



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS**

TRABAJO DE TITULACIÓN

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:

MÉDICO

TEMA:

**CONOCIMIENTO SOBRE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN
ADOLESCENTES DEL BACHILLERATO DEL INSTITUTO TECNOLOGICO
SUPERIOR ISMAEL PEREZ PAZMIÑO DEL AÑO LECTIVO 2012 - 2013**

AUTOR:

ROBERTO XAVIER ROBALINO ESPINOZA

TUTOR

DR. RICHARD MOLINA NOBOA

MACHALA – EL ORO – ECUADOR

2014

TEMA:

CONOCIMIENTO SOBRE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN ADOLESCENTES DEL BACHILLERATO DEL INSTITUTO TECNOLOGICO SUPERIOR ISMAEL PEREZ PAZMIÑO DEL AÑO LECTIVO 2012 - 2013

CERTIFICACIÓN

Dr. Richard Molina Noboa

DOCENTE DE LA CARRERA CIENCIAS MÉDICAS

CERTIFICA:

Que el Egresado de la Carrera de Ciencias Médicas, **Sr. Robalino Espinoza Roberto Xavier**, ha realizado el Trabajo de Titulación: **CONOCIMIENTO SOBRE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN ADOLESCENTES DEL BACHILLERATO DEL INSTITUTO TECNOLOGICO SUPERIOR ISMAEL PEREZ PAZMIÑO DEL AÑO LECTIVO 2012 - 2013**

Bajo mi dirección, por lo que doy fe de que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

Dr. Richard Molina Noboa

TUTOR DE TESIS

CESIÓN DE DERECHO DE AUTORÍA

Yo, **ROBALINO ESPINOZA ROBERTO XAVIER**, con cédula de identidad 0703363705, Egresado de la Carrera de Ciencias Médicas de la Unidad Académica de Ciencias Químicas y de la Salud de la Universidad Técnica de Machala, responsable de la tesis de grado titulada “**CONOCIMIENTO SOBRE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN ADOLESCENTES DEL BACHILLERATO DEL INSTITUTO TECNOLOGICO SUPERIOR ISMAEL PEREZ PAZMIÑO DEL AÑO LECTIVO 2012 - 2013**”, Certifico que la responsabilidad de la investigación, resultados y conclusiones del presente trabajo pertenecen exclusivamente a mi autoría, una vez que ha sido aprobado por el tribunal de sustentación de tesis autorizando su presentación.

Deslindo a la Universidad Técnica de Machala de cualquier delito de plagio y cedo mis derechos de autor a la Universidad Técnica de Machala para que ella proceda a darle el uso que crea conveniente.

ROBALINO ESPINOZA ROBERTO XAVIER

C.I 0703363705

Autor

RESPONSABILIDAD

Declaro que las ideas expuestas en el presente trabajo de investigación son de exclusiva responsabilidad del autor.

Robalino Espinoza Roberto Xavier

CI. 0703363705

DEDICATORIA

Este triunfo es dedicado a Dios, a mis padres y a mi esposa. A Dios por haber sido luz, mi guía, por haberme dado siempre la fortaleza, sabiduría y paciencia que necesitaba para llevar a cabo la realización de mis objetivos. A mis padres por ser mi apoyo incondicional durante toda mi carrera estudiantil, que hicieron todo en para que yo pudiera realizar mis objetivos planteados, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba. A mi esposa a su paciencia y comprensión, preferiste sacrificar tu tiempo para que yo pudiera cumplir el mío. Por tu bondad y sacrificio me inspiraste a ser mejor para ti, ahora puedo decir que esta tesis lleva mucho de ti. Gracias por estar siempre a mi lado.

Roberto Xavier Robalino Espinoza

AGRADECIMIENTO

Quiero dar mi agradecimiento a mi director de tesis el Dr. Richard Molina Noboa, por su generosidad y asesoramiento que sirvieron como guía para la elaboración y culminación de este trabajo de investigación.

Roberto Robalino Espinoza

ÍNDICE GENERAL	Descripción
Portada.....	i
Tema.....	ii
Certificación.....	iii
Cesión de Derechos de Autoría.....	iv
Autoría.....	v
Dedicatoria.....	vi
Agradecimiento.....	vii
Resumen.....	1
Abstract.....	2
Introducción.....	3
Planteamiento del problema.....	4
Problema central.....	5
Problemas específicos.....	5
Justificación.....	6-7
Objetivos.....	8
Hipótesis.....	9

