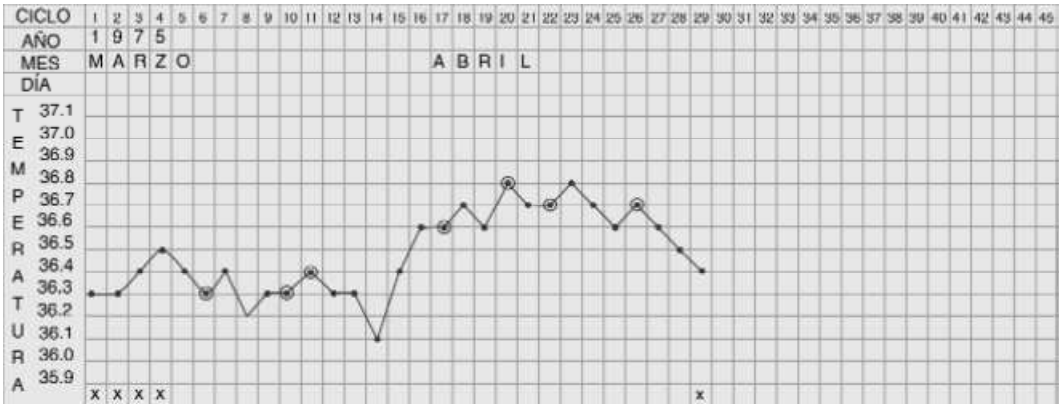
Luego de la ruptura del folículo, se desarrolla el cuerpo amarillo y se producen niveles elevados de progesterona. Esta hormona tiene un efecto estimulante sobre el centro hipotalámico que controla la temperatura que ocasiona una elevación de 0,3 a 0,5 ºC. En la mayoría de los casos la elevación es brusca, pero en otras mujeres tarda 3 a 5 días en alcanzar su promedio postovulatorio.

La temperatura puede tomarse en la boca (5 min.), en el recto (3 min.) o la vagina (3 min.), y se escribe diariamente como en el gráfico 2.3 diseñado para relacionar el cambio de Tº. La temperatura basal debe tomarse en el mismo momento todos los días ya que, incluso en condiciones ideales y constantes, existe una variación diurna que oscila desde un mínimo entre las 03:00 y las 06:00 horas, a un máximo entre las 15:00 y las 19:00 horas.[27]

Cuando una pareja usa este método, debe abstenerse de relaciones sexuales, o bien usar un método de barrera, desde el día 1 del ciclo menstrual hasta 3 días después de que aumenta la temperatura.

Estudios con ultrasonidos y determinaciones hormonales, han demostrado que la ovulación ocurre el día del descenso en el 10% de los casos, el día siguiente en el 20%, el segundo día en el 28%, el tercero en el 28% y el cuarto en el 14% (Vermesh et al, 1987).[28]

GRÁFICO 2.3 MÉTODO DEL CALENDARIO



FUENTE: MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS NATURALES

2.5.2.3. Cambios cíclicos del cérvix

Independientemente de los cambios que ocurren en el moco cervical, el cérvix también sufre cambios a lo largo del ciclo, que son hormono-dependientes. Estos cambios pueden ser observados por medio de la autopalpación del cérvix.

Durante los primeros días del ciclo, cuando los niveles de estrógenos y progesterona están bajos, el cérvix se encuentra en una ubicación baja dentro de la cavidad pélvica, cercano a la abertura vaginal. Los labios del cérvix se encuentran firmes a la palpación. La abertura cervical está cerrada. Bajo la influencia de los estrógenos, folículo en crecimiento, el cérvix se mueve hacia arriba en la pelvis hacia el lado contrario de la apertura vaginal, y es muy difícil de alcanzar. Se siente entonces más blando a la palpación y existe una pequeña apertura en la hendidura cervical externa.

Con la progesterona en aumento y después de la ovulación, se produce un cambio brusco en la posición, consistencia y abertura del cérvix, que se aproxima a las condiciones descriptas para el principio del ciclo. Se recomienda la autopalpación diaria del cérvix. Cualquier cambio del cérvix indica el comienzo de la fase fértil. Dejando como margen 3 días después de que los hallazgos cervicales hayan retornado a su estado prefértil, se puede detectar el final de la fase fértil.[27]

2.5.2.4. Métodos basados en los cambios en el moco cervical

1) Método de la Humedad (Billings)

Luego de la menstruación, el moco es fino, de naturaleza pegajosa y de color opaco; se considera éste un período infértil. Se deberá tener

relaciones como máximo en días alternos ya que la presencia de semen en la vagina imposibilita la apreciación de moco.

En el inicio de la fase fértil la mujer comienza a sentir la sensación de humedad, con lo que se debe evitar el acto sexual o realizarlo con protección. La aparición de esta sensación de humedad hace necesaria la abstinencia sexual, que deberá prolongarse hasta cuatro días posteriores al pico de humedad vulvar. En la tercera fase pueden mantener relaciones en días consecutivos hasta el inicio de la siguiente menstruación.

En estudios latinoamericanos patrocinados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), hubo una incidencia de embarazos de casi 40% durante el período de adiestramiento del método y de poco más de 30% durante el período de seguimiento, cifras que señalan que el método es poco confiable en nuestras culturas (Medina et al, 1980). Un estudio realizado en la India, encontró una efectividad práctica de 15,9% y una tasa de continuación a los 21 meses de 52% (Bhargava et al, 1996).[27]

En otro estudio de la OMS en cinco países: Nueva Zelandia, India, Irlanda, Filipinas y El Salvador se encontró que, cuando se usó correctamente, la posibilidad de fracaso durante el primer año fue de 3,1%; sin embargo, durante el período de aprendizaje fue de 22,5% y cuando se usó incorrectamente de 86,4% (WHO, 1987). En un estudio

donde se analizaron los resultados mundiales, la incidencia se estimó entre 2% y 11% (Ryder and Campbell, 1990).[28]

2) Método de la Filancia (Spinnbarkeit)

Consiste en investigar diariamente la elasticidad o filancia del moco cervical para determinar la fase fértil. Se observará el moco a diario desde que concluye la menstruación. En la primera fase de infertilidad relativa, el moco será escaso y no filante. En esta fase del ciclo se deberá tener relaciones como máximo en días alternos.

Del mismo modo, el uso de medicación vaginal, lubricantes, o la presencia de flujo vaginal anormal impide la aplicación del método. La fase fértil se caracteriza por un moco filante, es decir, que no se rompe al separar los dedos, sino que queda como un hilo, tendido entre el pulgar y el índice. Se deberá guardar abstinencia entre la aparición del moco filante hasta el cuarto día en el que el moco retorne a su estado anterior (es decir, escaso y no elástico).

3) Método de la cristalización

El moco cervical, al secarse, cristaliza de modo diferente según el nivel de estrógenos circulantes. Esta característica puede ser utilizada para valorar la fertilidad, sabiendo que el moco fértil cristaliza en forma de helecho y el moco no fértil lo hace en forma amorfa (pequeños grumos dispersos).

La cristalización en forma de helecho del moco cervical o de mues-tras de saliva al secarse, se relacionan con el aumento del cloruro de sodio y son debidos a los cambios orgánicos producidos por los estrógenos. Colocada una muestra de moco cervical o saliva en un portaobjeto se visualizará, con un débil aumento, la cristalización en forma de helecho que indica que se está en un día fértil. Si la visión es amorfa se trata de un día infértil y no hay posibilidad de embarazo.[28]

Se procederá a la determinación diaria manteniéndose abstinencia desde el primer día de la cristaización en forma de helecho hasta el cuarto día de la cristalización amorfa. Se deberá tener relaciones como máximo en días alternos hasta el inicio de la abstinencia. Del mismo modo, el uso de medicación vaginal, lubricantes, o la presencia de flujo vaginal anormal no permite la aplicación del método. En la tercera fase infértil, luego de que el moco pasa a cristalizar nuevamente en forma amorfa, se pueden tener relaciones cotidianamente.[27]

2.5.2.5. Método sintotérmico

Combina el método del moco cervical y el método de la temperatura corporal para predecir el período fértil. Algunas veces la mujer puede observar otros signos y síntomas de la ovulación, tales como dolor abdominal a medio ciclo, manchado a medio ciclo, sensibilidad de las mamas y cambios del cérvix. Algunas veces el método del calendario

también se combina con el método del moco cervical y el método de la temperatura corporal basal.[29]

2.5.2.6. Retiro o Coito Interruptus

Es un método en el que durante el coito, el hombre retira el pene de la vagina antes de eyacular. Para usar el retiro eficazmente, el hombre debe predecir el momento en que está a punto de eyacular y debe retirar el pene a tiempo para que no haya contacto entre el eyaculado y la vagina o genitales externos de la mujer donde es posible que haya secreciones cervicales. Las secreciones cervicales facilitan el transporte del semen a la parte superior del tracto genital femenino.

El retiro incompleto durante el tiempo fértil en el ciclo de una mujer incrementará su probabilidad de tener un embarazo no planeado. El hombre y la mujer deben estar muy motivados para usar el método del retiro porque requiere que el hombre retire el pene.

Efectividad: 16 de 100 mujeres que usen el coito interrupto de forma típica (uso no siempre consistente o en forma correcta) resultaran embarazadas después de un año de uso. 10 de 100 mujeres que usen el coito interrupto de forma correcta y consistente resultaran embarazadas después de un año de uso.

[29] **EL CICLO MENSTRUAL y SU RELACION CON LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS**, Grace Mtawali, Manuel Pina

TABLA 2.4 EFECTIVIDAD, VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LOS MÉTODOS NATURALES.

EFECTIVIDAD	VENTAJAS	DESVENTAJAS
30 de cada 100 mujeres resultaran embarazadas después de 1 año de uso	• No hay riesgo médico • Aprobado por muchas religiones	• No protege con ETS. • Difícil de usar en mujeres con ciclos irregulares. • enfermedades afectan la temperatura

FUENTE: PRIMARIA ELABORADO POR: DAVID MELO, LOLA MOGROVEJO

2.5.3. MÉTODOS DE BARRERA

2.5.3.1. Preservativo masculino o condón

El condón es una funda delgada de látex que se coloca en el pene antes de tener relaciones sexuales y que se quita después del coito.[29] Además de evitar el embarazo, es el único método anticonceptivo, junto con el preservativo femenino, prevenir el ETS, VIH/SIDA.

TABLA 2.5 EFICACIA, VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL CONDÓN

EFICACIA	VENTAJAS	DESVENTAJAS
• **14 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso** • **Si su uso es correcto y consistente desciende a 3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso**	• prevención de las ETS, VIH/SIDA. • De fácil acceso • no requiere preparación previa • no muy costoso.	• Se puede romper, agrietar o deslizar. • Sensibilidad del usuario al látex.

FUENTE: PRIMARIA ELABORADO POR: DAVID MELO, LOLA MOGROVEJO

2.5.3.2. Preservativo femenino

Se trata de una vaina flexible de poliuretano autolubricado que se ajusta a las paredes de la vagina. Posee dos anillos flexibles: uno interno, usado

para su inserción y retención semejando un diafragma y que mantiene el preservativo femenino en posición adecuada y otro anillo externo que se ubica sobre los labios y permanece fuera de la vagina protegiendo los genitales externos durante el coito.

TABLA 2.6 EFICACIA, VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL PRESERVATIVO FEMENINO

EFICACIA	VENTAJAS	DESVENTAJAS
• 71 al 95%, aumentando con la continuidad del uso. • La falla más frecuente es la penetración del semen por fuera del anillo.	• Permite que la mujer pueda ejercer su propio cuidado.	• Requiere adiestramiento para su colocación.

FUENTE: PRIMARIA ELABORADO POR: DAVID MELO, LOLA MOGROVEJO

2.5.3.3. Diafragma

Consiste en un aro de goma cubierto por una membrana del mismo material que se adapta a la cúpula vaginal, entre el fondo de saco vaginal posterior y la sínfisis pubiana, cubriendo el cérvix y obstruyendo el orificio externo. Es por ello que existen diferentes medidas estandarizadas cada medio centímetro desde el 6 cm de diámetro hasta 8,5 cm de diámetro.

Para medir el diafragma que necesita la usuaria existen aros reesterilizables de distintos diámetros que el profesional coloca en la vagina de la mujer; luego le pide que se levante y camine, para luego efectuar un tacto vaginal que verifique que el anillo no se ha movido de su lugar, es decir que permanece sostenido entre el fondo de saco posterior y la sínfisis púbica.

TABLA 2.7 EFICACIA, VETAJAS Y DESVENTAJAS DE LOS DIAFRAGMAS

EFICACIA	VENTAJAS	DESVENTAJAS
• **20 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.** • **6 embarazos por cada 100 con el uso correcto y consistente y combinado con espermicidas, en el primer año de uso.**	• **No provoca efectos secundarios sistémicos.** • **Es de uso temporario**.	• **Requiere adiestramiento para una correcta colocación.** • **Puede producir cistitis en mujeres predispuestas.** • **Los espermicidas pueden provocar reacciones alérgicas.**

FUENTE: PRIMARIA ELABORADO POR: DAVID MELO, LOLA MOGROVEJO

2.5.4. MÉTODOS HORMONALES

La dosis de los esteroides sexuales en los AO ha declinado drásticamente desde su aparición en el mercado en 1960. Las píldoras iniciales contenían de 50 a 100 µg de etinilestradiol o 100 a 150 µg de mestranol (alta dosis), luego fue reducida a 30-40 µg de etinilestradiol, que son conocidos como los AO "subcincuenta" (baja dosis), hasta llegar a los de 20 µg de etinilestradiol (muy baja dosis) (ACOG, 1994)[30].

El AO con 20 µg de etinilestradiol contiene 62% menos hormona que la trifásica de levonorgestrel, 66% menos de la hormona que la combinación monofásica de 30 µg y 75% menos que las presentaciones mono y trifásicas con norgestimato (Mercilon, Información Científica, 1992). Existe

[30] **CAPÍTULO 6: ANTICONCEPTIVOS ORALES**

el consenso general que, para minimizar los efectos secundarios, se debe administrar la dosis más baja posible de estrógeno.

Por esta razón, los AO de muy baja dosis deben ser los que se utilicen de primera línea en toda paciente que se inicie con la píldora. La reducción de la dosis no afecta su eficacia anticonceptiva, como lo demuestra un estudio reciente en 5 000 ciclos, donde se encontró que con los preparados que contienen 20µg de etinilestradiol la efectividad práctica fue del 100%, superior a la de los preparados con 30µg. Si bien la incidencia de trastornos menstruales fue superior en el grupo de muy baja dosis, es un problema que tiende a disminuir con el tiempo de uso (Akerlund, 1997).[30] Por eso, se le debe explicar a la mujer que esta eventualidad es pasajera y las pequeñas molestias que esto puede ocasionar son mínimas comparadas con las ventajas que conlleva su uso.

2.5.4.1. Combinados Monofásicos

Se componen de un estrógeno Etinilestradiol más un gestágeno. Todas las grageas tienen igual dosis de estrógenos y progestágenos. Su principal mecanismo de acción es la inhibición de la ovulación a través de la inhibición de la secreción de FSH y LH por parte de la hipófisis. En el mercado existen preparados:

- Macrodosificados: Son aquellos que tienen 50 o más microgramos de Etinilestradiol. No suelen recomendarse, aunque se los puede utilizar como anticonceptivos de emergencia
- Microdosificados: Son aquellos que tienen 35 microgramos o menos de Etinilestradiol (EE) por comprimido. Existen preparados con 35, 30, 20 y 15 microgramos de EE.

Asociados al EE existen diferentes gestágenos. Pueden ser derivados de la Progesterona (Medroxiprogesterona y Ciproterona) o derivados de la Nortestosterona. Estos últimos son los más utilizados en la actualidad y se los denomina como de primera, segunda o tercera generación. Los de primera generación y son la Noretisterona y el Linestrenol. Los de segunda generación son el Norgestrel y el Levonorgestrel. Los de tercera generación son el Desorgestrel, el Norgestimato y el Gestodeno. El mecanismo de acción de todos los gestágenos es similar, evitando el manchado irregular (spotting) y las metrorragias por disrupción.

Todos los anticonceptivos monofásicos de 35 a 20 microgramos diarios de Etinilestradiol se toman una vez al día, a la misma hora, durante 21 días. Se comienza el primer día de menstruación. Luego, se hace un intervalo de 7 días sin tomar pastillas, en el que comenzará el sangrado mensual. Al octavo día se comenzará una nueva caja de pastillas aunque todavía dure el sangrado.

2.5.4.2. Combinados Trifásicos

La dosis de Estrógeno y Progestágeno no es la misma en todas las grageas, sino que tienen tres combinaciones diferentes que se identifican por los distintos colores de los comprimidos. La dosis de Etinilestradiol es similar en todos los comprimidos o aumenta levemente en la mitad del ciclo, mientras que la del gestágeno aumenta en forma progresiva, siendo sensiblemente más elevada en los últimos 7 comprimidos.

Estos preparados surgieron con la ambición de asemejarse al ciclo normal de la mujer, reproduciendo la variación de las cantidades de hormonas secretadas por el ovario en las distintas fases del ciclo. Pero para mantener la eficacia anticonceptiva fue necesario introducir al gestágeno desde el primer comprimido.

TABLA 2.8 VENTAJAS Y DESVEBTAJAS DE COMBINADOS TRIFÁSICOS

VENTAJAS	DESVENTAJAS
• Bajo riesgo de complicaciones. • Muy efectivos cuando se usan correctamente. • Regularizan los periodos menstruales y disminuyen su volumen y duración. • No necesitan períodos de descanso. • Se pueden usar en cualquier momento. • Puede interrumpirse su uso en cualquier momento. • Previenen o disminuyen la anemia por déficit de hierro. • Tienen efecto protector en embarazo ectópico, Ca de endometrio, Ca de ovario, quiste de ovario, EPI, enfermedad benigna de la mama.	• La toma diaria les incomoda. • Sangrado intermenstrual. • Cefaleas sin trastornos de la visión. • Náusea y vómito • Aumento de peso. (20 %)

FUENTE: PRIMARIA ELABORADO POR: DAVID MELO, LOLA MOGROVEJO

2.5.4.3. Mensuales

Se administra un comprimido por mes. Contiene alta dosis de un estrógeno de depósito (Quinestrol) asociado a un progestágeno (Diacetato de Etinodiol). Son poco utilizados por sus efectos adversos. Se debe tomar el primer comprimido el día 23º del ciclo, y luego regularmente cada 30 días. [30]

Ventajas: Su comodidad.

Desventajas: Alta frecuencia de efectos adversos, sangrados.

2.5.4.4. Anticonceptivos Sólo De Progesterona.

Se conocen también como POP (Progesterone Only Pill). Existen tres píldoras sólo de progesterona que contienen Linestrenol 0,5 mg (Exluton-NR), Levonorgestrel 0,030 mg. (Microlut-NR) y Norgestrel 0,075 mg (Norgeal-NR). No inhiben la ovulación. Su mecanismo de acción consiste en modificar el moco cervical haciéndolo denso y hostil a los espermatozoides, impidiendo así el ascenso de los mismos hacia la cavidad uterina.

Se comienza la toma de la minipíldora a los 21 días del parto y se continúa con una gragea diaria, sin interrumpir la toma en ningún momento. Si la mujer no ha tenido un parto recientemente y menstrúa regularmente, se inicia la toma el primer día de la menstruación, sin interrupción ni intervalo.

Es frecuente que se presenten alteraciones del patrón de sangrado mensual o manchado irregular, sin que ello justifique suspender el tratamiento. En caso de olvido de toma se debe agregar el uso de otro método anticonceptivo de barrera por catorce días.

TABLA 2.9 INDICACIONES, VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE AC DE PROGESTERONA

INDICACIONES	VENTAJAS	DESVENTAJAS
• Lactancia materna (eficacia del 99,5%)	• Buena tolerancia.	• Disminución de la lactancia.
• Mujeres con C.I. de estrógenos.	• Fumadoras mayores de 35 años.	• Alteraciones del ciclo menstrual.
• Mujeres hipertensas (eficacia del 96,8%)		• Menor eficacia que los anovulatorios.
• Perimenopausia		
• Mujeres fumadoras.		

FUENTE: PRIMARIA ELABORADO POR: DAVID MELO, LOLA MOGROVEJO

2.5.4.5. Anticonceptivos Inyectables

Se los clasifica como:

a) Mensuales de primera generación

b) Mensuales de segunda generación

c) Trimestrales

a) Mensuales de primera generación:

Están formados por la combinación de un estrógeno de acción prolongada (Enentato de Estradiol) con un gestágeno de acción corta (Acetofénido de Dihi-dro-xiprogesterona). Se aplican entre el séptimo y el décimo día del ciclo, preferentemente el octavo o noveno.

b) **Mensuales de segunda generación:**

Están compuestos por un estrógeno de acción breve (Valerato o Cipionato de Estradiol) y un gestágeno de acción prolongada (Enantato de Noretisterona teto de Medroxiprogesterona). No producen aumento del sangrado menstrual sino que lo disminuyen. La primera dosis se aplica el primer día del ciclo; y luego, cada 30 días ± 3 días.

c) Trimestrales:

Consiste en una dosis de 150 mg de Acetato de Medroxiprogesterona de liberación lenta. La dosis de este gestágeno inhibe eficazmente la ovulación dando una eficacia anticonceptiva de 99,7 %. Si bien se trata de un anticonceptivo de progesterona, está contraindicado en la hipertensión arterial. La primera dosis se aplica el primer día de la menstruación, y luego cada tres meses calendario.

TABLA 2.10 EFICACIA, VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES

EFICACIA	VENTAJAS	DESVENTAJAS
• 0.3 embarazos / 100 mujeres en el primer años de uso.	• 2da generación: una aplicación mensual.	• 1era generación: hipermenorre, metrorragia.
	• Alta eficacia anticonceptiva.	• 1era generación no se los recomienda.
		• 2da y 3era: amenorrea (bajo aporte de estrógenos)
		• 3era: Menor reversibilidad de RAMS

FUENTE: PRIMARIA ELABORADO POR: DAVID MELO, LOLA MOGROVEJO

2.5.5. DIU

Eficacia: 0,6 a 0,8 embarazos por cada 100 mujeres durante el primer año de uso (1 en cada 125 a 170).

Los DIU actualmente utilizados se denominan medicados o bioactivos. Los dispositivos medicados a su vez pueden ser:

• Medicados con cobre; con cobre y plata; o con cobre y oro.

• Sistemas liberadores de hormonas.

Mecanismo de acción

Son múltiples las evidencias científicas que demuestran que el mecanismo de acción del DIU es similar en todos los modelos medicados con metales, y se basa en prevenir la fecundación al crear un medio intrauterino hostil que resulta espermicida. La presencia de cobre en el fluido intrauterino junto con la reacción de cuerpo extraño endometrial que induce el dispositivo crea un medio hostil que paraliza a los espermatozoides impidiendo su ascenso por el tracto genital superior, previo al encuentro con el óvulo.

TABLA 2.11 VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL DIU

VENTAJAS	DESVENTAJAS
• No interfiere con las relaciones sexuales.	• Cambios menstruales (en los primeros tres meses)
• Reversible en forma inmediata	• No protege con ETS
• No efecto en la calidad de la leche materna.	• Sangrado o goteo vaginal entre períodos.
• Pueden insertarse inmediatamente después del parto (excepto los DIU que liberan hormonas) o después del aborto.	• Sangrado vaginal abundante y más prolongado.
• Ninguna interacción con otras medicinas	• Más cólicos o dolor durante los períodos

FUENTE: PRIMARIA ELABORADO POR: DAVID MELO, LOLA MOGROVEJO

2.5.6. MÉTODOS QUÍMICOS

2.5.6.1. Espermicidas

Son sustancias surfactantes que actúan por contacto sobre la superficie del espermatozoide.[31] Se presentan en varias formas farmacéuticas: cremas, jaleas, espumas, tabletas, óvulos.

Deben introducirse en la vagina, cerca del cérvix, con una anticipación no mayor de 1 hora, porque pierden su actividad espermicida; y no menor de 10 a 15 minutos antes para dar tiempo a su disolución, si son óvulos o tabletas.[31] Debe recomendarse no realizar ninguna higiene vaginal por un mínimo de 7 horas luego del coito. Debido a su alta tasa de fallas, se

[31] **CAPÍTULO 2: MÉTODOS DE BARRERA.**

recomienda su uso asociado a un método de barrera, como el preservativo o el diafragma.

2.5.6.2. Esponjas Vaginales

Son esponjas de poliuretano impregnadas en Nonoxynol o Cloruro de Benzalconio, que liberan el espermicida en el medio vaginal. Se colocan como un tampón pudiendo ser retirados con facilidad.

Son desechables después del coito. Ofrecen una protección continua por 24 horas y deben ser removidas 6 a 8 horas después de la última relación.

CAPITULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. PROBLEMA

¿Existe poca información sobre los conocimientos, actitudes y creencias de los métodos anticonceptivos en adolescentes entre 14 y 18 años de edad en los Colegios Dillón, Andrés Bello, Anderson y Marista en Noviembre del 2010?

3.2. OBJETIVOS

3.2.1. General:

Describir la información que tienen los adolescentes entre 14 y 18 años de edad de los cuatro colegios de la ciudad de Quito sobre métodos anticonceptivos en Noviembre del 2010.

3.2.2. Específicos:

1. Identificar algunas características de la conducta sexual de los adolescentes.
2. Establecer el nivel de conocimiento y creencias sobre anticoncepción entre hombres y mujeres de los diferentes colegios.
3. Establecer si hay una relación entre el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y el lugar donde estudia (fiscal o particular).
4. Comprobar que un punto clave en la enseñanza sobre las creencias y actitudes de los adolescentes en lo referente a anticoncepción es la familia.
5. Investigar el uso o no de los métodos anticonceptivos en los adolescentes que ya tienen un conocimiento.

3.3. HIPOTESIS

- Los adolescentes tienen creencias erróneas sobre el tema de anticoncepción.
- Existe diferencia en el nivel de conocimientos sobre anticoncepción entre hombres y mujeres.

- Existe una diferencia sobre métodos anticonceptivos entre adolescentes de colegios fiscales y particulares.
- Cuál es la influencia que tiene la familia en la enseñanza sobre salud sexual y anticoncepción.
- Cuál es la magnitud del uso de los métodos anticonceptivos aunque tienen un conocimiento previo.

3.4. METODOLOGIA

El presente estudio es descriptivo de corte transversal, realizado a todos los adolescentes de I, II, III de Bachillerato de las cuatro Instituciones Educativas de la Ciudad de Quito en Noviembre del 2010. Ingresaron al estudio todos los estudiantes que cumplían con los siguientes criterios:

3.4.1. Criterios de Inclusión:

- **Edad:**

  Adolescentes entre 14 y 18 años que estudien en los cuatro colegios seleccionados de la ciudad de Quito.
- **Sexo:**

  Hombres y Mujeres
- **Colegio:**

Que los estudiantes se encuentren estudiando en los Colegios Mixtos: Dillón, Andrés Bello, Anderson y Marista.

- **Año de estudio:**

  Estudiantes que se encuentren cursando I, II o III de Bachillerato en el año lectivo 2010 – 2011.

- Al momento de la realizar la encuesta se encuentren asistiendo a clases.
- Estudiantes que llenen el cuestionario completo y de manera adecuada de acuerdo a las instrucciones

3.4.2. Criterios de Exclusión

- **Edad:**

  Estudiantes menores de 14 o mayores de 18 años.

- **Año de estudio:**

  Estudiantes que no se encuentren cursando I, II o III de Bachillerato en el año lectivo 2010 – 2011 de los Colegios Participantes.

- Estudiantes que no llenen el cuestionario de manera adecuada, de acuerdo a las instrucciones.
- Estudiantes que no estén asistiendo a clases cuando se realice la encuesta.
- Estudiantes que no deseen participar del estudio

3.4.3. Instrumentos de recolección de la información:

Se aplicó una encuesta realizada en base al ENDEMAIN 2004 y encuesta que se realizó en el estudio: “Conocimientos y actitudes sobre sexualidad de los adolescentes de nuestro entorno” el cual se lo realizó en el Instituto de Enseñanza Secundaria San Juan de la Cruz de Úbeda.

El tiempo para la realización total de la encuesta fue de aproximadamente 10 minutos.

La encuesta consta de 21 preguntas, de las cuales 10 son dicotómicas (SI o NO) y 5 son opción múltiple. Las primeras 7 preguntas son sobre edad, colegio, sexo, curso, religión y nivel socioeconómico.

La pregunta 8 evalúa la información que han recibido sobre educación sexual. La pregunta 9 se refiere a la fuente de información sobre los temas de educación sexual.

De la pregunta 10 a la 13; se evalúa el conocimiento que tiene todos los adolescentes que participaron sobre métodos anticonceptivos

En la pregunta 14 se trata de ver si los adolescentes en ese momento tienen una relación. Las preguntas 15 y 16 son en relación al inicio de

vida sexual. La pregunta 17 tratamos de averiguar si el o la adolescente utilizó algún tipo de método en su primera relación sexual.

La pregunta 18 y 19 evalúa el conocimiento sobre el uso del condón a los adolescentes que ya han iniciado su vida sexual. La pregunta 20 se trata sobre la implicación familiar. Por último la pregunta 21 se refiere a la opinión sobre las relaciones prematrimoniales.

3.4.4. Limitaciones del Estudio:

- En el Colegio Marista, los investigadores no pudieron realizar la encuesta porque no fueron autorizados. En este colegio la encuesta fue realizada por los profesores. Tampoco se autorizó realizar la encuesta a los estudiantes de I de Bachillerato.

- El principal sesgo que enfrenta nuestra investigación es que los adolescentes no contesten con la verdad. A pesar del tamaño de la población en estudio no es una muestra representativa, tomando en cuenta que la población adolescente en el Ecuador es de casi el 20% del total.

3.4.5. Población de Estudio y Muestra

La muestra de nuestro estudio fue de 934 estudiantes de los cuatro colegios seleccionados.

3.4.6. Operacionalización de Variables del Estudio:

TABLA 3.1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN	ESCALA	INDICADOR
Edad	Numérica	Años de vida cumplidos por el participante	Años	Promedio Media Mediana
Sexo	Categórica	Identidad sexual del participante	1 Hombre 2 Mujer	Porcentaje Proporción Media
Curso	Categórica	Año por el que está cursando el participante	1 1 ero Bachillerato 2 2 do Bachillerato 3 3ero Bachillerato	Porcentaje Proporción Media
Cuantos hermanos tiene	Numérica	Número de hermanos y hermanas que tiene el participante	Números	Promedio Media Mediana
Instrucción de los padres	Categórica	El nivel de educación que tiene tanto el padre como la madre del participante	0 Ninguno 1 Primaria 2 Secundaria 3 Superior	Porcentaje Proporción
Ocupación de los padres	Categórica	El trabajo de los padres está relacionado con medicina o educación	1 Relacionado con área de Salud 2 Relacionado con educación 3 No relacionado con nada de lo anterior 4 Ninguno / no responde.	Porcentaje Proporción
Información sobre Desarrollo del cuerpo en la pubertad	Categórica Dicotómica	Temas sobre salud sexual si el participante ha recibido información	1 Si 2 No	Porcentaje Proporción
Información sobre: El aparato reproductor Femenino / Masculino	Categórica Dicotómica	Temas sobre salud sexual si el participante ha recibido información	1 Si 2 No	Porcentaje Proporción
Información sobre: La menstruación o regla	Categórica Dicotómica	Temas sobre salud sexual si el participante ha recibido	1 Si 2 No	Porcentaje Proporción

		información		
Información sobre: Relaciones sexuales	Categórica Dicotómica	Temas sobre salud sexual si el participante ha recibido información	1 Si 2 No	Porcentaje Proporción
Información sobre: Métodos Anticonceptivos	Categórica Dicotómica	Temas sobre salud sexual si el participante ha recibido información	1 Si 2 No	Porcentaje Proporción
Información sobre: El embarazo y el parto	Categórica Dicotómica	Temas sobre salud sexual si el participante ha recibido información	1 Si 2 No	Porcentaje Proporción
Fuente de información Familia	Categórica	El participante deberá contestar si ha recibido información de esta fuente.	1 Si 2 No	Porcentaje Proporción
Fuente de información Colegio	Categórica	El participante deberá contestar si ha recibido información de esta fuente.	1 Si 2 No	Porcentaje Proporción
Fuente de información Otras personas (Amigos, internet, TV)	Categórica	El participante deberá contestar si ha recibido información de esta fuente.	1 Si 2 No	Porcentaje Proporción
Método anticonceptivo que conoce	Categórica	El estudiante deberá responder Si conoce o no el método enlistado: 1 Pastillas 2 Condón 3 Inyecciones anticonceptivas 4 Ritmo / calendario 5 Retiro / Coitus interruptus	1 Si 2 No	Porcentaje Proporción
Anticoncepción por género sexual	Categórica	Los participantes conocen quienes pueden utilizar un método anticonceptivo	1 Varones 2 Mujeres 3 Ambos	Porcentaje Proporción
Tiene Novio (a)	Categórica Dicotómica	El participante en el momento se encuentra con novio	1 Si 2 No	Porcentaje Proporción
Inicio de vida sexual	Categórica Dicotómica	Si es una persona sexualmente activa	1 Si 2 No	Porcentaje Proporción
Edad de la primera pareja sexual	Numérica	Años cumplidos de la persona con la quien tuvo su primera	Años cumplidos	Promedio Media Mediana

		relación sexual		
Uso de método anticonceptivo en la primera relación	Categórica Dicotómica	Si el participante utilizó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual	1 Si 2 No	Porcentaje Proporción
Lugar de expendio de métodos anticonceptivos	Categórica	Lugar donde los participantes pueden encontrar con mayor facilidad un anticonceptivo	1 Farmacia 2 Aprofe 3 Cemoplaf 4 Médico Particular	Porcentaje Proporción
Uso del condón	Categórica Dicotómica	Actitudes de los participantes sobre el uso del condón	1 Si 2 No	Porcentaje Proporción
Eficacia de métodos anticonceptivos	Categórica	Para los participantes cual sería el mejor método anticonceptivo	1 Pastillas 2 Condón 3 Inyecciones anticonceptivas 4 Ritmo / calendario 5 Retiro / Coitus interruptus 6 Otro	Porcentaje Proporción
Implicación social del uso del condón	Categórica Dicotómica	Los padres de participante al encontrar un método anticonceptivo se molestarían con el o ella.	1 Si 2 No	Porcentaje Proporción
Efectos del uso de condón	Categórica Dicotómica	Creencias que tienen los participantes sobre el uso del preservativo.	1 Si 2 No	Porcentaje Proporción
Opinión sobre las relaciones pre-matrimoniales	Categórica Dicotómica	Es importante no tener relaciones sexuales antes del matrimonio	1 Si 2 No	Porcentaje Proporción

FUENTE: PRIMARIA ELABORADO POR: DAVID MELO, LOLA MOGROVEJO

3.4.7. Análisis de datos

La base de datos fue construida en el programa Microsoft Excel versión 2007 y analizada en el programa Epi Info versión 3.4.3 a través del cual la asociación se realizó con la prueba X^2, la significancia estadística se

estableció con un valor $p<0,05$. La fuerza de asociación se estableció con la Razón de Odds, la significancia a través de $IC_{95\%}$.

3.5. ASPECTOS ÉTICOS

Todos los estudiantes que participaron en el estudio fueron previamente informados de su participación en el mismo; además se brindó una explicación satisfactoria de los objetivos de la investigación y del problema base que motivó del mismo. Los participantes tuvieron el derecho a la información y principio de autonomía.

Se explicó que este estudio era completamente anónimo, bajo el principio de confidencialidad que le asistió a cada uno de los participantes. Bajo ningún concepto se provocó a los participantes, ya sea con intención, por omisión o negligencia.

Una vez realizado el análisis de los cuestionarios, estos serán archivados por un periodo de 2 años posterior a lo cual serán desechados. El estudio será de libre lectura y podrá ser tomado en consideración para disertaciones futuras.