CAPITULO I

1. MARCO TEORICO CONCEPTUAL

1.1. Adolescencia.....	10-11
1.2 Cambios adolescencia.....	12
1.2.1 Pubertad en la mujer.....	12
1.2.2 Pubertad en los hombres.....	13
1.2.3 Caracteres sexuales masculinos.....	14
1.2.4 Etapas de la adolescencia.....	15
1.2.4.1 Adolescencia temprana.....	15
1.2.4.2 Adolescencia media.....	15
1.2.4.3 Adolescencia tardía.....	16
1.2.5. Sexualidad en la Adolescencia.....	16
1.2.5.1 Aspectos psicosociales.....	17
1.2.5.1.1 fantasías sexuales.....	17
1.2.5.1.2 Independencia.....	17
1.2.5.1.3 Reacciones paternas.....	18
1.2.5.1.4 Pautas conductas sexuales.....	18
1.2.5.1.4.1 La masturbación.....	18
1.2.5.1.4.2 Las caricias.....	18
1.2.5.1.4.3 El Coito.....	19
1.2.5.1.4.4 Experiencia homosexual.....	20
1.2.5.1.4.4 Experiencia homosexual.....	20
1.2.6 Método anticonceptivo.....	21
1.2.6.1 Métodos naturales.....	21
1.2.6.1.1 Clases anticonceptivo natural.....	22

1.2.6.1.1.1 Mela	21
1.2.6.1.1.2 Método anticonceptivo basados en el conocimiento de la fertilidad.....	23
1.2.6.2 Método de Barrera.....	26
1.2.6.2.1 Indicaciones.....	27
1.2.6.2.2 Contraindicaciones.....	27
1.2.6.2.3 Ventajas método de barrera.....	27
1.2.6.2.4 Desventajas de método de barrera.....	27
1.2.6.2.5Clases de métodos de barrera.....	28
1.2.6.2.5.1 Condón o preservativo.....	28
1.2.6.2.5.2Diafragma o condón femenino.....	29
1.2.6.3 Métodos Hormonales.....	31
1.2.6.3.1 Método hormonal Oral.....	31
1.2.6.3.2 Método hormonal inyectable.....	34
1.2.6.3.3 Método hormonal transdermico.....	35
1.2.6.3.3.1 Parche transdermico.....	35
1.2.6.3.3.2 Implante subdermico.....	37
1.2.6.3.3.3metodo hormonal emergencia.....	37
1.2.6.4 Método intrauterino.....	39
1.2.6.4.1 Dispositivo interuterino cobre.....	40
1.2.6.4.2 Anticonceptivo intrauterino liberador levonorgestrel.....	41
1.2.6.5 Métodos quirúrgicos definitivos.....	42

1.2.6.5.1 Clasificación método definitivo.....	43
1.2.6.5.1.1 Ligadura de trompas.....	43
1.2.6.5.1.2 Vasectomía.....	44

CAPITULO II

2 MARCO TEORICO CONTEXTUAL

2.1 Cantón Machala.....	44
2.1.1. Aspectos históricos.....	44
2.1.2 Época colonial.....	44
2.2. Origen y fundación de Machala.....	45
2.3 Creación del cantón Machala.....	45
2.4 Aspectos Geográficos.....	46
2.5 Instituto Técnico superior Ismael Pérez Pazmiño.....	47
2.51 Breve reseña Histórica de la institución.....	47
2.5.2 Infraestructura física.....	47-48
2.6 Misión.....	48
2.7 Visión	48

CAPITULO III

3. METODOLOGIA

3.1. Localización.....	49
3.2. Caracterización área de trabajo.....	49
3.3. Periodo de investigación.....	49

3.4. Tipo de estudio.....	49
3.5. Universo y muestra.....	49
3.5.1 Universo.....	49
3.5.2 Muestra.....	49
3.6 Criterios de inclusión y exclusión	50
3.6.1 Criterios de Inclusión.....	50
3.6.2 Criterios de Exclusión.....	51
3.7. Método y procedimiento.....	51
3.8 Variables.....	52
3.8.1 Variables independientes.....	52
3.8.2 Variables dependientes.....	52
3.8.3 Operativización de las Variables.....	52
3.9 Análisis de la información.....	54
3.10 Aspectos éticos y legales.....	54
 CAPITULO IV	
4. Discusión y resultados.....	55
4.1. Tabulación y presentación de datos.....	55-65
4.2. Discusión.....	66-67
4.3. Conclusiones.....	68
4.4. Recomendaciones.....	69
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ANEXOS.....	70-77

RESUMEN

Objetivo

Determinar el nivel de conocimiento sobre Métodos De Planificación Familiar en adolescentes del Bachillerato Del Colegio Ismael Pérez Pazmiño del año lectivo 2012 – 2013

Materiales y Métodos

El trabajo realizado es un estudio Descriptivo de orden Trasversal, la edad más representativa fue el de 16 años en el que se encontraban 69 personas de las 167 investigadas, y el sexo más representativo fue el femenino.