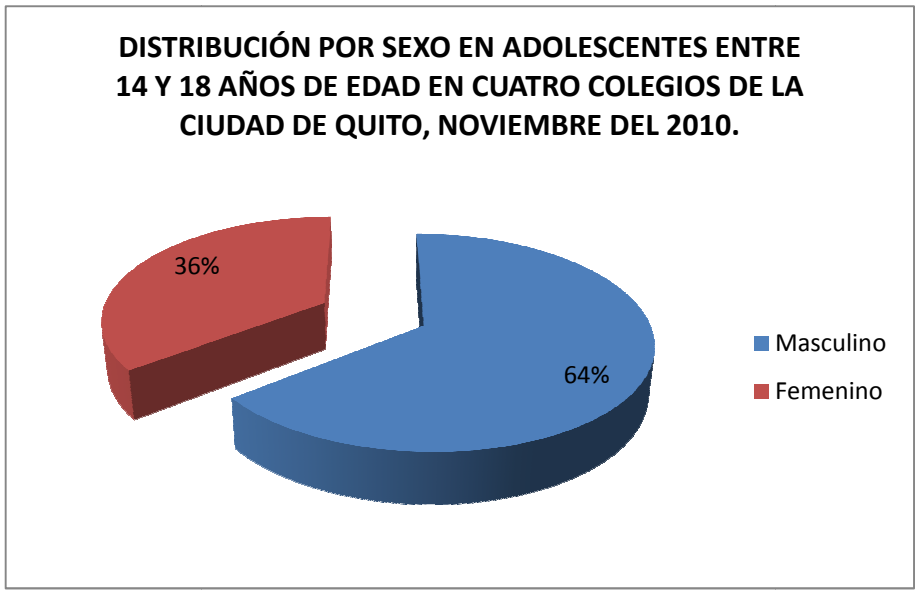
Los resultados de la investigación se presentaran a las instituciones educativas intervenidas, y una vez revisadas por las mismas se coordinará para la realización de foros acerca del tema de sexualidad con los adolescentes.

CAPITULO IV

RESULTADOS

En el presente estudio participaron 934 estudiantes, 602 (64,5%) fueron hombres y 332 (35,5%) mujeres (ver Gráfico 4.1). La media de la edad fue de 16,4 años, la mediana y la moda fueron de 16 años.

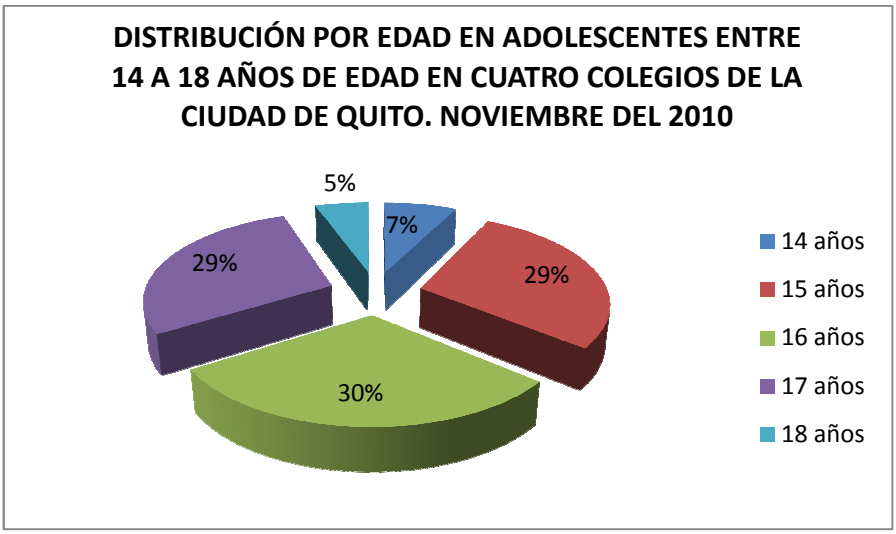
GRÁFICO 4.1



FUENTE: PRIMARIA ELABORADO POR: DAVID MELO, LOLA MOGROVEJO.

En el gráfico 4.2 observamos, que de todos los estudiantes que participaron: 69 (7,4%) tuvieron 14 años, 267 (28,6%) tuvieron 15 años, 282 (23,2%) tuvieron 16 años, 266 (28,5%) tenían 17 años, 50 (5,4%) tuvieron 18 años.

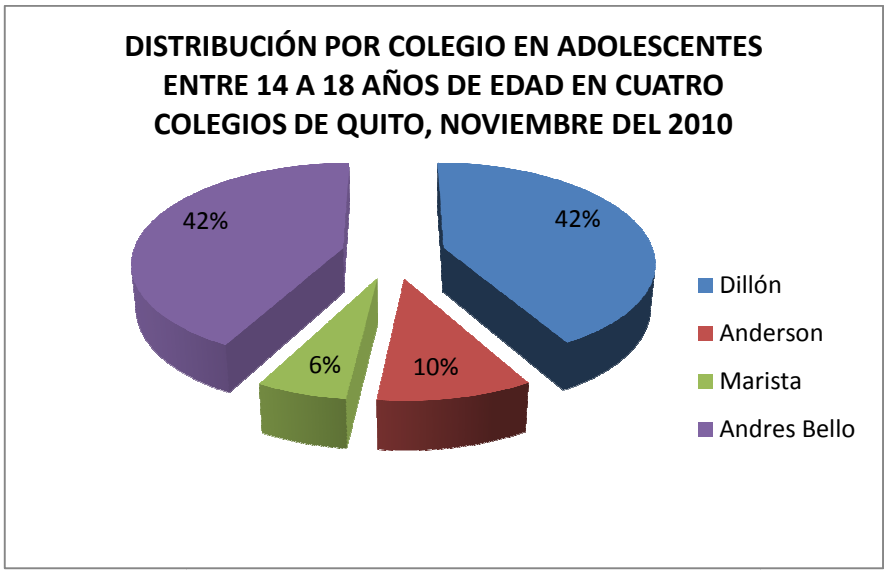
Grafico 4. 2



FUENTE: PRIMARIA ELABORADO POR: DAVID MELO, LOLA MOGROVEJO.

En nuestro estudio se escogieron dos Colegios Fiscales y dos Particulares; como se conoce que existe mayor número de estudiantes en los colegios fiscales, ellos ocupan el 84% de la muestra; mientras que los colegios Particulares el resto; distribuyendose de la siguiente manera: 390 (41,8%) se encuentran en el Colegio Dillón, 423 (45,3%) en el Colegio Andrés Bello, 66 (7,1%) en el Colegio Anderson; y 55 (5,9%) en el Colegio Marista. (Ver Gráfico 4.3)

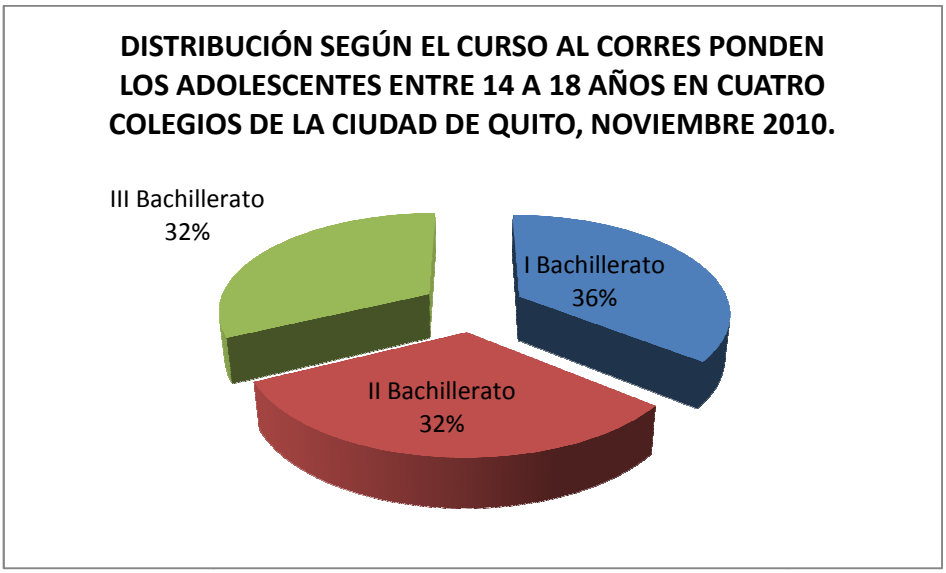
GRÁFICO 4.3.



FUENTE: PRIMARIA ELABORADO POR: DAVID MELO, LOLA MOGROVEJO.

En el Gráfico 4.4 tenemos la distribución de acuerdo al nivel de estudios que fue la siguiente: 334 (35.8 %) estudiantes se encuentran en primero de bachillerato, 299 (32.0 %) están en segundo de bachillerato y 301 (32.0 %) están cursando por tercero de bachillerato. Podemos observar que la distribución equitativa a pesar que no se pudo realizar la encuesta a I de Bachillerato del Colegio Marista.

Gráfico 4.4



FUENTE: PRIMARIA ELABORADO POR: DAVID MELO, LOLA MOGROVEJO.

En el presente estudio, se les pregunto a los estudiantes si habían recibido información sobre diferentes temas relacionados con sexualidad. Obteniéndose los resultados de la tabla 4.1.

TABLA 4.1. FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LA PREGUNTA SI HAN RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE DIFERENTES TEMAS DE SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES ENTRE 14 A 18 AÑOS DE EDAD EN CUATRO COLEGIOS DE LA CIUDAD DE QUITO, NOVIEMBRE 2010.

VARIABLES	SI		NO		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE:						
Desarrollo del cuerpo en la pubertad	892	95,50%	42	4,50%	934	100%
El aparato reproductor Femenino / Masculino	901	96,50%	33	3,50%	934	100%
La menstruación o regla	700	74,90%	234	25,10%	934	100%
Relaciones sexuales	895	95,80%	39	4,20%	934	100%
Métodos Anticonceptivos	876	93,80%	58	6,20%	934	100%
El embarazo y el parto	786	84,20%	148	15,80%	934	100%

FUENTE: PRIMARIA ELABORADO POR: DAVID MELO, LOLA MOGROVEJO.

Por lo tanto tenemos que la mayoría de los adolescentes han recibido información en sobre “El Aparato reproductor femenino y masculino” en un 96,5% (901); luego sigue el tema de “Relaciones Sexuales” en un 95,8% (895). Seguido en un 95,5% (892) con el “Desarrollo del cuerpo en la pubertad”. En cuarto lugar tenemos que 876 (93,8%) ha recibido información sobre el tema “Métodos Anticonceptivos”. Finalmente; “Embarazo y Parto” y “La Menstruación o Regla” fueron los temas que menos información recibieron los adolescentes, en un 84,20% y 74,90% respectivamente.

Al preguntar sobre la fuente de información como vemos en la tabla 4.2 tenemos que los estudiantes reciben mayor información del colegio; seguido por los padres de familia (padre, madre, o ambos) en un 39,8% nos parece preocupante porque este resultado puede deberse a una falta de comunicación entre estudiantes y padres de familia. En último lugar tenemos que los estudiantes reciben información de amigos, internet, TV u otra fuente de información.

TABLA 4.2. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES EN RELACIÓN A LA FUENTE DE INFORMACIÓN EN LOS ADOLESCENTES ENTRE 14 A 18 AÑOS DE EDAD EN CUATRO COLEGIOS DE LA CIUDAD DE QUITO. NOVIEMBRE, 2010.

VARIABLES	SI		NO		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Fuente de información						
Familiar	372	39,80%	562	60,20%	934	100%
Colegio	653	69,90%	281	30,10%	934	100%
Otras Fuentes	132	14,10%	802	85,90%	934	100%

FUENTE: PRIMARIA ELABORADO POR: DAVID MELO, LOLA MOGROVEJO.

Existe diversos métodos anticonceptivos; es importante saber si los adolescentes los conocen, por esta razón se preguntó si conocían o no cada uno de los métodos enlistados. Los resultados fueron que los métodos más conocidos son el condón, pastillas, e inyecciones; mientras que los métodos menos conocidos son el ritmo y retiro. (Ver tabla 4.3)

TABLA 4.3. FRECUENCIAS Y PORCENTAJES SOBRE EL CONOCIMIENTO DE DIVERSOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES ENTRE 14 A 18 AÑOS DE EDAD EN CUATRO COLEGIOS DE LA CIUDAD DE QUITO, NOVIEMBRE, 2010.

VARIABLES	SI		NO		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
CONOCE EL MÉTODO						
Pastilla	815	87,30%	119	12,70%	934	100%
Condón	914	97,90%	20	2,10%	934	100%
Inyecciones anticonceptivas	543	58,10%	391	41,90%	934	100%
Ritmo / Calendario	425	45,50%	509	54,50%	934	100%
Retiro / Coitus Interrptus	203	21,70%	731	78,30%	934	100%

FUENTE: PRIMARIA ELABORADO POR: DAVID MELO, LOLA MOGROVEJO.

El método más conocido por los adolescentes fue el condón; de los 934 estudiantes que fueron encuestados que conocen sobre este método; los hombres lo conocen en un 97,8% y las mujeres en un 97,9%. Tanto hombres como mujeres conocen por igual el Condón. Además como se ve en la tabla 4.4, lo mismo ocurre con la variable tipo de colegio (particular o fiscal), el conocimiento es similar. Finalmente podemos observar que la asociación de estas variables no es estadísticamente significativa. (SEXO – CONOCIMIENTO: OR = 0,98 IC $_{95\%}$ 0,3855 - 2,4703; COLEGIO – CONOCIMIENTO OR = 1,19 IC $_{95\%}$ 0,3436 - 4,1241).

TABLA 4.4. RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE EL CONOCIMIENTO SOBRE DEL CONDON CON LAS VARIABLES SEXO Y COLEGIO EN ADOLESCENTES ENTRE 14 A 18 AÑOS DE EDAD DE CUATRO COLEGIOS DE LA CIUDAD DE QUITO, NOVIEMBRE 2010.

VARIABLES	CONOCIMIENTO SOBRE CONDÓN		OR (IC)	CHI 2 (p)
	SI	NO		
SEXO				
Masculino	589 (97,8%)	13 (2,2%)	0.9759	0,0027
Femenino	325 (97,9%)	7 (2,1%)	(0,3855 - 2,4703)	0,9588
COLEGIO				
Fiscal	796 (97,9%)	17 (2,1%)	1,1904	0,07
Particular	118 (97,5%)	3 (2,5%)	(0,3436 - 4,1241)	0,783

FUENTE: PRIMARIA ELABORADO POR: DAVID MELO, LOLA MOGROVEJO.

En segundo lugar, tenemos que conocen las pastillas en un 87,3% (815); los varones adolescentes la conocen en un 85,1% y las mujeres en un 90,1% (ver tabla 4.5). Existe mayor conocimiento en mujeres que en hombres pero no es estadísticamente significativo. Por otro lado; de los 815 que contestaron afirmativamente 702 (86,3%) pertenecen a un colegio fiscal y 113 (93,4%) a Colegios particulares. Existe una asociación con la variable colegio, nos quiere decir existe 0,44 veces mayor conocimiento en colegio particulares. (SEXO – CONOCIMIENTO: OR = 0,66 IC $_{95\%}$ 0,4325 - 1,0138; COLEGIO – CONOCIMIENTO OR = 0,45 IC $_{95\%}$ 0,2127 - 0,9427).

TABLA 4.5. RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE EL CONOCIMIENTO SOBRE PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS CON SEXO Y COLEGIO EN ADOLESCENTES ENTRE 14 A 18 AÑOS DE EDAD DE CUATRO COLEGIOS DE LA CIUDAD DE QUITO, NOVIEMBRE 2010.

VARIABLES	CONOCIMIENTO DE PASTILLAS		OR (IC)	CHI 2 (p)
	SI	NO		
SEXO				
Masculino	516 (85,7%)	86 (14,3%)	0,6622	3,6354
Femenino	299 (90,1%)	33 (9,9%)	(0,4325 - 1,0138)	0,05
COLEGIO				
Fiscal	702 (86,3%)	111 (13,7%)	0,4477	4,6974
Particular	113 (93,4%)	8 (6,6%)	(0,2127 - 0,9427)	0,03

FUENTE: PRIMARIA ELABORADO POR: DAVID MELO, LOLA MOGROVEJO.

De los estudiantes participantes cuya respuesta fue que si conocían las inyecciones anticonceptivas corresponden al 58,1% (543). Al realizar el cruce de variable con sexo tenemos que el 54% (325) son hombres y 65,7% (218) son mujeres; la asociación muestra que las mujeres tiene 0,6136 mayor conocimiento que los hombres, y es estadísticamente significativo. (SEXO – CONOCIMIENTO: OR = 0,61 IC $_{95\%}$ 0,4649 - 0,8098). Mientras que en la asociación con tipo de colegio tenemos que 467 (57,4%) pertenecen a una institución fiscal y 76 (62,8%) a institución particular; pero dicha asociación no es estadísticamente significativa. (COLEGIO – CONOCIMIENTO OR = 0,7992 IC $_{95\%}$ 0,5389 – 1,1851). (Ver tabla 4.6)

TABLA 4.6. RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE EL CONOCIMIENTO SOBRE INYECCIONES ANTICONCEPTIVAS CON SEXO Y COLEGIO EN ADOLESCENTES ENTRE 14 A 18 AÑOS DE EDAD DE CUATRO COLEGIOS DE LA CIUDAD DE QUITO, NOVIEMBRE 2010.

VARIABLES	CONOCIMIENTO SOBRE INYECCIONES		OR (IC)	CHI 2 (p)
	SI	NO		
SEXO				
Masculino	325 (54%)	277 (46%)	0,6136	11,98
Femenino	218 (65,7%)	114 (34,3%)	(0,4649 - 0,8098)	< 0,01
COLEGIO				
Fiscal	467 (57,4%)	346 (42,6%)	0,7992	1,2472
Particular	76 (62,8%)	45 (37,2%)	(0,5389 - 1,1851)	0,264

FUENTE: PRIMARIA ELABORADO POR: DAVID MELO, LOLA MOGROVEJO.

En cuanto, al método del ritmo o calendario podemos decir que el 45,5% (425) de los estudiantes conoce el método. De los participantes cuya respuesta es Si; 265 (44%) son varones y 160 (48,2%) son mujeres; existe mayor conocimiento en las mujeres aunque no existe una clara diferencia. (SEXO – CONOCIMIENTO: OR = 0,8453 IC $_{95\%}$ 0,6461 - 1,106). Por otro

en la tabal 7 podemos decir que de los 425 adolescentes 360 (44,2%) pertenecen a un Colegio Fiscal y 65 (53,7%) a un Colegio Particular; la asociación nos muestra que existe un 0,84 veces mayor el conocimiento sobre el método del ritmo en los estudiantes de Colegios Particulares, aunque no es estadísticamente significativo. (COLEGIO – CONOCIMIENTO OR = 0,6847 IC $_{95\%}$ 0,4667 – 1,0044). (Ver Tabla 4.7)

TABLA 4.7. RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE EL CONOCIMIENTO SOBRE EL MÉTODO DEL RITMO CON SEXO Y COLEGIO EN ADOLESCENTES ENTRE 14 A 18 AÑOS DE EDAD DE CUATRO COLEGIOS DE LA CIUDAD DE QUITO, NOVIEMBRE 2010.

VARIABLES	CONOCIMIENTO SOBRE EL MET. DEL RITMO		OR (IC)	CHI 2 (p)
	SI	NO		
SEXO				
Masculino	265 (44%)	337 (56%)	0,8453	1,5026
Femenino	160 (48,2%)	172 (51,8%)	(0,6461 - 1,106)	0,22
COLEGIO				
Fiscal	360 (44,2%)	453 (55,7%)	0,6847	3,7838
Particular	65 (53,7%)	56 (46,3%)	(0,4667 - 1,0044)	0,0517

FUENTE: PRIMARIA ELABORADO POR: DAVID MELO, LOLA MOGROVEJO.

Por último, en la tabla 4.8 el método menos conocido fue el método del Retiro; del total que respondió afirmativamente, 147 (24,4%) son varones y 56 (16,9%) son mujeres; la asociación de las variables muestra que los hombres tienen 1,5 veces mayor conocimiento sobre este método. (SEXO – CONOCIMIENTO: OR = 1,5923 IC $_{95\%}$ 1,1309 - 2,242). Por otro lado en lo referente al conocimiento del método del retiro con el Colegio podemos decir que de los 203 estudiantes que conocen el método 170 (20,9%) pertenecen a Colegios Fiscales y que solo 33 (27,3%) a Colegios

Particulares; esto nos demuestra que existe menor conocimiento en colegios fiscales; aunque la asociación no es estadísticamente significativa. (COLEGIO – CONOCIMIENTO OR = 0,705 IC $_{95\%}$ 0,4566 – 1,0885).

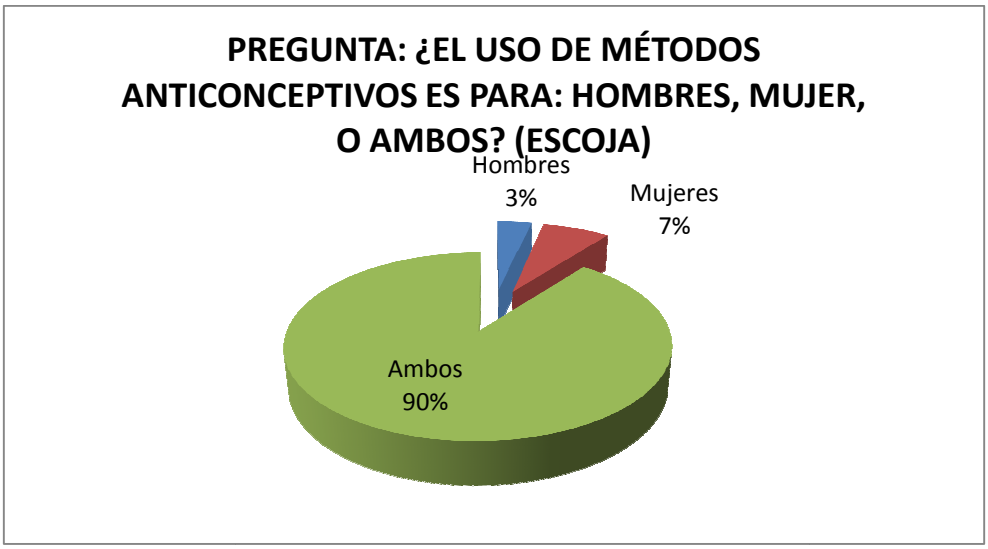
TABLA 4.8. RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE EL CONOCIMIENT0 DEL MÉTODO DE RETIRO CON SEXO Y COLEGIO EN ADOLESCENTES ENTRE 14 A 18 AÑOS DE EDAD DE CUATRO COLEGIOS DE LA CIUDAD DE QUITO, NOVIEMBRE 2010.

	CONOCIMIENTO SOBRE EL MET. DEL RETIRO		OR (IC)	CHI 2 (p)
VARIABLES	SI	NO		
SEXO				
Masculino	147 (24,4%)	455 (75,6%)	1,5923	7,1729
Femenino	56 (16,9%)	276 (83,1%)	(1,1309 - 2,242)	0.007
COLEGIO				
Fiscal	170 (20,9%)	643(79,1%)	0,705	2,5065
Particular	33 (27,3%)	88 (72,7%)	(0,4566 - 1,0885)	0,113

FUENTE: PRIMARIA ELABORADO POR: DAVID MELO, LOLA MOGROVEJO.

En cuanto a la pregunta ¿El Uso de métodos anticonceptivos es para: Hombres, mujeres o ambos? El 90% contestaron que era para ambos; el 10% respondió que era para uno de los dos sea hombre o mujer. Este 10% corresponde a estudiantes que se encuentran en I de Bachillerato y que no han recibido información sobre métodos anticonceptivos. (Ver gráfico 4.5)

GRÁFICO 4.5.

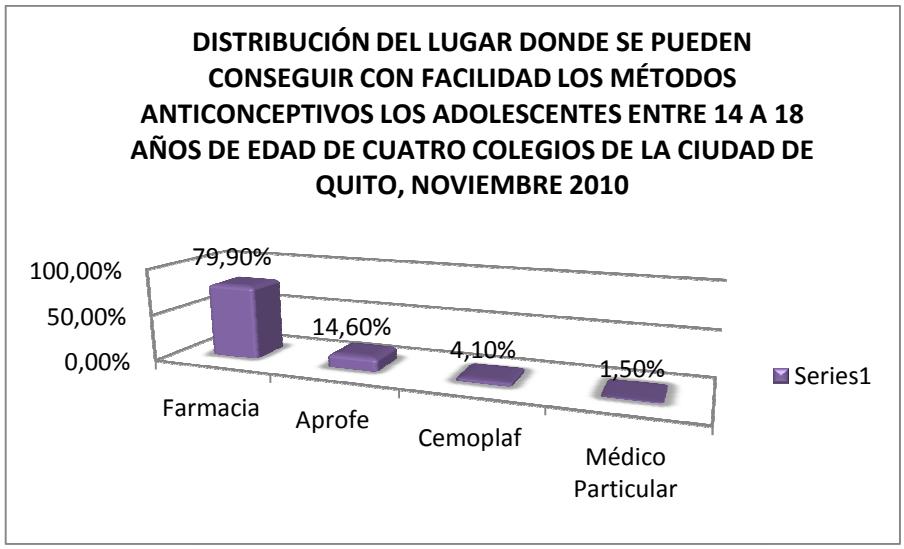


FUENTE: PRIMARIA ELABORADO POR: DAVID MELO, LOLA MOGROVEJO.

En el gráfico 4.6 observamos que el lugar donde adolescentes con mayor frecuencia consiguen anticonceptivos sean estos condones, pastillas o inyecciones; fue la farmacia en un 79,9% (749), seguido de organizaciones que están destinadas a brindar información y ayuda para la planificación familiar como lo es Aprofe y Cemoplaf con porcentajes de 14.6 % y 4.1 % respectivamente.

Por último aquellos adolescentes que buscarían a un médico para conseguir anticonceptivos el porcentaje fue de 1.5 %.

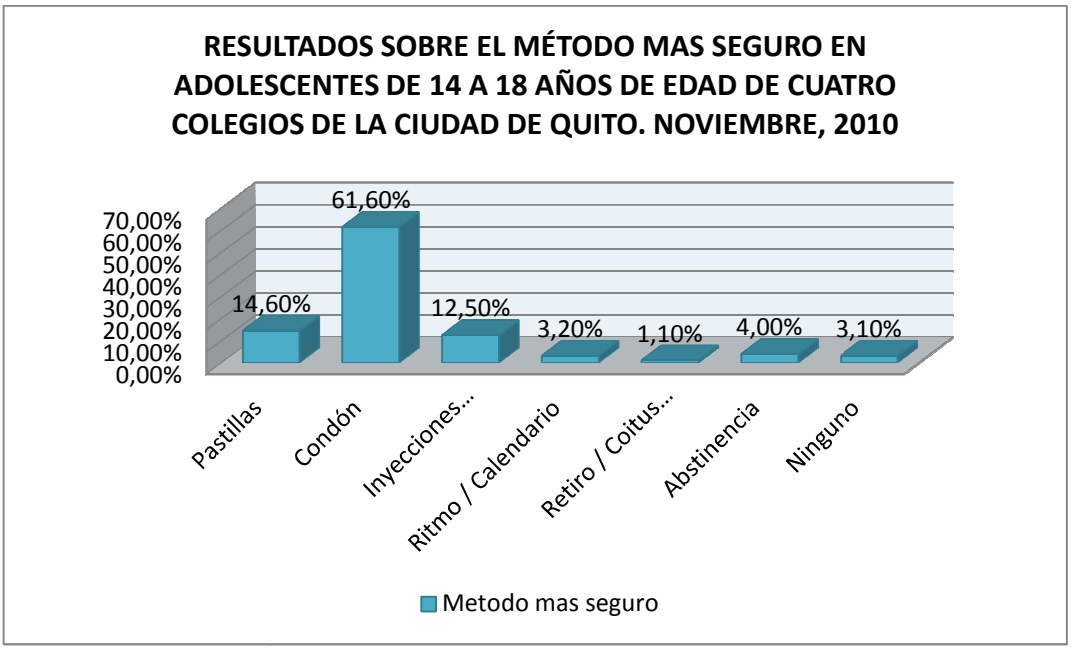
Gráfico 4.6.



FUENTE: PRIMARIA ELABORADO POR: DAVID MELO, LOLA MOGROVEJO

Preguntamos acerca de cuál es el método más seguro para los adolescentes obteniéndose en primer lugar el condón con un 61,6%; luego las pastillas y las inyecciones con más del 10% cada una. Continúa, la abstinencia, ritmo y ningún método con un total de 10,30%. Pero el método menos eficaz fue el retiro o coitus interruptus con el 1.1 %. Ver Gráfico 4.7.

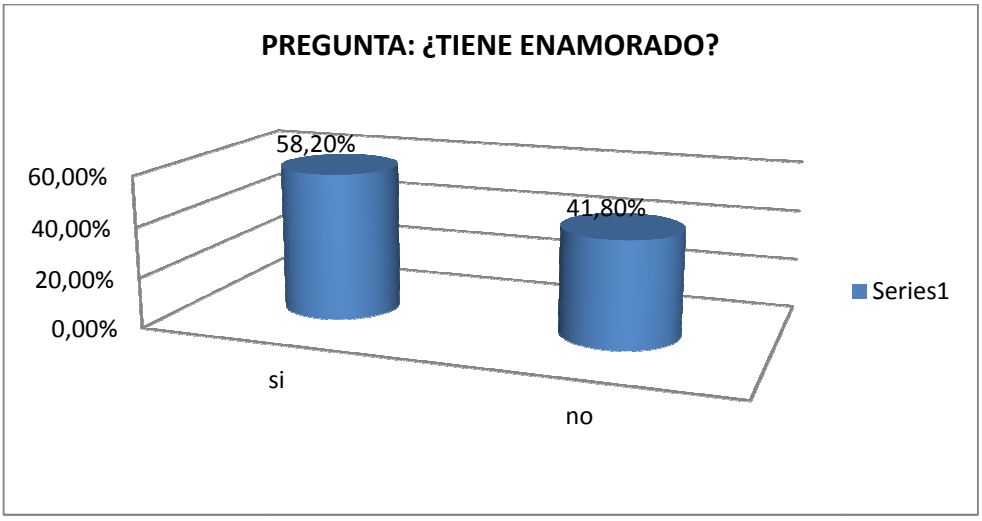
GRÁFICO 4.7.



FUENTE: PRIMARIA ELABORADO POR: DAVID MELO, LOLA MOGROVEJO

Quinientos cuarenta y cuatro alumnos (58.2 %) tienen una relación sentimental en este momento y 390 (41.8 %) alumnos no tienen una relación sentimental. (GRÁFICO 4.8)

GRÁFICO 4.8



FUENTE: PRIMARIA ELABORADO POR: DAVID MELO, LOLA MOGROVEJO

En la tabla 4.9 se pregunto si ya han iniciado su vida sexual obteniendo que el 40.6% (379) de los estudiantes ya ha comenzado.

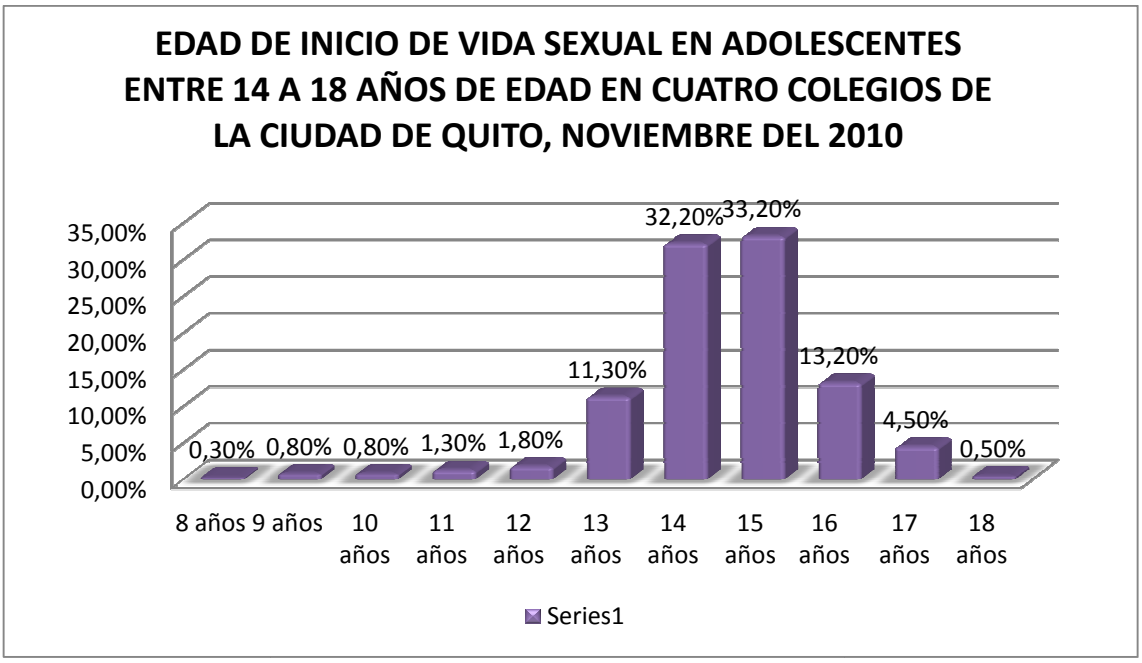
TABLA 4.9. FRECUENCIA Y PORCENTAJE SOBRE LA PREGUNTA ¿SI EL ADOLESCENTES A INICIADO RELACIONES SEXUALES?

VARIABLE	SI		NO		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Inicio de Relaciones sexuales	378	40,50%	556	59,50%	934	100%

FUENTE: PRIMARIA ELABORADO POR: DAVID MELO, LOLA MOGROVEJO

En el gráfico 4.9 podemos observar que la mayoría inicia la vida sexual es a los 15 años con un porcentaje 33.2 % (126); siendo la media de 14,47, la mediana y moda de 15.

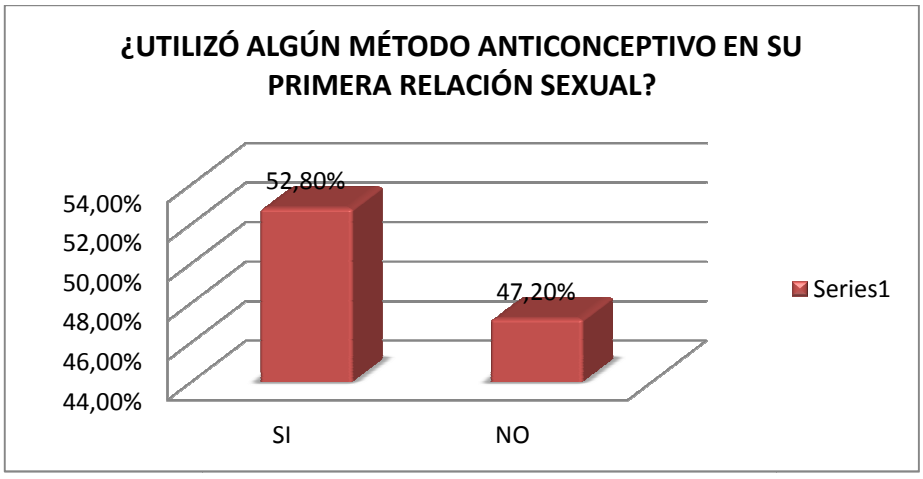
GRÁFICO 4.9.



FUENTE: PRIMARIA ELABORADO POR: DAVID MELO, LOLA MOGROVEJO

De los 379 adolescentes que ya han iniciado su vida sexual el 52,8% (200) usaron un método anticonceptivo durante su primera relación sexual y 179 (47,2%) adolescentes no usaron ninguno. (Gráfico 4.10)

GRÁFICO 4.10.



FUENTE: PRIMARIA ELABORADO POR: DAVID MELO, LOLA MOGROVEJO

¿El condón se puede utilizar más de una vez? 34 (9.0 %) estudiantes contestaron afirmativamente y 345 (91.0 %) dijeron que no. (Tabla 4.10)

TABLA 4.10. ¿CONSIDERA USTED QUE EL CONDÓN PUEDE UTSARSE MAS DE UNA VEZ SI ES DE BUENA CALIDAD?

VARIABLE	SI		NO		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Uso del condón	34	9,00%	345	91,00%	934	100%

FUENTE: PRIMARIA ELABORADO POR: DAVID MELO, LOLA MOGROVEJO

Se les preguntó a los adolescentes que han tenido relaciones sexuales si el uso del condón les permite tener relaciones más seguras y placenteras. Como se ve en el gráfico 4.11, 254 (67.0 %) dijeron que si y el 33.0 % (125) que no.

GRÁFICO 4.11.