.

Resultados

Un 20,9% de los encuestados habían ya Iniciado su vida sexual activa, de los cuales un 48,6% están dentro del grupo de 14 a 16 años de edad, mientras que un porcentaje de 2,8% que es una persona lo inició antes de los 12 años, esta no es una realidad desconocida para nadie, es más muchos países de América tienen índices muy parecidos al presente

Conclusiones

Los adolescentes del presente estudio no distan de la realidad nacional ni de la de otros países, ya que un 20,9% de los encuestados habían ya Iniciado su vida sexual activa, El conocimiento de métodos anticonceptivos de los adolescentes es deficiente, pues solo se representa en un 13%. La adquisición de información sobre métodos de planificación familiar que los entrevistados recibieron provinieron nulamente de los familiares o de algún adulto responsable que los pueda guiar adecuadamente.

ABSTRACT

Objective

Determine the level of knowledge about family planning methods in adolescents in the high school of the College Ismael Pérez Pazmiño in the academic year 2012-2013

Materials and methods

The work done is a descriptive study of order Transversal and more representative age was 16 years old, in which 69 people of the investigated 167 were most representative sex was the feminine.

Results

20.9% of respondents already started had its sexually active, of which a 48.6% are within the Group of 14 to 16 years of age, while a percentage of 2.8%, which is a person started it before the age of 12, this is not a reality unknown to no one, is more many countries of the Americas have very similar to the present rates

Conclusions

Adolescents in this study are not far of the national reality or from other countries, since a 20.9% of respondents started already had his active sexual life, knowledge of contraceptive methods among adolescents is poor, because only is represented by 13%. The acquisition of information about family planning methods which respondents received came nulamente relatives or any responsible adult who can guide them properly.

INTRODUCCION

Definir la adolescencia con precisión es problemático por varias razones. Primero, se sabe que de la madurez física, emocional y cognitiva, entre otros factores, depende la manera en que cada individuo experimenta este período de la vida.

Aun así podríamos decir que la adolescencia, es un período de transición, una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y anuncia la adultez, dicho término se usa generalmente para referirse a una persona que se encuentra entre los 10 y 19 años de edad.

Para muchos jóvenes la adolescencia es un período de incertidumbre e inclusive de desesperación; para otros, es una etapa de amistades internas, de aflojamiento de ligaduras con los padres, y de sueños acerca del futuro.

Y es precisamente esta edad de cambios, de rebeldía y de emociones y sentimientos encontrados lo que lleva a varios jóvenes a vivir adelantadamente ciertos factores, entre ellos uno muy importante como es la sexualidad. Es así que a nivel mundial se ha establecido que es en casa de alguno de los padres donde buena parte de los chicos y chicas se inicia sexualmente cuando está promediando los 15 años, y el Ecuador a nivel de la región Andina se ubica en el primer lugar de madres adolescentes con un 74%.

Muchos factores se cree que intervienen en esto: como la educación de los jóvenes, las relaciones personales, interfamiliares y amistades e incluso el nivel de educación de nuestros jóvenes actualmente.

Por lo ya mencionado entendemos que es necesario que los jóvenes cuenten una información suficiente y una adecuada educación sexual, los métodos anticonceptivos existentes y que tienen a su alcance porque es necesario que comprenda las responsabilidades y deberes que va a tener, y también para poder desempeñar esa función sexual "aprobada por la sociedad".

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Más del 17% de las jóvenes ecuatorianas de entre 15 y 19 años son madres, lo que indica somos la segunda mayor tasa de América Latina, tras Venezuela, según datos divulgados por el Gobierno¹. En el Ecuador, dos de cada diez chicas iniciaron sus relaciones sexuales entre los 12 y 14 años²; A nivel general, 37 de cada 100 embarazos en Ecuador son no deseados; entonces es claro que la falta de información sumada al miedo o la vergüenza a hablar abiertamente de la sexualidad, sean las causales de estos altos índices en nuestro país.

Es claro que con estos datos nuestros jóvenes tienen muchos riesgos en el ámbito de la sexualidad, entre ellos el primero y quizás más importante riesgo sea la paternidad temprana, teniendo en cuenta que a menor edad que tengan las parejas, hay mayores consecuencias y responsabilidades que asumir, sobre todo frente a la sociedad y luego a la familia.

Una embarazada adolescente tiene dentro del ámbito médico muchísimas más complicaciones que una mujer con un embarazo a una edad reproductiva adecuada. Además es que esta situación afecta de manera determinante el futuro y el proyecto de vida de los y las adolescentes.