FUENTE: PRIMARIA ELABORADO POR: DAVID MELO, LOLA MOGROVEJO

En cuanto a la implicación familiar que tiene el condón al preguntarles: si los padres se molestarían con el adolescente si les encontraban con preservativos, los resultados fueron que un 67.8 % (633) de los padres no se molestarían con los adolescentes y 32.2 % (301) no se enojarían. (Ver tabla 4.11)

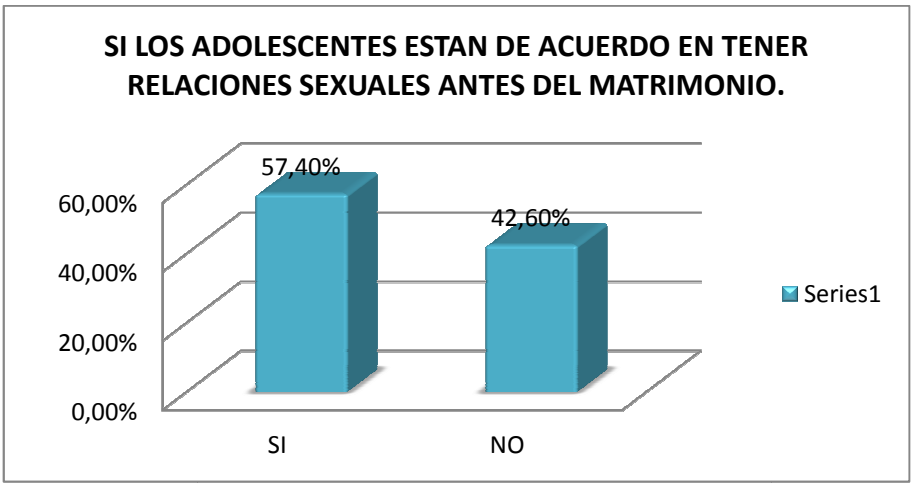
TABLA 4.11. FRECUENCIA Y PORCENTAJE SOBRE LA PREGUNTA ¿SE ENOJARÍAN MIS PADRES SI ME ENCUENTRAN CON PRESERVATIVO? EN ADOLESCENTES ENTRE 14 A 18 AÑOS DE EDAD EN CUATRO COLEGIOS DE LA CIUDAD DE QUITO, NOVIEMBRE 2010

VARIABLE	SI		NO		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Implicación Familiar sobre el condón	301	32,20%	633	67,80%	934	100%

FUENTE: PRIMARIA ELABORADO POR: DAVID MELO, LOLA MOGROVEJO

Las relaciones prematrimoniales es algo que hoy en día es muy cuestionado pedimos la opinión sobre este tema a los adolescentes. Como vemos en el gráfico 4.12 los adolescentes contestaron que 42.6 % (398) no están de acuerdo con las relaciones prematrimoniales y el 57.4 % (536) que están de acuerdo con las relaciones prematrimoniales.

GRÁFICO 4.12



FUENTE: PRIMARIA ELABORADO POR: DAVID MELO, LOLA MOGROVEJO

4.1. ASOCIACIÓN DE VARIABLES.

TABLA 4.12. RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE LA INFORMACIÓN QUE HAN RECIBIDO SOBRE EL DESARROLLO DEL CUERPO EN LA PUBERTAD, SEXO Y COLEGIO EN ADOLESCENTES ENTRE 14 A 18 AÑOS DE EDAD DE CUATRO COLEGIOS DE LA CIUDAD DE QUITO, NOVIEMBRE 2010.

VARIABLES	RECIBIERON INFORMACIÓN SOBRE DESARROLLO DEL CUERPO		OR (IC)	CHI 2 (p)
	SI	NO		
SEXO				
Masculino	569 (94,5%)	33 (5,5%)	0,4804	3,8256
Femenino	323 (97,3%)	9 (2,7%)	(0,227 - 1,0167)	0,0504
COLEGIO				
Fiscal	776 (95,4%)	37 (4,6)	0,904	0,043
Particular	116 (95,9%)	5 (4,1%)	(0,348 - 2,347)	0,8357

FUENTE: PRIMARIA ELABORADO POR: DAVID MELO, LOLA MOGROVEJO

La distribución por género de los 892 adolescentes que han recibido información en el tema Desarrollo del cuerpo en la pubertad; el 94,5%

(569) son varones adolescentes y el 97,3% (323) son mujeres adolescentes; no hay una buena asociación entre estas dos variables (CONOCIMIENTO – SEXO OR = 0,48 IC $_{95\%}$ 0,227 – 1,0167). A lo referente al tipo de colegio; de los 892 estudiantes, 776 (95,4%) se encuentran estudiando en un colegio Fiscal y 116 (95,9%) en colegio Particular; al igual que lo anterior no existe una buena asociación entre las variables. (CONOCIMIENTO – COLEGIO OR = 0,90 IC $_{95\%}$ 0,348 – 2,347) (Ver tabla 4.12).

TABLA 4.13. RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE LA INFORMACIÓN SOBRE EL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO / MASCULINO CON LAS VARIABLES SEXO Y COLEGIO EN ADOLESCENTES ENTRE 14 A 18 AÑOS DE EDAD EN CUATRO COLEGIO DE LA CIUDAD DE QUITO, NOVIEMBRE 2010.

VARIABLES	RECIBIERON INFORMACIÓN SOBRE EL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO / MASCULINO		OR (IC)	CHI 2 (p)
	SI	NO		
SEXO				
Masculino	573 (95,2%)	29 (4,8%)	0,241	8,1931
Femenino	328 (98,8%)	4 (1,2 %)	(0,084 - 0,6915)	< 0,01
COLEGIO				
Fiscal	783 (96,3%)	30 (3,7%)	0,6636	0,453
Particular	118 (97,5%)	3 (2,5%)	(0,1994 - 2,2086)	0,5

FUENTE: PRIMARIA ELABORADO POR: DAVID MELO, LOLA MOGROVEJO

En la tabla 4.13 nos muestra que de los 901 estudiantes que han recibido algún tipo de información sobre el tema Aparato Reproductor Femenino / Masculino, 573 (95,2%) son hombres adolescentes y 329 (98,8%) son mujeres adolescentes. La asociación nos muestra que existe 0,24 veces mayor conocimiento en mujeres. (CONOCIMIENTO – SEXO OR = 0,241 IC $_{95\%}$ 0,084 – 0,6915). En cambio 783 (963%) son de Colegios Fiscales y 118

(97,5%) son de Colegios Particulares. Existe 0,66 veces mayor conocimiento en colegios particulares, pero no es estadísticamente significativo. (CONOCIMIENTO – COLEGIO OR = 0,6636 IC $_{95\%}$ 0,1994 – 2,2086).

TABLA 4.14. ASOCIACIÓN SOBRE LA INFORMACIÓN QUE RECIBEN CON EL TEMA DE MENSTRUACIÓN / O REGLA CON SEXO Y COLEGIO EN ADOLESCENTES ENTRE 14 A 18 AÑOS DE EDAD EN CUATRO COLEGIOS DE LA CIUDAD DE QUITO, NOVIEMBRE 2010

VARIABLES	RECIBIERON INFORMACIÓN SOBRE MENSTRUACIÓN O REGLA		OR (IC)	CHI 2 (p)
	SI	NO		
SEXO				
Masculino	376 (62,5%)	226 (37,5%)	0,0411	140,66
Femenino	324 (97,6%)	8 (2,4%)	(0,02 - 0,0844)	< 0,01
COLEGIO				
Fiscal	593 (72,9%)	220 (27,1%)	0,3527	13,459
Particular	107 (88,4%)	14 (11,6%)	(0,1978 - 0,6287)	< 0,01

FUENTE: PRIMARIA ELABORADO POR: DAVID MELO, LOLA MOGROVEJO

Los adolescentes que si han recibido información sobre menstruación o regla son 700; el 62,5% (376) son varones adolescentes y el 97,6% (324) son mujeres. Al realizar la asociación, se muestra que existe mayor información en mujeres que en hombres; aunque es mucho la diferencia. (CONOCIMIENTO – SEXO OR = 0,041 IC $_{95\%}$ 0,02 – 0,0844). (Ver tabla 4.14). Al realizar la asociación con la variable colegio; tenemos que existe un mayor conocimiento en colegio Fiscal que en Particular. (CONOCIMIENTO – COLEGIO OR = 0,3527 IC $_{95\%}$ 0,1978 – 0,6287). (Ver tabla 4.14).

TABLA 4.15. ASOCIACIÓN ENTRE LAS VARIABLES RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE EMBARAZO Y PARTO, SEXO Y COLEGIO EN ADOLESCENTES ENTRE 14 A 18 AÑOS DE EDAD DE CUATRO COLEGIOS DE LA CIUDAD DE QUITO, NOVIEMBRE 2010.

VARIABLES	RECIBIERON INFORMACIÓN SOBRE EMBARAZO Y EL PARTO		OR (IC)	CHI 2 (p)
	SI	NO		
SEXO				
Masculino	478 (79,4%)	124 (20,6%)	0,3004	28,68
Femenino	308 (92,8%)	24 (7,2%)	(0,1896 - 0,4758)	< 0,01
COLEGIO				
Fiscal	678 (83,4%)	135 (16,6%)	0,6045	2,7135
Particular	108 (89,3%)	13 (10,7%)	(0,3303 - 1,1063)	0,0995

FUENTE: PRIMARIA ELABORADO POR: DAVID MELO, LOLA MOGROVEJO

De los 786 adolescentes que contestaron que si han recibido información sobres el tema de Embarazo y Parto, el 79,4% (487) son varones y el 92,8 % (308) son mujeres; al realizar el cruce de variables podemos ver que existe 0,3 veces mayor conocimiento las mujeres que en hombres adolescentes. (CONOCIMIENTO – SEXO OR = 0,30 IC $_{95\%}$ 0,18696 – 0,4758). Por lo contrario al realizar la asociación con la variable colegio, 768 (83,4%) pertenece a un colegio fiscal mientras que el 108 (89,3%) a un colegio Particular, no hay un clara asociación y no es estadísticamente significativo. (CONOCIMIENTO – COLEGIO OR = 0,60 IC $_{95\%}$ 0,3303 – 1,1063). (Tabla 4.15)

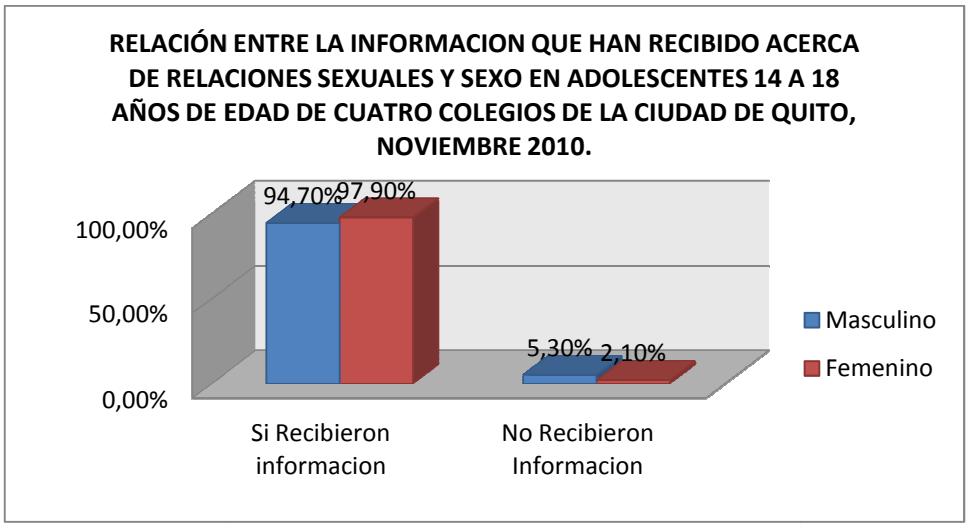
TABLA 4.16. ASOCIACIÓN DE LAS VARIABLES SI HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE RELACIONES SEXUALES, SEXO Y COLEGIO EN ADOLESCENTES ENTRE 14 A 18 AÑOS DE EDAD EN CUATRO COLEGIOS DE LA CIUDAD DE QUITO. NOVIEMBRE 2010.

VARIABLES	RECIBIERON INFORMACIÓN SOBRE RELACIONES SEXUALES		OR (IC)	CHI 2 (p)
	SI	NO		
SEXO				
Masculino	570 (94,7%)	32 (5,30%)	0,3738	5,5
Femenino	325 (97,9%)	7 (2,10%)	(0,1674 - 0,8791)	0,019
COLEGIO				
Fiscal	780 (95,9%)	33 (4,1%)	1,2332	0,213
Particular	115 (95%)	6 (5%)	(0,5056 - 3,0079)	0,6444

FUENTE: PRIMARIA ELABORADO POR: DAVID MELO, LOLA MOGROVEJO

En nuestro estudio, la distribución de los adolescentes por género que ha recibido información sobre relaciones sexuales fue 570 (94,7%) hombres y 325 (97,9%) mujeres. Por tanto la asociación entre estas dos variables nos demuestra que el conocimiento sobre relaciones sexuales es de 0,38 veces más las mujeres que los hombres. (CONOCIMIENTO – SEXO OR = 0,30 IC $_{95\%}$ 0,1674 – 0,8791). En cambio en cuanto a la distribución de los adolescentes según el colegio tenemos que 780 (87,2%) pertenecen a un colegio fiscal y 115 (12,8%) a un colegio particular, pero la asociación de estas dos variables no estadísticamente significativa. (CONOCIMIENTO – COLEGIO OR = 1,23 IC $_{95\%}$ 0,5056 – 3,0077). (Tabla 4.16 y Gráfico 4.13)

GRAFICO. 4.13



FUENTE: PRIMARIA ELABORADO POR: DAVID MELO, LOLA MOGROVEJO

TABLA 4.17. RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE LA INFORMCACIÓN QUE HAN RECIBIDO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, SEXO Y COLEGIO EN ADOLESCENTES ENTRE 14 A 18 AÑOS DE EDAD DE CUATRO COLEGIOS DE LA CIUDAD DE QUITO, NOVIEMBRE 2010.

VARIABLES	RECIBIERON INFORMACIÓN SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS		OR (IC)	CHI 2 (p)
	SI	NO		
SEXO				
Masculino	561 (93,2%)	41 (6,8%)	0,7384	1,0495
Femenino	315 (94,9%)	17 (5,1%)	(0,4126 - 1,3215)	0,305
COLEGIO				
Fiscal	762 (93,7%)	51 (6,3%)	0,9174	0,0431
Particular	114 (94,2%)	7 (5,8%)	(0,4064 - 2,0709)	0,8356

FUENTE: PRIMARIA ELABORADO POR: DAVID MELO, LOLA MOGROVEJO

La distribución por género entre los estudiantes que tuvieron algún tipo de información sobre métodos anticonceptivos fue 561 (93,2%) en hombres y 315 (94,9%) mujeres. No hay una diferencia de conocimientos entre hombres y mujeres. (OR = 0,73 IC $_{95\%}$ 0,4126 - 1,3215). Al realizar la asociación de quienes han recibido información sobre métodos

anticonceptivos y la distribución por colegios 762 (93,7%) se encuentran estudiando en un Colegio Fiscal y 114 (94,2%) a un colegio Particular, pero no hay una clara asociación. (CONOCIMIENTO – COLEGIO OR = 0,91 IC $_{95\%}$ 0,4064 - 2,0709). (Ver tabla 4.17)

TABLA 4.18. RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE LA INFORMACIÓN QUE HAN RECIBIDO SOBRE METODOS ANTICONCEPTIVOS Y SI CONOCEN LOS DIFERENTES METODOS ANTICONCEPTIVOS COMO PASTILLAS, CONDÓN, INYECCIONES, RITMO Y RETIRO EN ADOLESCENTES.

	RECIBIERON INFORMACIÓN SOBRE ANTICONCEPTIVOS		OR (IC)	CHI 2 (p)
VARIBLES	SI	NO		
PASTILLAS				
SI	773 (94,8%)	42 (5,2%)	2,859	12,2585
NO	103 (86,6%)	16 (13,4%)	(1,5512 - 5,2693)	0,0004
CONDÓN				
SI	859 (94,0%)	55 (6,0%)	2,7561	2,7113
NO	17 (85,0%)	3 (15,0%)	(0,7839 - 9,6905)	0,0996
INYECCIONES				
SI	519 (95,6%)	24 (4,4%)	2,0595	7,1354
NO	357 (91,3%)	34 (8,7%)	(1,2006 - 3,5329)	0,007
RITMO				
SI	408 (96,0%)	17 (4%)	2,1026	6,5389
NO	468 (91,9%)	41 (8,1%)	(1,1763 - 3,7582)	0,01
RETIRO				
SI	193 (95,1%)	10 (4,9%)	1,3564	0,7339
NO	683 (93,4%)	48 (6,6%)	(0,6737- 2,7309)	0,3916

FUENTE: PRIMARIA ELABORADO POR: DAVID MELO, LOLA MOGROVEJO

De los 876 estudiantes que ha recibido información sobre anticonceptivos, 773 (94,8%) conoce sobre pastillas anticonceptivas mientras que el 103 (86,6%) no conoce sobre las pastillas anticonceptivas. Al realizar la

asociación entre estas dos variables se puede observar que los estudiantes que han recibido información sobre métodos anticonceptivos tienen 2,85 veces más conocimiento sobre las pastillas. (OR = 2,85 IC $_{95\%}$ 1,5512 - 5,2693). (Tabla 4.18).

Ochocientos cincuenta y nueve (94,0%) adolescentes que han recibido información sobre métodos anticonceptivos conocen sobre el método del Condón, mientras que solo diez y siete (85,0%) no conocen este método. Por tanto; existen 2,75 veces más conocimientos sobre el condón, aunque no es estadísticamente significativo. (OR = 2,75 IC $_{95\%}$ 0,7839 - 9,6905).

Por otro lado podemos observar que 519 (95,6%) de 876 estudiantes que recibieron información sobre anticonceptivos conocen sobre las inyecciones anticonceptivas. La asociación muestra que los estudiantes conocen 2,05 las inyecciones como método anticonceptivo. (OR = 2,05 IC $_{95\%}$ 1,1763 - 3,7582).

De los estudiantes que tienen conocimientos sobre métodos anticonceptivos (876), solo 96,0% (408) de ellos conoce sobre el método del ritmo y 468 (91,9%) no conoce. Por tanto no existe una buena asociación entre las variables. (OR = 2,10 IC $_{95\%}$ 1,1763 - 3,7582).

Al realizar la asociación entre el conocimiento de métodos anticonceptivos y si los estudiantes conocían el método del retiro; el resultado fue que

solo 193 (95,1%) conocía el método. Por esta razón no existe una clara asociación. Y podemos considerarlo como uno de los métodos menos conocidos. (OR = 1,35 IC $_{95\%}$ 0,6737- 2,7309).