Es por eso que con el presente proyecto investigativo se pretende amortiguar en algo esta situación que afecta a todo el país y a todas las familias de los estratos económicos.

¹ Diario el Universo según datos del INEC: Embarazos de niñas sube 74% y ubica al Ecuador primero en la región andina, 27 de Febrero 2012. Disponible en:

² Diario Hoy. Hay niñas embarazadas. Disponible en: <http://www.hoy.com.ec/libro6/joven1/jo09.htm>

PROBLEMA CENTRAL

El nivel de conocimiento sobre Métodos De Planificación Familiar en adolescentes del Bachillerato Del Colegio Ismael Pérez Pazmiño del año lectivo 2012 – 2013 no ha sido determinado hasta la actualidad.

1.2.1. PROBLEMAS ESPECIFICOS

- ✓ La clase de método anticonceptivo que más conocen los adolescentes del Bachillerato Del Colegio Ismael Pérez Pazmiño del año lectivo 2012 – 2013 no se ha establecido hasta el momento.
- ✓ El género que más conoce sobre Métodos De Planificación Familiar en adolescentes del Bachillerato Del Colegio Ismael Pérez Pazmiño del año lectivo 2012 – 2013 no está determinado aún.
- ✓ Se desconocen los medios de información sobre Métodos De Planificación Familiar en los adolescentes del Bachillerato Del Colegio Ismael Pérez Pazmiño del año lectivo 2012 - 2013
- ✓ La edad de inicio de vida sexual activa en los adolescentes del Bachillerato Del Colegio Ismael Pérez Pazmiño del año lectivo 2012 – 2013 es desconocida.

JUSTIFICACION

La adolescencia es la etapa que marca el proceso de transformación del niño en adulto, y quizá este concepto este tan generalizado y tan disociado a la vez, que nuestros adolescentes creen que convertirse en adultos es precisamente poner en práctica su sexualidad.

Es por eso que uno de los retos que deben enfrentar en la actualidad los adolescentes están precisamente relacionados con la práctica de su sexualidad y el riesgo que esto conlleva para su salud reproductiva, por el posible advenimiento de embarazos no deseados, sus consecuencias, así como el riesgo de adquirir una Infección de Transmisión Sexual (ITS).⁽²⁾

Dada esta necesidad, es que propongo como proyecto de Tesis el tema: **“CONOCIMIENTO SOBRE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN ADOLESCENTES DEL BACHILLERATO DEL COLEGIO ISMAEL PEREZ PAMIÑO DEL AÑO LECTIVO 2012 – 2013”**

Debida a las indagaciones realizadas, puedo asegurar que no existe referencia teórica, producto de la realización de estudios anteriores en este tema. Por lo que resultaría imprescindible desarrollar este trabajo investigativo, para cubrir este vacío.

La importancia del presente proyecto radica en que se conozca la realidad del medio en que vivimos, de la información que manejan nuestros jóvenes y por quienes es proporcionada dicha información, para poder ser tomadas como medidas preventivas desde los niveles de atención primaria y de alguna manera colocar nuestro granito de arena en tratar de disminuir el número de jóvenes que adquieren la paternidad a edad temprana. Y es que para el año 2010 fueron censadas 705 163 adolescentes en el Ecuador, de las cuales: 121 288 jóvenes, es decir el 17,2%, ha sido madre.³ Estas cifras ubican al Ecuador liderando la lista de países andinos con el mayor número de embarazos en niñas y adolescentes y en América Latina, el país ocupa el segundo lugar, después de Venezuela, según consta en el Plan Andino de Prevención del Embarazo en Adolescentes.

³ Diario el Universo según datos del INEC: Embarazos de niñas sube 74% y ubica al Ecuador primero en la región andina, 27 de Febrero 2012. Disponible en:

Este proyecto de investigación constituye una necesidad tanto para la Escuela de Medicina como método didáctico y de incentivo a la investigación para futuras generaciones.

Además la propuesta del presente proyecto de investigación es de gran interés ya que contribuirán a consolidar los conocimientos en el área de la salud como estudiante y su posterior aplicación en la vida práctica.