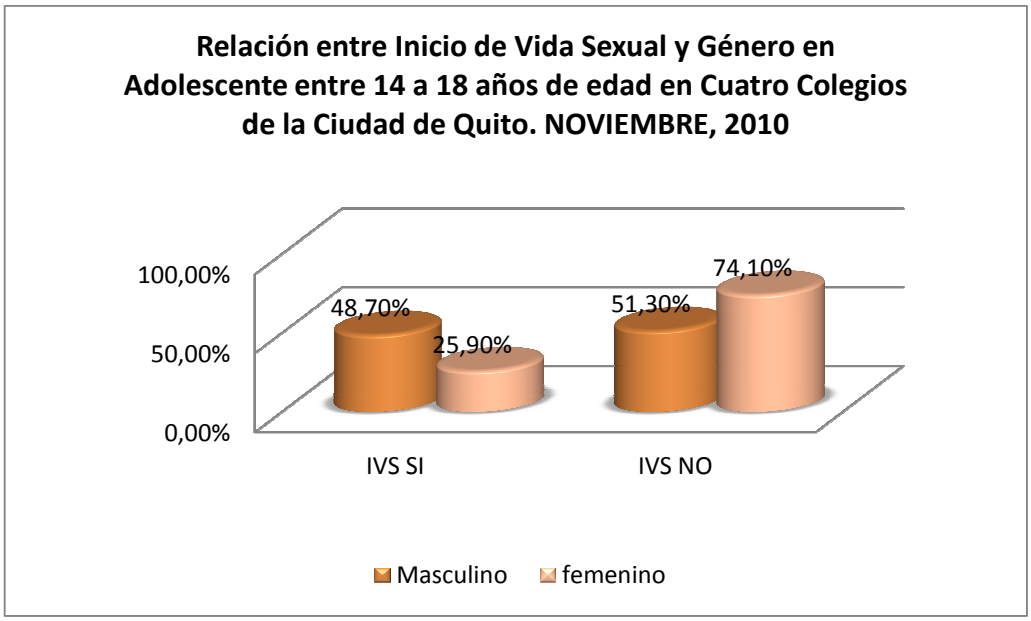
TABLA 4.19. RELACIÓN ENTRE INICIO DE RELACIONES SEXUALES, SEXO Y COLEGIO EN ADOLESCENTES ENTRE 14 A 18 AÑOS DE EDAD EN LA CUIDAD DE QUITO. NOVIEMBRE, 2010.

	INICIO DE REL. SEXUAL		OR (IC)	CHI 2 (p)
VARIBLES	**SI**	**NO**		
SEXO				
Masculino	293 (48,7%)	309 (51,3%)	2,7124	46
Femenino	86 (25,9%)	246 (74,1%)	(2,0235 - 3,6356)	< 0,01
COLEGIO				
Fiscal	324 (39,9%)	489 (60,1%)	0,7951	1,3709
Particular	55 (45,5%)	66 (54,5%)	(0,5413 - 1,678)	0,2417

FUENTE: PRIMARIA ELABORADO POR: DAVID MELO, LOLA MOGROVEJO

Como se menciono anteriormente el 40,5% (379) han mantenido relaciones sexuales. Como podemos ver en la tabla 4.19 el 77,3% (293) de los varones adolescentes y 22,7% (86) de las mujeres adolescentes han iniciado su vida sexual. Al realizar la asociación de estas variables podemos decir que el inicio de relaciones sexuales es 2,71 veces mayor en hombre que en mujeres. Por lo que ser hombre es un factor de riesgo debido a que mientras una mujer ha iniciado o mantenido relaciones sexuales 3 hombres lo han hecho. Además podemos decir que el resultado es estadísticamente significativo. (OR = 2,71 IC $_{95\%}$ 2,0235 – 3,6356). (Ver tabla 4.19 y gráfico 4.14)

GRÁFICO 4.14.



FUENTE: PRIMARIA ELABORADO POR: DAVID MELO, LOLA MOGROVEJO

Como podemos ver en la tabla 4.19; de los 379 adolescentes que han tenido relaciones sexuales, 324 (85,5%) pertenecen a un Colegio Fiscal mientras que 55 (14,5%) pertenecen a un Colegio Particular.

La asociación que se obtuvo de estas dos variables muestra que el inicio de relaciones sexuales es 0,79 veces menos en Colegios particulares; aunque no es estadísticamente significativo. (OR = 0,79 IC $_{95\%}$ 0,5413 – 1, 678)

TABLA 4.20. RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE EL INICIO DE RELACIONES SEXUALES CON SEXO, EL CONOCIMIENTO SOBRE RELACIONES SEXUALES Y SI TIENE ENAMORADO EN ADOLESCENTES ENTRE 14 A 18 AÑOS DE EDAD DE CUATRO COLEGIOS DE LA CIUDAD DE QUITO, NOVIEMBRE 2010.

VARIBLES	INICIO DE RELACIONES SEXUALES		OR (IC)	CHI 2 (p)
	SI	NO		
CONOCIMIENTO SOBRE REL. SEXUALES				
SI	363 (40,6%)	532 (59,4%)	0,9809	0,0034
NO	16 (41,0%)	23 (59,0%)	(0,5111 - 1,8824)	0,9536
TIENE ENAMORADO				
SI	284 (52,2%)	260 (47,8%)	3,3919	73,052
NO	95 (24,4%)	295 (75,6%)	(2,5484 - 4,5147)	< 0,01

FUENTE: PRIMARIA ELABORADO POR: DAVID MELO, LOLA MOGROVEJO

De los 379 estudiantes que han iniciado relaciones sexuales 363 (40,6%) estudiante tuvieron un conocimiento previo sobre el tema. Mientras que 555 estudiantes que no han tenido relaciones sexuales 532 (59,4%) tuvieron algún tipo de conocimiento sobre Relaciones Sexuales. Por lo tanto la asociación de estas variables nos indica que los adolescentes que conocen sobre métodos anticonceptivos disminuyen 0,98 veces la probabilidad de tener relaciones sexuales. (OR = 0.9809 IC $_{95\%}$ (0,5111 - 1,8824).

En la tabla 4.20 podemos observar que de los 379 estudiantes que han iniciado relaciones sexuales; 284 (52,2%) tiene enamorado, y 95 (41,0%) no tienen enamorado en este momento. En la asociación de estas variables los resultados nos indican que el tener enamorado aumenta 3.39 el riesgo de que los adolescentes tengan Relaciones Sexuales. (OR = 3.39 IC $_{95\%}$ (2,5484 - 4,5147).

TABLA 4.21. RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE EL USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN SU PRIMERA RELACION CON SEXO Y COLEGIO EN ADOLESCENES ENTRE 14 A 18 AÑOS DE EDAD EN CUATRO COLEGIOS DE LA CIUDAD DE QUITO, NOVIEMBRE, 2010.

VARIABLES	UTILIZO METODO ANTICON		OR (IC)	CHI 2 (p)
	SI	NO		
SEXO				
Masculino	153 (53,2%)	140 (47,8%)	0,9068	0,1579
Femenino	47 (54,7%)	39 (45,3%)	(0,5597 - 1,4692)	0,6911
COLEGIO				
Fiscal	173 (53,4%)	151 (46,6%)	1,1881	0,3495
Particular	27 (49,1%)	28 (50,9%)	(0,6706 - 2,105)	0,5544

FUENTE: PRIMARIA ELABORADO POR: DAVID MELO, LOLA MOGROVEJO

De los trescientos setenta y nueve estudiantes que han iniciado relaciones sexuales 200 (52,8%) utilizaron algún método anticonceptivo en su primera relación, 153 (53,2%) son hombres adolescentes y 47 (54,7%) son mujeres adolescentes. No se demuestra una clara asociación entre estas dos variables. (UTILIZO DE METODO – SEXO OR = 0,90 IC $_{95\%}$ 0,5597 – 1, 4692). Por otro lado, de los 200 estudiantes que utilizaron algún tipo de método anticonceptivo 173 (53,4%) pertenecen a un Colegio Fiscal y 27 (49,1%) a un Colegio Particular, pero al igual que lo anterior no se demuestra una clara asociación. (UTILIZO DE METODO – COLEGIO OR = 1,18 IC $_{95\%}$ 0,6706 – 2,105). (Ver Tabla 4.21).

TABLA 4.22. RELACIÓN ENTRE EL INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES CON LOS COLEGIOS EN ADOLESCENTES ENTRE 14 A 18 AÑOS DE EDAD EN CUATRO COLEGIOS DE LA CIUDAD DE QUITO, NOVIEMBRE 2010.

VARIABLES	INICIO DE RELACIONES SEXUALES	
	SI	NO
Colegio		
Dillón	142 (36,4%)	248 (63,6%)
Andrés Bello	182 (43,0%)	241 (57%)

Anderson	27 (40,9%)	39 (59,1%)
Marista	28 (50,9%)	27 (49,1)

FUENTE: PRIMARIA ELABORADO POR: DAVID MELO, LOLA MOGROVEJO

TABLA 4.23. RELACIÓN ENTRE EL INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES CON SEXO EN LOS DIFERNTES COLEGIOS EN ADOLESCENTES ENTRE 14 A 18 AÑOS DE EDAD EN CUATRO COLEGIOS DE LA CIUDAD DE QUITO, NOVIEMBRE 2010.

	INICIO DE RELACIONES SEXUALES	
VARIABLES	**SI**	**NO**
Femenino		
Dillón	122 (44,5%)	152 (55,5%)
Andrés Bello	141 (50,9%)	136 (49,1%)
Anderson	15 (65,3%)	8 (34,8%)
Marista	15 (53,6)	13 (46,4%)
Masculino		
Dillón	20 (17,2%)	96 (82,8%)
Andrés Bello	41 (28,1%)	105 (71,9%)
Anderson	12 (27,9%)	31 (72,1%)
Marista	13 (48,1)	14 (51,9%)

FUENTE: PRIMARIA ELABORADO POR: DAVID MELO, LOLA MOGROVEJO

En la tabla 4.22 y 4.23 podemos observar la relación que existe de los adolescentes que mantuvieron relaciones sexuales de acuerdo al Género y Colegio de donde provienen: Colegio Dillón 142 (37,46%) estudiantes de estos 122 (85,9%) eran hombres y 20 (14,2%) eran mujeres; Colegio Andrés Bello 182 (48,02%)estudiantes de ellos 141 (77,5%) son hombres y 41 (22,5%) son mujeres; en Colegio Anderson podemos observar que 27 (7,12%) estudiantes han tenido relaciones sexuales, 15 (55,6%) eran hombres y 12 (44,4%) mujeres; por último en el Colegio Marista los resultados fueron que 28 (7,38%) han mantenido relaciones sexuales y de ellos 15 (53,6%) hombres y 13 (46,4%) mujeres. Por lo tanto podemos

mencionar que existe mayor prevalencia de relaciones sexuales en hombres que en mujeres.

TABLA 4.24. RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE IMPLICACIÓN SOCIAL Y GÉNERO EN ADOLESCENTES ENTRE 14 A 18 AÑOS DE EDAD EN CUATRO COLEGIOS DE LA CIUDAD DE QUITO, NOVIEMBRE 2010.

VARIBLES	IMPLICACIÓN FAMILIAR		OR (IC)	CHI 2 (p)
	SI	NO		
SEXO				
Masculino	130 (21,6%)	472 (78,4%)	0,2593	87,65
Femenino	171 (51,5%)	161 (48,5%)	(0,1941 - 0,3465)	< 0,01

FUENTE: PRIMARIA ELABORADO POR: DAVID MELO, LOLA MOGROVEJO

En este estudio, al realizar el cruce de la variables de género con la implicación familiar (que los padres de familia le encuentren un preservativo al adolescente), podemos decir que de los hombres, 130 (21,6%) de ellos los padres se enojarían si le encontraran algún preservativo; mientras que de las 332 mujeres adolescentes, 171 (51,5%) sus padres si se enojarían. Al realizar la asociación de estas dos variables tenemos que las mujeres adolescentes piensan que sus padres se enojarían 0,25 veces más que con los hombres adolescentes. (OR = 0,25 $IC_{95\%}$ 0,1941 – 0,3465) (Ver tabla 4.24).

TABLA 4.25. RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE LA OPINIÓN SOBRE RELACIONES PREMATIMONIALES, SEXO EN LOS ADOLESCENTES ENTRE 14 A 18 AÑOS DE EDAD EN CUATRO COLEGIOS DE LA CIUDAD DE QUITO, NOVIEMBRE 2010.

VARIBLES	RELACIONES PREMATRIMO. SI	RELACIONES PREMATRIMO. NO	OR (IC)	CHI 2 (p)
SEXO				
Masculino	396 (65,8%)	206 (34,2%)	0,3793	48,78
Femenino	140 (42,2%)	192 (57,8%)	(0,288 - 0,4995)	< 0,01

FUENTE: PRIMARIA ELABORADO POR: DAVID MELO, LOLA MOGROVEJO

En cuanto al tema sobre relaciones prematrimoniales cruzamos esta variable con sexo. Los resultados de esta tabla fueron: 536 estudiantes consideran que no es importante estar casado para tener relaciones sexuales de estos 396 (65,8%) son varones y 140 (42,2%) son mujeres. La asociación muestra un 0.37 veces mayor el ser hombre para tener relaciones prematrimoniales. (OR = 0,37 IC $_{95\%}$ (0,288 - 0,4995).tabla 4.25

TABLA 4.26. RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE LA OPINIÓN QUE TIENEN SOBRES RELACIONES PREMATIMONIALES, GÉNERO Y COLEGIOS EN LOS ADOLESCENTES ENTRE 14 A 18 AÑOS DE EDAD EN CUATRO COLEGIOS DE LA CIUDAD DE QUITO, NOVIEMBRE 2010.

VARIBLES	RELACIONES PREMATRIMO. SI	RELACIONES PREMATRIMO. NO	OR (IC)	CHI 2 (p)
DILLÓN				
Masculino	184 (67,2%)	90 (32,8%)	0,2383	39,31
Femenino	38 (32,8%)	78 (67,2%)	(0,1501 - 0,3784)	< 0,01
ANDRES BELLO				
Masculino	174 (62,8%)	103 (37,2)	0,4884	12,07
Femenino	66 (45,2%)	80 (54,8%)	(0,3251 - 0,7336)	0,0005
ANDERSON				
Masculino	17 (73,9%)	6 (26,1%)	0,2794	5,34
Femenino	19 (44,2%)	24 (55,8%)	(0,0922 - 0,8465)	0,02
MARISTA				
Masculino	21 (75%)	7 (25%)	0,5667	0,9326
Femenino	17 (63%)	10 (37%)	(0,1779 - 1,8047)	0,334

FUENTE: PRIMARIA ELABORADO POR: DAVID MELO, LOLA MOGROVEJO

De los 536 estudiantes cuya respuesta fue que están de acuerdo con las relaciones prematrimoniales; 222 corresponden al Colegio Dillón de estos 186 (67,2%) son varones y 38 (32,8%) son mujeres; al Colegio Andres Bello corresponden 240, de ellos 174 (62,8%) son hombres y 66 (45,2%) son mujeres; mientras que 36 fueron del Anderson correspondiendo 17 (73,9%) hombres y 19 (44,2%) mujeres. Por último del total de los estudiantes, corresponden al Colegio Marista 38 estudiantes y de estos 21 (75,0%) fueron hombres y 17 (63%) fueron mujeres. (ver tabla 4.26)

CAPITULO V

DISCUSIÓN

La Educación Sexual es hoy una demanda social, basada en el derecho de los niños, niñas y adolescentes a tener información sobre esta materia. Esta información debe ser rigurosa, objetiva y completa a nivel biológico, psíquico y social, entendiendo la sexualidad como comunicación humana y fuente de salud, placer y afectividad.

TABLA 5.1 INICIO DE VIDA SEXUAL SEGÚN SEXO.

	Rango de Edad	Hombres	Mujeres
NUESTRO ESTUDIO	14 a 18 años	48.7%	25.9%
Vega de la Cruz	10 a 19 años	59,48%	48.20%
ENDEMAIN 2004	15 a 24 años	----	46,7%
Instituto Alan Guttmacher	10 a 24 años	----	46,00% (latinoamericanas)
encuesta *Enjuve* (Venezuela)[33]	15 a 19 años	59,50%	25,60%

FUENTES: PRIMARIA, OTROS AUTORES. ELABORADO: DAVID MELO, LOLA MOGROVEJO

En nuestra investigación, el 40.6% de los adolescentes ha iniciado su vida sexual. Como ve en la tabla 5.1 el 48.7% de los hombres y, el 25.9% de las mujeres han tenido relaciones sexuales. Este hallazgo no

concuerda con el estudio hecho por Vega de la Cruz et al (2002)[32], en que se encuentra que el 48.20% de las mujeres han iniciado la de vida sexual y de los hombres el 59.48%.$_6$ Asimismo los datos del ENDEMAIN 2004[23] indican, que el 46,7% de mujeres entre 15 y 24 años ya ha iniciado su vida sexual. Así como también, en los datos del Instituto Alan Guttmacher, donde el 46% y el 63% de las mujeres latinoamericanas y caribeñas, respectivamente, han tenido una relación sexual antes de los 20 años de edad[33]. Podemos observar que el porcentaje de inicio de vida sexual según sexo de los estudios mencionados es mayor debido a que en nuestro estudio el rango de edad es menor.

Un punto importante fue la edad de inicio de la vida sexual; teniendo como resultado que de los estudiantes que ya tuvieron relaciones sexuales, el 5% tuvieron antes de los 13 años; la mayoría de los adolescentes iniciaron su vida sexual entre los 13 a los 15 años en un 76.80% y, sobre los 16 años el 18.20%. En la encuesta de salud de los y las adolescentes realizada en nueve países del Caribe[33], se ha reportado que un 42% de los adolescentes tuvieron su primera relación sexual antes de los diez años, un 20% entre los 11 y 12 años, 28% 13 a 15 años, y un 7.6% 16 años o más (OPS, 2000). Finalmente a pesar de que la edad de

[32] **"INICIO DE LA VIDA SEXUAL EN EL ADOLESCENTE"**, VEGA DE LA CRUZ FERMÍN GERSON, GÓMEZ SOTO VÍCTOR,

[33] **PERFIL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS Y LAS ADOLESCENTES Y JÓVENES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE**, ALMA VIRGINIA CAMACHO HUBNER, MD, MPH

inicio en el Caribe es muy precoz, consideramos de igual manera que, en nuestro estudio la edad continua siendo muy temprana.

Otros autores[34] plantean que la edad de inicio de las relaciones sexuales es alrededor de los 15 años. Las causas argumentadas para el inicio temprano son, entre otras, la precocidad del desarrollo sexual, la pobre educación sexual en cuanto a salud sexual y reproductiva que poseen por diferentes causas, así como otras características educacionales, religiosas, sociales, culturales, económicas y psicológicas.