Con lo anteriormente expuesto y convencido de la importancia del presente proyecto es que se pone a disposición se efectuó su aprobación por la escuela de Medicina Humana de la Universidad Técnica de Machala para de esta manera cumplir con las metas propuestas.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de conocimiento sobre Métodos De Planificación Familiar en adolescentes del Bachillerato Del Colegio Ismael Pérez Pazmiño del año lectivo 2012 – 2013

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Establecer qué clase de método anticonceptivo es más conocido en las adolescentes del Bachillerato Del Colegio Ismael Pérez Pazmiño del año lectivo 2012 – 2013
- ✓ Identificar el género que más conoce sobre Métodos De Planificación Familiar en adolescentes del Bachillerato Del Colegio Ismael Pérez Pazmiño del año lectivo 2012 – 2013
- ✓ Establecer los medios de adquisición de la información sobre Métodos De Planificación Familiar más frecuente en los adolescentes del Bachillerato Del Colegio Ismael Pérez Pazmiño del año lectivo 2012 – 2013
- ✓ Determinar la edad de inicio de vida sexual activa en los adolescentes del Bachillerato Del Colegio Ismael Pérez Pazmiño del año lectivo 2012 – 2013

HIPOTESIS

Hipótesis Central

El nivel de conocimiento sobre Métodos De Planificación Familiar en los adolescentes del Bachillerato Del Colegio Ismael Pérez Pazmiño del año lectivo 2012 – 2013 no tiene un índice relativamente alto.

Hipótesis Particulares

- ✓ El método anticonceptivo más conocido en los adolescentes del Bachillerato Del Colegio Ismael Pérez Pazmiño del año lectivo 2012 – 2013 fue el preservativo (De Barrera).
- ✓ El género que más conoce sobre Métodos De Planificación Familiar en adolescentes del Bachillerato Del Colegio Ismael Pérez Pazmiño del año lectivo 2012 – 2013 fue el masculino.
- ✓ Los medios de adquisición de la información sobre Métodos De Planificación Familiar más frecuente en los adolescentes del Bachillerato Del Colegio Ismael Pérez Pazmiño del año lectivo 2012 – 2013 fueron en mayor porcentaje los amigos.
- ✓ La edad de inicio de vida sexual activa en los adolescentes del Bachillerato Del Colegio Ismael Pérez Pazmiño del año lectivo 2012 – 2013 fue en promedio de 14 años.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

1. MARCO CONCEPTUAL

1.1. ADOLESCENCIA

Definir la adolescencia podría ser tan complejo, se la considera una etapa bien definida de la vida del ser humano que comprende un período de transición entre la niñez y adultez y está caracterizada por cambios notables en el desarrollo físico, mental, emocional y social del individuo. La OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años.⁴

La adolescencia se comporta, por tanto, como una etapa en la cual los niños pasan de un estado de dependencia socioeconómica total a otro de relativa independencia. Si aceptamos este período como una etapa de transición, entenderemos los desafíos que los adolescentes han de enfrentar como tales del desarrollo.⁽¹⁰⁾

En el aspecto emocional, la llegada de la adolescencia significa la eclosión de la capacidad afectiva para sentir y desarrollar emociones que se identifican o tiene relación con el amor. El adolescente puede hacer uso de su autonomía y comenzar a elegir a sus amigos y a las personas que va a querer. Hasta entonces no ha escogido a sus seres queridos. Al nacer conoció a sus padres y tal vez a algunos hermanos y el resto de sus familiares. Después, de alguna manera, sus padres fueron eligiendo sus compañeros de clase y amigos. Pero al llegar a la adolescencia, puede hacer uso de cierta capacidad de elección para poner en marcha uno de los mecanismos más significativos de esta etapa. Llevando implícita la capacidad para discriminar sus afectos: querer de diferente manera a cada persona que le rodea y personalizar sus afectos. Esto debido a la llegada del pensamiento abstracto que le permite desarrollar su capacidad para relativizar.

⁴ Issler, R Juan. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA. 2007 Disponible en:
http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html

La discriminación de afectos, a través del establecimiento de diferencias en el tipo y la profundidad de sentimientos, le permite la personalización de sus afectos.

El adolescente está en un camino medio entre la edad adulta y la infancia, en lo que hace referencia a la vivencia de sus emociones, estando presente una mezcla singular de sus comportamientos. Todavía tiene una forma de manifestar sus deseos mediante una emotividad exacerbada o con la espontaneidad propia de la infancia, pero ya empieza a actuar de una manera sutil en las interacciones, o con una cierta represión relativa de sus emociones, tal como hace el adulto.⁽⁵⁾

Y es que no solo efectúan en los adolescentes cambios emocionales sino también físicos, así:

Durante los años de primaria, las niñas son tan grandes o hasta más grandes que los niños de su grupo. Entre los 11 y los 14 años, en promedio las niñas son más altas que los niños de su edad. La diferencia en el tamaño puede darles a las niñas ventaja en las actividades físicas, aunque algunas pueden presentar algún conflicto y, como resultado, menospreciar sus capacidades físicas. Sin embargo, la diferencia en el ritmo de crecimiento es más pronunciada al principio de la pubertad.⁽¹⁵⁾

Generalmente, las niñas comienzan la pubertad dos años antes que los niños y alcanzan su estatura máxima a los 16 años, la mayoría de los niños siguen creciendo hasta los 18 años. Para una joven normal, la adolescencia comienza con el desarrollo de los senos entre los 10 y 11 años y dura aproximadamente 3 años. En tanto que ésta es la edad promedio, el rango de edad en que se presenta es de 9 a 16 años. El 80% de las niñas tienen su primera menstruación entre los 11 y medio y los 14 años y medio años. Para el joven normal, su desarrollo comienza entre los 11 y 12 años. En general, los hombres son más variables que las mujeres en lo que se refiere al momento en que se presentan estos cambios físicos de la adolescencia.⁽¹⁵⁾

1.2. Cambios en la Adolescencia

1.2.1. Pubertad en las mujeres:

El indicio más importante de la llegada de la pubertad en las chicas es la aparición de la primera menstruación. Sin embargo, numerosas manifestaciones anteriores nos indican que algo está cambiando en su cuerpo; son las pruebas de que el sistema hormonal se ha puesto en función.⁽¹⁵⁾

A los 7 u 8 años, la hipófisis, estimulada por el hipotálamo, se pone en funcionamiento y secreta dos hormonas, la hormona folículo-estimulante (FSH) y la hormona luteinizante (LH). Pero todavía no puede verse el trabajo. Más tarde, con el aumento progresivo de esas dos hormonas, los órganos sexuales (los ovarios), se ponen en funcionamiento. Estos, que a la vez están estimulados por la FSH y la LH, secretarán dos hormonas femeninas: los estrógenos y la progesterona. Todo este trabajo se hace lentamente, de manera que poco a poco los órganos genitales femeninos van madurando para poder llevar a cabo la instalación de la función reproductora.⁽¹⁵⁾

El primer papel de los estrógenos (que son las hormonas secretadas por los ovarios) es el de hacer aparecer el vello y ordenar el crecimiento de los pechos. Todo este proceso se lleva a cabo con el siguiente orden:⁽¹⁵⁾

1. Aparece el vello púbico alrededor de los labios mayores y se observa también cómo sobresale ligeramente la papila de la mama.
2. Mientras el vello que recubre el pubis se va espesando, despuntan ya los botones de los pechos.
3. Los senos crecen progresivamente pero todavía no se desarrolla el pezón ni la aréola.
4. El pecho se forma con la aréola, que se extiende y se oscurece, y el pezón, que aumenta de tamaño y sobresale; el vello del pubis se hace más espeso y se extiende. Suele ser en ese momento cuando llega la primera menstruación.
5. Los pechos se desarrollan completamente, se marcan con precisión los contornos y aparece vello en las axilas. Estas transformaciones tardan como dos años.

1.2.2. Pubertad en los hombres:

Cuando el adolescente tiene la primera eyaculación (primera expulsión de semen fuera del pene), puede considerarse que ha entrado en la pubertad. La edad puede ser de igual manera variable, la pubertad puede comenzar a los 14 o 15 años y continuar hasta los 18 o 20 años.

La hipófisis, al ser estimulada por el hipotálamo segrega una hormonas, la hormona foliculoestimulante (FHS) y la hormona luteinizante (LH). La acción de estas dos hormonas hipofisarias se realiza, en los hombres, en los testículos, produciendo el mismo resultado que hemos observado en el desarrollo de las mujeres: la maduración de los órganos genitales que hace posible la reproducción.

La FSH multiplica y hace madurar las células germinales que se encuentran en los testículos. Éstas se convertirán en espermatozoides. Las glándulas anexas, como por ejemplo la próstata, se encargan de que los espermatozoides sean aptos para la fecundación.

Por otro lado la LH hace que los testículos secreten una hormona masculina, la **testosterona**, que da los caracteres masculinos. En los hombres, y a diferencia de las mujeres, la formación de las células germinales no se produce de forma cíclica (que ocurre en ciclos), sino es permanente a lo largo de la vida. La secreción de hormonas masculinas se mantiene en constante equilibrio, así, cuando la tasa de testosterona sube en la sangre, la secreción de LH es frenada por la hipófisis y viceversa.

Las transformaciones de las marcas sexuales en el hombre ocurren de acuerdo a las siguientes etapas:

1. A los 11 años, según el promedio (9 a 13 años), el pene y los testículos tienen la misma medida que los de un niño de 4 o 5 años; quizás puede verse un leve vello en el pubis.
2. A los 12 años (promedio entre 10 y 14), los testículos comienzan a aumentar de volumen, los pelos del pubis se hacen más visibles aunque aparezcan de una manera dispersa o clara, el pene no varía de tamaño.
3. Hacia los 13 años (promedio entre 11 y 16 años) el vello púbico se hace más denso, rizado y espeso, ocupa más superficie; el pene comienza a alargarse, los testículos

continúan aumentando su volumen, que se multiplicará por 8 en 3 años aproximadamente.