En la investigación realizada por Olga Banda González,[35] el 58,00% de los adolescentes que han iniciado su vida sexual lo han hecho entre los 14-15 años. En contraste en el estudio realizado en la Comunidad Valenciana en el año 2007 revela que el 32% de la población adolescente de entre 14-17 años es activa sexualmente.[36]

En nuestro estudio los estudiantes que iniciaron su vida sexual, el 52.8 % usó un método anticonceptivo durante su primera relación sexual; estos datos son similares con el estudio realizado por Cortés y col.[37] mencionando que el 53 % de los adolescentes encuestados no usaban

[34] **COMPORTAMIENTO SEXUAL Y USO DEL PRESERVATIVO EN ADOLESCENTES Y JÓVENES DE UN ÁREA DE SALUD.** René G. García Roche,1 Alba Cortés Alfaro,2 Luis Enrique Vila Aguilera

[35] **CONDUCTA SEXUAL DE LOS ADOLESCENTES DE 12 A 19 AÑOS,** Banda González Olga Lidia, Medrano Martínez, De los Reyes Nieto e Ibarra González.

[36] **COMPORTAMIENTO SEXUAL Y ANTICONCEPCIÓN POR DEBAJO DE LOS 20 AÑOS EN ALICANTE,** Gómez MA, Sola A, Cortés MJ, Mira JJ.

[37] **Encuesta sobre comportamientos sexuales riesgosos y enfermedades de transmisión sexual en estudiantes adolescentes de Ciudad de La Habana** Cortés Alfaro A, García Roche R, Hernández Sánchez M.

nunca el preservativo en sus relaciones sexuales. Felice ME, Feinstein RA, Fisher M[38], plantean que el 35% de las adolescentes, o 1 de cada 3 adolescentes no usan ningún método anticonceptivos en sus primeras relaciones sexuales.

La mayor parte de los adolescentes que no usó un método anticonceptivo en su primera relación sexual afirmó que se debe a no planear la relación sexual y un 7% porque deseaba embarazarse; estos porcentajes resultan similares, siendo la primer causa de no uso de método anticonceptivo el no planear la relación sexual.[39]

TABLA 5.2 2. USO DE ANTICONCEPTIVOS EN LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL.

	USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL	COMENTARIO
Nuestro estudio	52,80%	Mayor uso en mujeres (54,70%)
Carlos González	37,00%	Mas usado el condón
Flores	40,00%	Mas alto en hombres que en mujeres
Olga Banda	+ 50%	Adolescentes de 15 años. Mientras mayor es la edad de inicio los adolescentes usan más un método anticonceptivo.

FUENTE: PRIMARIA, DIVERSOS AUTORES ELABORADO POR: DAVID MELO, LOLA MOGROVEJO

[38] **American Academy of Pediatrics. Committee on Adolescence. Contraception in adolescents,** Felice ME, Feinstein RA, Fisher M, Kaplan DW, Olmedo LF, Rome ES, Staggers BC.
[39] **Prevención del riesgo en la adolescencia.**

Por otro lado, como vemos en la tabla 5.2 tanto Flores[40] y Carlos González-Garza[41] manifiestan entre el 37 al 40% de los adolescentes emplearon algún anticonceptivo en su primera relación, siendo el preservativo el más utilizado.

Acerca del conocimiento que poseen los adolescentes sobre diversos métodos anticonceptivos encontramos que, los métodos más conocidos son condón con un 97,9% y los anticonceptivos orales en un 87,3%; mientras que los métodos menos conocidos son el ritmo y el método de retiro con el 45.5% y 21.7%, respectivamente. Además se demostró que para los adolescentes de nuestra investigación el método más seguro es el condón.

El Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI)[42], menciona al preservativo (en los hombres) y a las píldoras anticonceptivas (en las mujeres) como los más difundidos. Esta afirmación tiene su justificación en diversos estudios[43]; en los cuales se manifiesta que tanto en el uso como en el conocimiento sobresalió el condón y a pesar de que la píldora es el segundo anticonceptivo de mayor difusión, no conocen las propiedades básicas de la misma.

[40] **COMPORTAMIENTO SEXUAL Y USO DE ANTICONCEPTIVOS MODERNOS EN ADOLESCENTES CON ACTIVIDAD COITAL-SAN JUAN DE LURIGANCHO**, Flores D.
[41] **PERFIL DEL COMPORTAMIENTO SEXUAL EN ADOLESCENTES MEXICANOS DE 12 A 19 AÑOS DE EDAD,** Carlos González-Garza, MC,
[42] **ENCUESTA NACIONAL DE HOGARES Y VIVIENDA (ENAHO) 2003 III TRIMESTRE,** Instituto Nacional de Estadistica e Informatica.
[43] **CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE MAC, VIH- SIDA Y EL USO DE MEDIOS DE COMUNICACION EN JOVENES DE 12 -18 AÑOS,** Mosquera J.

TABLA 5.3 RELACIÓN DE LOS DIFERENTES ESTUDIOS SOBRE EL CONOCIMENTO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

	Métodos conocidos	Porcentaje	Cometario
Nuestro Estudio	Condón Pastillas anticonceptivas	97,9% 87,3%	Método más seguro Condón seguido por la Anticonceptivos orales.
Gloria Maria Carmona Clavijo	Condón Pastillas anticonceptivas	56,00% 44,00%	Menor conocimiento en hombres. Método más seguro el condón
Miriam Cleto	Condón Pastillas anticonceptivas	55.30% 24,00%	Condón método más seguro
Pla E.	Condón	94,00%	

FUENTE: PRIMARIA, CARMONA GLORIA, CLETO MIRIAM ELABORADO POR: DAVID MELO, LOLA MOGROVEJO.

En el estudio de Gloria Carmona Clavijo[44] y Miriam Cleto[45] los métodos mejor conocidos por los adolescentes son el condón y las pastillas, lo que contrasta con nuestro estudio. En cambio en Endesa 96[46], la totalidad de los jóvenes y adolescentes conocían el condón (99.3%) y la píldora el 96.4%. Miriam Cleto$_{45}$ considera en su estudio que el preservativo fue considerado como el método más efectivo (70%) seguido por las pastillas anticonceptivas (20%). Según el artículo de Pla E.[47] los adolescentes valencianos destacan al condón como método de elección (94%), seguido del coito interrumpido (22,6%) y los anticonceptivos orales (19,6%).

[44] **CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA LOS ANTICONCEPTIVOS EN LOS ADOLESCENTES DEL TERCER AÑO DE SECUNDARIA DEL COLEGIO NACIONAL "DORA MAYER" BELLAVISTA-CALLAO,** Gloria María Carmona Clavijo,

[45] **CONOCIMIENTOS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN UNA POBLACIÓN DE ESTUDIANTES,** MIRIAM CLETO, CARMEN MOTA, ET AL.,

[46] **ALGUNOS CONOCIMIENTOS Y OPINIONES DE ADOLESCENTES ACERCA DE EMBARAZO Y LOS ANTICONCEPTIVOS,** CARAM RM.

[47] **PRINCIPALES DATOS SOBRE EMBARAZOS, INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DE EMBARAZOS Y ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENCIA**., PLÁ E.

Podemos afirmar en general que los adolescentes poseen conocimientos básicos sobre los distintos métodos anticonceptivos pero, es nuestra tarea brindarles una información correcta y oportuna sobre estos temas, ya que observamos un creciente avance en todas las áreas de comunicación pero no tienen una participación adecuada ni efectiva en cuanto a la educación sexual se refiere.

Al referirnos sobre los conocimientos y creencias de los adolescentes acerca de los métodos anticonceptivos encontramos en nuestro estudio que un 10% no conoce sobre estos, al afirmar que son de exclusivo uso solo para hombres o mujeres, además existe un 9% de los adolescentes que consideran que el condón se puede utilizar más de una vez; y por último que el uso del condón permite tener relaciones sexuales más seguras y placenteras en un 67.0 %. Lo que concuerda con el estudio realizado por Borella Balboa[48], en que se afirma que la mayoría de los adolescentes piensan que el uso del preservativo permite tener unas relaciones seguras y placenteras, y de estos el 18.0 % piensan que es complicada su utilización por diversos factores.

[48] **CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE SEXUALIDAD DE LOS ADOLESCENTES DE NUESTRO ENTORNO,** Barella Balboa JL 1, Mesa Gallardo I 2, Cobeña Manzorro M,

En contraste con otros estudios[49] en los que se afirma que los adolescentes tienen una visión errónea del uso de los anticonceptivos, así encontrando que los adolescentes varones consideran que el uso del condón disminuía la sensibilidad y el placer; estos aspectos han sido ratificados en otros estudios en Lima[45]. Gloria Maria Cormona[44] menciona en su artículo que el 42% de los estudiantes presentan insuficiente conocimiento acerca del preservativo.

A su vez diferentes factores también influyen sobre las creencias que los adolescentes tienen, uno de ellos el denominado factor relación amorosa con la pareja en la que los adolescentes no usan el condón, debido a que existía un lazo de afecto con la pareja y en consecuencia el usar un método de protección indicaría desconfianza. La existencia de una pareja estable se percibe como totalmente sana. Sin embargo, lo real es que se desconoce los hábitos de la pareja y el riesgo existente.[50] El condón es para las mujeres, un método anticonceptivo más; si ellas utilizan otro (dispositivo intrauterino, píldoras o ampollas hormonales), consideran innecesario el uso de un preservativo, pues ya "se encuentran protegidas".[51]

[49] **ITINERARIO DEL ACCESO AL CONDÓN EN ADOLESCENTES DE LIMA, CUZCO E IQUITOS,** SARAVIA C, APOLINARIO H, MORALES R, SALINAS V.
[50] **¿Jugando a la ruleta rusa?,N** Marcuello M, Muro MK, Wiegold M
[51] **ESTUDIO EN ADOLESCENTES Y ADULTOS JÓVENES DE CHICLAYO VÍCTOR SOTO,** FACTORES ASOCIADOS AL NO USO DEL CONDÓN.

Demostrado está que "conocer un método" no significa necesariamente que los adolescentes tengan un buen nivel de información, es decir, que sepa qué es ese método, cómo se usa correctamente, cuáles son sus posibles contraindicaciones. Basta con que por lo menos lo conozcan de nombre o tengan una idea de cómo se emplea.[45]

En relación con el tema sobre el conocimiento de métodos anticonceptivos y si existe o no diferencia entre Colegios Fiscales y Particulares; podemos afirmar que la información recibida en Colegios Particulares es mayor que los Colegios Fiscales en un pequeño porcentaje, pero las diferencia no son estadísticamente significativos y al no disponer de estudios realizados sobre este tema no podemos descartar esta asociación.

Al preguntar sobre de quien ha recibido información sobre los diferentes temas de educación sexual obtuvimos que la mayoría de los estudiantes reciba esta información del colegio, seguida de un familiar que puede ser el padre o la madre y en último lugar de otras personas como amigos, internet, TV, etc. Los resultados lo comparamos con diferentes estudios que se encuentran en la tabla 5.4.

TABLA 5.4. RELACION DE LOS DIFERENTES ESTUDIOS CON EL TEMA "FUENTE DE INFORMACIÓN"

	FAMILIA	COLEGIO	OTRAS FUENTES
Nuestro estudio	39.80%	69,90%	14,10%
ENDEMAIN 2004 **Aparato reproductor femenino** **Cambios físico del cuerpo** **Relaciones Sexuales** **ITS/VIH/SIDA**	 ---- ---- ---- ----	 90,90% 88,40% 79,60% 77,60%	 ---- ---- ---- ----
Gloria Carmona	58,00%	58,00%	42,00% amigos 60% internet
Olga Banda	----	97,00%	----
Alejandro de Dios Moccia	37,50%	40,00%	22,50% médico

FUENTE: PRIMARIA, DIVERSOS AUTORES ELABORADO POR: DAVID MELO, LOLA MOGROVEJO

Datos que se relacionan con (ENDEMAIN) 2004[23] al decir que la escuela o colegio es la principal fuente de información sobre temas relacionados con educación sexual. Los temas que presentan mayor frecuencia en la escuela o colegio son "el aparato reproductor femenino y masculino" y "cambios físicos del cuerpo" (90.9% y 88.4%, respectivamente). En tercer lugar, es el tema sobre las "relaciones sexuales" (79.6%), seguido por "ITS/VIH/SIDA" (77.6%). En cambio a nivel familiar, los temas más mencionados son "la menstruación", "embarazo y parto" y "relaciones sexuales".

En el estudio que realizó Gloria Maria Carmona Clavijo[44], encontró que de los 90 adolescentes encuestados el 42% de los estudiantes tuvieron como *fuente* de información a sus amigos, el 58% a padres, maestros u otros y por último encontró que el *medio de comunicación principal es* Internet en

un 60%. Olga Banda[35] en su investigación menciona a lo que respecta a la información y conocimiento sobre sexualidad, el 97% tienen información sexual, la principal vía de información fue la escuela y los amigos.

A su vez el Dr. Alejandro de Dios Moccia[52] realizó un estudio donde encontró que 40% recibió educación en la escuela o en el liceo; 37,5% de su familia, y solamente 22,5% del médico tratante. Es llamativo el porcentaje de adolescentes que recibió información en la escuela o en el liceo, ya que a nivel de educación primaria o secundaria no existe un plan de educación sexual. En cuanto a la fuente de información por parte de la familia, principalmente lo recibe de la madre. Información que evidentemente no es la mejor en cuanto a calidad y que muchas veces lleva incluida vivencias personales que influirán en la adolescente en distintas formas.

La investigación realizada por Guerreo Massias,[53] es encontró que de los 66 estudiantes que participaron, un 94% refiere haber recibido educación sexual previa a la realización de la encuesta (un 89,5% defiende haberla recibido en el instituto). En cambio en un estudio descriptivo aplicado y de

[52] **QUE ES LO QUE SABEN LOS ADOLESCENTES ACERDA DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y COMO LOS USAN,** Dres. Alejandro de Dios Moccia, Raúl Medina Milanesi†, 2006,
[53] **CONOCIMIENTO DE LOS ADOLESCENTES SOBRE SALUD SEXUAL EN TRES INSTITUTOS DE EDUCACIÓN SECUNDARIA VALENCIANOS,** Md Guerrero Masiá Et Al,

campo, realizado en el Liceo Simón Bolívar de San Cristóbal.[54] La mayor parte de la orientación ha sido dada por los padres (padre y madre) con un 23.66%, los profesores con igual porcentaje.

Encontramos que la mayor parte de la orientación ha sido dada por los padres y los profesores. Es importante resaltar que los amigos constituyen el 13% de la fuente de información mencionada por los adolescentes, lo cual evidencia la orientación recibida de una persona no necesariamente conocedora del tema como ya hemos mencionado. Contrario a lo planteado por Irazabal[55] (1991) encontramos que el padre ha sido mencionado como orientador en un 29% contrastando con el 12.7% del autor mencionado anteriormente.

En nuestro estudio, al preguntar a los adolescentes si los padres se enojarían o no con ellos si los encontraran con preservativos obtuvimos que el 32,20% si lo harían. Como es de esperarse la implicación familiar sobre este tema es de 51,50% en las mujeres y el 21,50% en los hombres.

En el estudio realizado por Barella Balboa[48] tenemos que si los padres los encontraran con preservativos, el 42.3% de las mujeres opinan que se enfadarían mucho con ellas, mientras que los hombres tienen esa opinión

[54] **TÉCNICAS PARTICIPATIVAS EN LA EDUCACIÓN SEXUAL Y CAMBIOS DE CONDUCTA EN ADOLESCENTES,** Iván Rubio.
[55] **SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES,** Irazabal Z.

el 10.0%. Las mujeres tienen más problemas que los hombres a la hora de que los padres les encuentren con preservativos, diferencia estadísticamente significativa, lo que se puede explicar que todavía existe un carácter machista en la sociedad en general.

Unos de las preguntas que se les realizó a los adolescentes era que si están o no de acuerdo con las relaciones prematrimoniales. Contestaron que 65,8% de los hombres está de acuerdo con tener relaciones antes del matrimonio; mientras que el 42,20% de las mujeres lo está. Por lo tanto para una mujer adolescente es importante estar casada para comenzar su vida sexual. Estos datos no se puede comparar debido a que no se encontraron estudios sobre este tema.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- Las prácticas sexuales en los adolescentes son el resultado de la interacción de diversos factores entre los que se encuentran los biológicos, sociales, familiares, culturales, psicológicos, etc. Interacción que influye en el inicio de la vida sexual en los adolescentes y que hoy en día es alta la frecuencia que inician su vida sexual a edades muy tempranas como lo encontrado en nuestro estudio donde la edad promedio del inicio es a los 15 años, los resultados encontrados apoyan el consenso de que existe una tendencia actual en todo el mundo a la disminución de la edad en el comienzo de las relaciones sexuales.

- En general el nivel de conocimiento sobre los distintos métodos anticonceptivos que poseen los adolescentes es bueno, como lo demuestra nuestro estudio, pero es preocupante el hecho de que los adolescentes manifiestan conocerlos aunque no tienen una

idea cara de su correcta utilización ya que estos tienen creencias erróneas sobre los métodos anticonceptivos.

- Los estereotipos sexuales, tanto en hombres como en mujeres inducen a los adolescentes a no usar métodos anticonceptivos. Por lo cual, a fin de minimizar los riesgos de la salud sexual, deben de dirigirse esfuerzos consistentes para lograr que el inicio de la actividad sexual y la protección anticonceptiva ocurra de manera simultánea. Por ello las intervenciones en salud deben captar la atención de los adolescentes muy jóvenes, de tal manera que el mensaje de uso de métodos anticonceptivos lo tengan claro antes del inicio de su actividad sexual.

- La fuente de información de los temas relacionados con la sexualidad en los adolescentes es un punto importante la formación de estos, así podemos decir que el lugar de estudios debe ser un pilar fundamental en la enseñanza de los mismos ya que es aquí en donde el adolescente se forma, motivo por el cual la información impartida aquí debe ser de la mejor calidad con bases científicas y por docentes calificados. Es importante aclarar también el papel que desempeña la familia al momento de impartir estos conocimientos ya que a este nivel la información carece de calidad y se basa mas en vivencias y experiencias de los padres

motivo por el que esta debe ser solamente un apoyo al momento de ser impartida.

- El lugar de estudio interviene en la formación de los adolescentes y como estos se desarrollan, al concluir el estudio pudimos observar que existen diferencias acerca de el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos, que tienen los adolescentes entre las instituciones fiscales y particulares, ya que los adolescentes que estudian en instituciones privadas tienen un mayor nivel de conocimientos, esto puede deberse a varias razones que pueden estar ligadas al nivel socioeconómico o al nivel de instrucción de los padres. Una acotación importante sobre las diferencias entre los dos tipos de instituciones es que, los adolescentes que estudian a nivel privado inician la vida sexual en mayor número, que las del sector público; datos que no se pueden afirmar a ciencia cierto si son verídicos o no ya que no se dispones de estudios que avalen esta información.