4. La zona del vello forma un triángulo, es casi como la del adulto pero ocupa menor extensión. El pene se alarga, el glande aumenta de tamaño y se hace cada vez más estimulante (pueden producirse algunas erecciones involuntarias, no seguidas de eyaculaciones, desde muy temprano), la piel toma otro color y se forman algunos pliegues o bolsas que poco a poco se hacen más oscuras y gruesas.
5. Aparecen las primeras eyaculaciones, pero la pubertad no se completa hasta que no se alcancen los 17 o 18 años (media 15 y 21 años), cuando los órganos genitales en su forma y enmarcación sean como los de adulto.

1.2.3. Caracteres sexuales secundarios masculinos:

- ✓ El cambio de voz, pues, se debe a la acción de la testosterona. La forma de la laringe se altera avanzándose un poco.
- ✓ La barba: cuando el mentón se oscurece y el bigote se marca un poco, quiere decir que la pubertad ya está terminando.
- ✓ Los vellos: Abajo de las axilas crecen bastante tarde, primero se extiende por el estómago hasta el ombligo, más tarde en la parte inferior de las piernas y por encima de los testículos y el pene; ya pasada la pubertad crecen vellos en el pecho, en las manos y en la espalda.

Como notamos, los cambios sexuales también implican parte de la vida de los adolescentes, es por eso que entre los retos que deben enfrentar los adolescentes están los relacionados con la práctica de su sexualidad y el riesgo que esto conlleva para su salud reproductiva, por el posible advenimiento de embarazos no deseados, sus consecuencias, así como el riesgo de adquirir una Infección de Transmisión Sexual (ITS).

(10)

En relación con el comportamiento sexual se considera que al menos el 75% de adolescentes en países desarrollados del mundo occidental han tenido alguna relación sexual antes de los 18 años, al igual que el 50% en el caso de América Latina.

Los adolescentes y adultos jóvenes constituyen hoy día alrededor del 30% de la población mundial. (10) Y aproximadamente 15 millones de adolescentes se convierten en madre

cada año, lo cual supone que más del 10% de todos los nacimientos ocurren en adolescentes. Esto afecta principalmente a los países en vías de desarrollo en los que se informa que el 17% de todos los partos se producen en adolescentes

1.2.4. Etapas de la Adolescencia

1.2.4.1. Adolescencia Temprana

La Adolescencia Temprana coincide con la pubertad, que es el cambio físico del cuerpo del niño al de adolescente. Las niñas tienen su primera menstruación y los niños comienzan a experimentar el cambio de voz y otros signos de la edad adulta. En esta etapa, la preocupación por los cambios experimentados en el propio cuerpo, las dudas sobre sexo y el contacto con grupos de amigos del mismo sexo para forjar la identidad, son primordiales. Comienzan las dudas sobre su papel en la sociedad. No se ve encajado en el grupo de los adultos ni mucho menos en el de los niños, por lo que unas veces se adscribe a un papel y otras a otro.

1.2.4.2. Adolescencia Media

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.

El adolescente empieza a asumir su nuevo cuerpo, y su nueva identidad. Ya no se ve a sí mismo como un niño. Paralelamente, comienzan los contactos con el sexo opuesto y las pandillas mixtas. La principal preocupación es el sexo y conseguir gustar y seducir a los miembros del sexo contrario. Son frecuentes las dudas sobre orientación sexual y la experimentación con estímulos fuertes como el alcohol, las drogas y el tabaco

Psicológicamente es el período de máxima relación con sus padres, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.

Muchos asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.

1.2.4.3. Adolescencia Tardía

Los conflictos internos de identidad se van resolviendo, casi no se presentan cambios físicos se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

Hay que tener en cuenta, que para algunos autores, la adolescencia termina cuando un joven es totalmente independiente emocionalmente y económicamente de sus padres.

1.2.5. SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

La sexualidad sobrepasa una función puramente biológica, es una forma privilegiada de expresión amorosa a través del cuerpo, se mueve en un ámbito social y cultural y tiene que ser una experiencia humanizante.⁽¹⁷⁾