- En la pregunta sobre, el lugar donde los adolescentes consiguen con mayor facilidad un método anticonceptivo, existe un preocupante bajo número de respuestas que afirman que los conseguirían por medio de un medico particular, esto puede deberse a la falta de comunicación del medico con el adolescente, por lo que es necesario ganarse la confianza de este, para así

poder brindarle un apoyo profesional al momento de entregar un método anticonceptivo a un adolescente.

Recomendaciones

- Como hemos visto los adolescentes carecen de una adecuada enseñanza sobre educación sexual, la misma que es impartida solamente en los niveles superiores de educación secundaría. por lo que creemos es necesario crear a nivel nacional y de toda la educación planes de educación sexual y reproductiva que tengan como punto de arranque la educación primaria, adecuándolos al nivel de los niños en edad escolar, pero que sea desde ese momento que se comience a trabajar en el tema, para que cuando se alcance el nivel de educación secundaria se refuercen los conocimientos adquiridos y se les enseñe a ser partícipes de su educación, actuando con responsabilidad y puedan decidir teniendo todas las armas necesarias para hacerlo.

- Es importante el rol que deben desempeñar los padres, quienes desde su núcleo familiar, aunque cuenten con pocos conocimientos sobre el tema, inciten a los adolescentes a buscar asesoramiento concerniente a su sexualidad, no siendo solamente jueces de sus acciones, que puedan condenar cualquier error cometido, sino

actuar previamente para ser un elemento orientador y de respaldo para que sus hijos no se sientan abandonados. Creemos que el diálogo es un elemento principal en el núcleo familiar, que debe ser impulsado desde los diferentes centros asistenciales.

- Los adolescentes carecen de espacio donde puedan exponer sus dudas y experiencias sobre estos temas, por lo que nos parece conveniente, la creación de centros especializados de ayuda a los adolescentes, centros que estarían destinados a, identificar a los adolescentes expuestos a riesgo y así concentrarse en los jóvenes de difícil acceso y carentes de servicios, ya que estos presentan más posibilidades de tener patrones de comportamiento que acarrean riesgo, debido a que a menudo tienen más obstáculos para recibir servicios que otros de su edad.

ANEXOS

ENCUESTA

Estimado estudiante: la siguiente encuesta tiene la finalidad obtener información del conocimiento que tienen los adolescentes sobre Anticoncepción. La cual es anónima y pedimos su colaboración. GRACIAS.

1. Edad: ___
2. Sexo: M ___ F ___
3. Curso: _____
4. Religión: _____

5. Cuantos hermanos tiene: _____

6. Información del Padre:

   Instrucción:

   Primaria ____ Secundaria ____ Superior ____

   Ocupación: Relacionado con área de Salud ____

   Relacionado con educación: ____

   No relacionado con nada de lo anterior: ____

7. Información de la Madre:

Instrucción:

Primaria _____ Secundaria ____ Superior ____

Ocupación: Relacionado con área de Salud: ____

Relacionado con educación: ____

No relacionado con nada de lo anterior: ____

8. Recibió o ha recibido información sobre:

Desarrollo del cuerpo en la pubertad	Si ___	No ___
El aparato reproductor Femenino / Masculino	Si ___	No ___
La menstruación o regla	Si ___	No ___
Relaciones sexuales	Si ___	No ___
Anticonceptivos	Si ___	No ___
El embarazo y el parto	Si ___	No ___

9. De quien ha recibido mayor información:

Familiar	Si____	No____
Colegio	Si____	No____
Otra Fuente (amigos, internet, TV)		
	Si____	No____

10. Qué métodos anticonceptivos conoce? marque con una x:

Pastillas	Si____	No____
Condón	Si____	No____
Inyecciones anticonceptivas	Si____	No____
Ritmo / calendario	Si____	No____
Retiro / Coitus interruptus	Si____	No____
Otro	Si____	No____

11. El uso anticonceptivo es para:

    Varones ____

    Mujeres ____

    Ambos ____

12. Dónde conseguiría usted un método anticonceptivo (seleccione una):

    Farmacia ___

    Aprofe ___

    Cemoplaf ___

    Médico Particular ___

13. Según Ud. cuál es el método anticonceptivo más seguro (escoja uno):

    Pastillas ____

    Condón ____

Inyecciones anticonceptivas ____

Ritmo / calendario ____

Retiro / Coitus interruptus ____

Otro ____

14. Tiene Enamorado (a):

Si ___ No ___

15. Ha mantenido relaciones sexuales: (Si su respuesta es no pase a la pregunta 20)

Si ___ No ___

16. Cuantos años cumplidos tenía cuando tuvo su primera relación sexual: ____

17. Uso UD, él/ella un método anticonceptivo durante su primera relación:

Si ___ No ___

18. Considera usted que el condón puede usarse más de una vez si es de buena calidad

Si ___ No ___

19. Utilizar preservativo permite tener relaciones sexuales más seguras y placenteras

Si ___ No ___

20. Si mis padres me encuentran con preservativos se enojarían conmigo

Si ___ No ___

21. Cree usted que es importante no tener relaciones sexuales antes del matrimonio

Si ___ No ___

BIBLIOGRAFÍA

1. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, MINISTERIO DE EDUCACIÓN, ET AL., **Plan Nacional de Prevención del Embarazo en adolescentes en Ecuador,** MSP, 2007. Disponible: http://www.cnna.gov.ec/_upload/Plan_Prevencion_Embarazo_Adolescente.pdf
2. OMS**.** Introducción crítica - **El significado de Salud sexual, Asociación Mundial de Sexología (WAS)** Celebrada en: Antigua Guatemala, Guatemala 19 al 22 de mayo de 2000. Disponible en: http://www2.hu-berlin.de/sexology/ECS5/definicion_4.html
3. RAÚL MIDEROS MORALES **Sexualidad y embarazo en adolescentes de Quito;** Quito – Ecuador, 2005.
4. RUBIO IVÁN, GRANADILLO DERVIS, SALINAS PEDRO JOSÉ; **Técnicas participativas en la Educación Sexual y Cambios de Conducta en Adolescentes**, Med-ULA, Revista de la Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Mérida. Venezuela, 1999 Vol.5 Nº1-4. Pags. 24 – 31
5. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR, **Norma Planificación Familiar MSP 2009 Capitulo Adolescentes**, Ministerio de Salud Pública. Ecuador. 31 Aug, 2010.

6. DRA. SALAS BERNARDA, DR. FRANCISCO SEVILLA; **Plan Nacional de Reducción acelerada de Mortalidad Materna y Neonatal,** Ministerio de Salud Publica. Ecuador, CONASA, 2008. Págs. 1 – 59. Disponible en: http://www.conasa.gov.ec/codigo/publicaciones/MaternoNeonatal/1.%20PlanNacionaldeReduccionAceleradadelaMortalidadMaternayNeonatal.pdf
7. GONZÁLEZ HERNÁNDEZ A, CASTELLANOS SIMONS B**. Reconceptualización de la sexualidad masculina y femenina en los albores del nuevo siglo.** Sexol Soc 2004; 10(26): Pg. 9-15.
8. OMS, **Definición de la Adolescencia**; http://www.who.int/es/
9. Rosa Ros Rahola, Teresa Morandi Garde, Eva Cozzetti Sueldo, **MANUAL DE SALUD REPRODUCTIVA EN LA ADOLESCENCIA CAPITULO I: La Adolescencia: Consideraciones Biológicas, Psicológicas Y Sociales**, Sociedad Española de Contracepción, Wyeth-Lederle 1º Edición, enero 2001. Pgs: 27 – 84. Disponible: http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/salud_reproductiva/index.php
10. Dra. Alicia Risueño - Lic. Iris Motta, **LA ADOLESCENCIA EXISTE O EXISTEN ADOLESCENTES LA ADOLESCENCIA COMO CONSTRUCTO,** Universidad Argentina John F. KennedyDepartamento de Biopsicología, http://www.adolescenza.org/risueno.pdf

11. J.J. Casas Rivero, M.J. Ceñal González Fierro**; Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales**; Unidad de Medicina del Adolescente. Servicio de Pediatría. Hospital de Móstoles, Madrid; Pediatr. Integral 2005;IX(1):20-24
12. Nuria Parera Junyet, Myriam De Álvarez Sotomayor, Joaquím Calaf Alsina, **MANUAL DE SALUD REPRODUCTIVA EN LA ADOLESCENCIA CAPITULO III: MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA PUBERTAD EN EL VARÓN Y LA MUJER**, Sociedad Española de Contracepción, Wyeth-Lederle 1º Edición, enero 2001. Pgs: 101 – 148. Disponible: http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/salud_reproductiva/index.php
13. Joaquim Calaf Alsina, **MANUAL DE SALUD REPRODUCTIVA EN LA ADOLESCENCIA CAPITULO II: FISIOLOGÍA DE LA ADOLESCENCIA,** Sociedad Española de Contracepción, Wyeth-Lederle 1º Edición, enero 2001. Pgs: 85 – 100. Disponible: http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/salud_reproductiva/index.php
14. José Casa Rivero, **GINECOLOGÍA EN ADOLESCENTES, ALTERACIONES MENSTRUALES,** Servicio de Pediatría, Hospital de Móstoles, Madrid. 2002
15. L. Mitjans Lafont, **SEXUALIDAD Y ADOLESCENCIA,** Rev. Pediatr. Atención Primaria. 2005;7 Supl 1:S 89-95

16. INEC. Biblioteca de documentos. Matriz de indicadores, Encuesta de condiciones de vida, CENSO población 2010. Pag web: http://www.inec.gov.ec/
17. Cristina Lammers; **ADOLESCENCIA Y EMBARAZO EN EL URUGUAY**, REPORTE, Diciembre 2000, Disponible en: http://www.msp.gub.uy/imgnoticias/12128.pdf
18. Fernando Barragán Medero; **Programa de Educación Afectivo Sexual. Educación Secundaria: I. Sexualidad, educación sexual y género**; Junta de Andalucía. Consejería de Educación y Ciencia e Instituto Andaluz de la Mujer, Agosto 2008. Disponible: http://www.juntadeandalucia.es/averroes/html/adjuntos/2008/02/05/0001/index.html
19. María de Bruyn, **AGENDA SALUD.** Isis Internacional, Edición 23, Julio – Septiembre 2001. Disponible: http://www.isis.cl/temas/salud/agendaAGENDA23.pdf
20. MINISTERIO DE EDUCACIÓN, **LINEAMIENTOS PARA UNA EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL,** Dirección de Tutoría y Orientación Educativa, Abril, 2008. Pág. 1 – 54.
21. Mgter. Lic. María del Carmen Segura Mgter. Lic. Francisca Giordano, **EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL**, GOBIERNO de MENDOZA, 2009. Pgs. 1 – 77.
22. María del Pilar Troya, **SEXUALIDAD: HACIA ELEJERCICIO INFORMADO Y SALUDABLE**, Guayaquil – Ecuador; Febrero 2011.

23. CEPAR - ENDEMAIN 2004**, Actividad Sexual y salud Reproductiva en mujer de 15 a 24 años de edad (adolescentes y jóvenes). Capítulo 14**
24. Programa Nacional de Educación de la Sexualidad y el Amor **"PRONESA".** Ministerio de Educación. Gobierno de la República del Ecuador. 2008
25. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, CONSEJO NACIONAL DE SALUD, **POLÍTICA DE SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS,** Red de Salud, Agosto 2007.
26. I. Pérez García, EF. Pérez Campos, E. Plá Ernst; **MÉTODOS DE ANTICONCEPCIÓN EN ADOLESCENTES. PÍLDORA DE EMERGENCIA. ASPECTOS ÉTICO-LEGALES**, Rev Pediatr Aten Primaria. 2005;7 Supl 1:S 81-87
27. Dr. Ricardo Schwarcz, Dr. René Castro (Chile), Dra. Diana Galimberti, Lic. Obst. Inés Martínez; **GUÍA PARA EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**, MINISTERIO DE SALUD OCTUBRE 2002, Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Pág. 1 – 68.
28. CAPÍTULO 4: MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS NATURALES. Disponible: http://www.fertilab.net/ma/ma_04.pdf.
29. Grace Mtawali, Manuel Pina, Marcia Angle, Catherine Murphy, **EL CICLO MENSTRUAL y SU RELACION CON LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS Una guía para capacitadores en salud**

Reproductiva, School of Medicine, The University of North Carolina at Chapel Hill, 1998.

30. **CAPÍTULO 6: ANTICONCEPTIVOS ORALES.** Disponible: http://www.fertilab.net/ma/ma_06.pdf
31. **CAPÍTULO 2: MÉTODOS DE BARRERA.** Disponible en: http://www.fertilab.net/ma/ma_02.pdf
32. Vega – De La Cruz Fermín Gerson, Gómez Soto Víctor, **"Inicio de la vida sexual en el adolescente"**, VII Foro Delegacional de la Investigación en Salud del IMSS en Nuevo León (México), Edición especial. Nº .2-2003
33. Alma Virginia Camacho Hubner, MD, MPH **Perfil de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes y jóvenes de América Latina y el Caribe: Revisión bibliográfica,** Organización Panamericana de la Salud, 2000.
34. René G. García Roche, Alba Cortés Alfaro, Luis Enrique Vila Aguilera, Mariela Hernández Sánchez4 y Alina Mesquia Valera; **Comportamiento sexual y uso del preservativo en adolescentes y jóvenes de un área de salud,** Rev Cubana Med Gen Integr 2006;22(1).
35. Banda González Olga Lidia, Medrano Martínez, De los Reyes Nieto e Ibarra González: **CONDUCTA SEXUAL DE LOS ADOLESCENTES DE 12 A 19 AÑOS.** Cd. Victoria, Tamaulipas. 2008. En Contribuciones a las Ciencias Sociales.

36. Gómez MA, Sola A, Cortés MJ, Mira JJ. **Comportamiento sexual y anticoncepción por debajo de los 20 años en Alicante**, España. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2007;12: 125-130.
37. Cortés Alfaro A, García Roche R, Hernández Sánchez M, Monterrey Gutiérrez P, Fuentes Abreus J. **Encuesta sobre comportamientos sexuales riesgosos y enfermedades de transmisión sexual en estudiantes adolescentes de Ciudad de La Habana,** 1996. Rev Cubana Med Trop 1999; 51(2).
38. Felice ME, Feinstein RA, Fisher M, Kaplan DW, Olmedo LF, Rome ES, Staggers BC. **American Academy of Pediatrics. Committee on Adolescence. Contraception in adolescents.** PEDIATRICS Vol. 104 No. 5 November 1999.
39. **Prevención del riesgo en la adolescencia**. Disponible en: http://www.iesp.info/esp/riesgo.htm [Citado el 16 de marzo de 2005]
40. Flores D. **Comportamiento sexual y uso de anticonceptivos modernos en adolescentes con actividad coital-San Juan de Lurigancho.** Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2004: 43-48.
41. Carlos González-Garza, MC, **Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la ENSA 2000,** Salud Publica Mex 2005;47:209-218.

42. Instituto Nacional de Estadistica e Informatica. **Encuesta Nacional de Hogares y Vivienda (ENAHO) 2003 III TRIMESTRE** [Internet]. [Consulta: 24 de abril 2008]
43. Mosquera J. **Conocimientos, Actitudes y Practicas sobre MAC, VIH- SIDA y el uso de Medios de Comunicacion en jovenes de 12 -18 años**. Sociologia Clin. (Palmira- Colombia). 2003; 4(3): 56-59
44. Gloria María Carmona Clavijo, **CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA LOS ANTICONCEPTIVOS EN LOS ADOLESCENTES DEL TERCER AÑO DE SECUNDARIA DEL COLEGIO NACIONAL "DORA MAYER" BELLAVISTA-CALLAO, AGOSTO-SETIEMBRE DE 2008**. 5Rev Per Obst Enf 5(1) 2009. Pag: 11 -16.
45. MIRIAM CLETO, CARMEN MOTA, ET AL., **Conocimientos Sobre Métodos Anticonceptivos En Una Población De Estudiantes,** Rev Med Dom, Enero – abril 2002, Vol.63No.1 http://bvsdo.intec.edu.do/revistas/rmd/2002/63/01/RMD-2002-63-01-017-018.pdf
46. Caram Rm. **Algunos conocimientos y opiniones de adolescentes acerca de embarazo y los anticonceptivos,** Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, Santo Domingo.
47. Plá E. **Principales datos sobre embarazos, interrupción voluntaria de embarazos y anticoncepción en la adolescencia**. Rev Pediatr Aten Primaria. 2006;8 Supl 2:S79-82.

48. Barella Balboa JL 1, Mesa Gallardo I 2, Cobeña Manzorro M, **Conocimientos y actitudes sobre sexualidad de los adolescentes de nuestro entorno**, Medicina de Familia (And) 2002; 4: 255-260
49. Saravia C, Apolinario H, Morales R, Salinas V. **Itinerario del acceso al condón en adolescentes de Lima, Cuzco e Iquitos.** En: Cáceres C (ed). Nuevos Retos: investigaciones recientes sobre salud sexual y reproductiva de los Jóvenes en el Perú. Lima: REDESS Jóvenes; 1999.
50. Marcuello M, Muro MK, Wiegold M. **¿Jugando a la ruleta rusa? Lima**: Movimiento Homosexual de Lima (MHOL); 1993.
51. Víctor Soto**, Factores asociados al no uso del condón. Estudio en adolescentes y adultos jóvenes de Chiclayo,** Anales de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, ISSN 1025 – 5583 Págs. 152-159
52. Dres. Alejandro de Dios Moccia, Raúl Medina Milanesi†, 2006, **QUE ES LO QUE SABEN LOS ADOLESCENTES ACERCA DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y COMO LOS USAN.** Estudio en una población adolescente de Piedras Blancas. Montevideo - Uruguay. Revista Médica Uruguay; Rev Med Urug 2006; 22: 185-190
53. Md Guerrero Masiá, M. Guerrero Masiá, E. García-Jiménezc, A. Moreno López, **Conocimiento de los Adolescentes Sobre Salud Sexual en tres Institutos de Educación Secundaria**

Valencianos, 2008; Revista Pediatría de Atención Primaria, Volumen X. Número 433-442.

54. Iván Rubio. **Técnicas participativas en la educación sexual y cambios de conducta en adolescentes.** Med-ULA, Revista de la Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes. Vol.5 Nº1-4. (publicado 1999). Mérida. Venezuela
55. Irazabal Z. **Sexualidad en adolescentes**. 1991. Fundación Aledo. UNESCO-OPS. Venezuela