Contrastada con la adolescencia que es una época de rápidos cambios y difíciles emociones. El desarrollo físico es sólo una parte de este proceso, porque los adolescentes afrontan una amplia gama de requerimientos psicosociales: independización de los padres, consolidación de las cualidades necesarias para relacionarse con los compañeros de la misma edad, incorporación de una serie de principios éticos aplicables a la realidad práctica, fomento de las capacidades intelectuales y adquisición de una responsabilidad social e individual básica, por nombrar sólo algunos. Pero a la vez que el adolescente se encara con tan compleja sucesión de dificultades concernientes a su evolución conjunta como ser humano, debe dirimir su sexualidad aprendiendo el modo de adaptarse a los cambiantes sentimientos sexuales, escogiendo cómo participar en las diversas clases de actividad sexual, descubriendo la manera de identificar el amor y asimilando los necesarios conocimientos para impedir que se produzca un embarazo no deseado. Y es que la naturaleza paradójica de la adolescencia se patentiza sobre todo en la esfera de la sexualidad.⁽¹⁷⁾

1.2.5.1. Aspectos Psicosexuales De La Adolescencia

1.2.5.1.1. Fantasías sexuales

Los sueños y las fantasías sexuales se tornan más frecuentes y explícitos en la adolescencia, muchas veces como elemento auxiliar de la masturbación. Parece ser que la fantasía, en el marco de la adolescencia, cumple por lo general con el placer de la actividad sexual; puede sustituir a una experiencia real; originando excitación o provoca el orgasmo; constituye una especie de plataforma de ensayo mental de cara a ulteriores situaciones sexuales, aumentando la tranquilidad y anticipándose a posibles problemas, igual que ocurre con el ensayo de cualquier otra actividad y, en fin, supone un medio de experimentación sexual sin riesgos, controlable y nada conmocionante. La experiencia del adolescente, en cuanto a la exploración del alcance y aplicabilidad de las fantasías, repercute decididamente en su actividad sexual y en la propia seguridad a la hora de desempeñarse sexualmente en fases posteriores. ⁽¹⁷⁾

1.2.5.1.2. Independencia

A medida que el adolescente pugna por consolidar un sentido de identidad e independencia personal con respecto a sus padres y a otras figuras autoritarias, adquieren gran importancia las relaciones recíprocas con los compañeros y compañeras de la misma o parecida edad. Así, por ejemplo, la necesidad de libertad que experimenta el adolescente se acompaña normalmente del imperativo de ser como sus amigos, por más que en ocasiones ambas exigencias sean contrapuestas o antagónicas. ⁽¹⁷⁾

Las presiones del grupo de edad a que pertenece el adolescente varían según las colectividades sociales.

En su ansia por liberarse de la supervisión de los padres y de los adultos, algunos adolescentes ven en el sexo un medio de demostrar su aptitud para tomar decisiones propias y de presentar cara a la escala de valores de la otra generación. Aún se espera que sea el varón que tome la iniciativa sexual, y si es la mujer la que lo hace, lo más probable es que se la tache de una forma no adecuada. Los adolescentes no se han desembarazado de todo vestigio de problemas sexuales, mala información y desconcierto

en materia de sexualidad; más bien parece que hayan sustituido determinados problemas por otro contingente de dificultades. ⁽¹⁷⁾

1.2.5.1.3. Reacciones Paterna

Muchos adultos dan la impresión de sentirse amenazados por las pautas del adolescente en esta materia y tratan de regularlas de manera ilógica, como lo demuestra el hecho de que se pretenda a veces suprimir la educación sexual en las escuelas, restringir la información sobre métodos anticonceptivos, censurar libros y películas o, sencillamente, fingir que la sexualidad del adolescente no existe en absoluto. Por fortuna, no todos los padres adoptan una visión tan negativa de la sexualidad juvenil y en algunos casos asumen posturas más liberales. También es importante constatar que la conducta sexual del adolescente puede crear inquietud en los progenitores. A muchos padres les preocupa que sus hijos adolescentes se vean atrapados en un embarazo involuntario, conscientes de que, aun cuando él o ella dispongan de medios anticonceptivos, quizá no los sepan utilizar eficazmente en el momento preciso. Los padres también se inquietan, y no sin motivo, de que sus hijos adolescentes puedan contraer una enfermedad venérea. ⁽¹⁷⁾

1.2.5.1.4. Pautas De Conducta Sexual

1.2.5.1.4.1. La Masturbación

Kinsey y colaboradores detectaron una marcada diferencia en cuanto a la incidencia de la masturbación en los varones y en las mujeres. No obstante, la tendencia actual indica un aumento de la masturbación en las muchachas adolescentes. ⁽¹⁷⁾

La masturbación cumple en los adolescentes varias funciones de importancia, como son el alivio de la tensión sexual, el constituir una forma inocua de experimentación sexual, la mejora de la autoconfianza en el desempeño sexual, el dominio de los impulsos sexuales, la mitigación de la soledad y una válvula de escape de la tensión y el estrés generales. ⁽¹⁷⁾

1.2.5.1.4.2. Las Caricias

Es el contacto físico entre varones y mujeres con miras a lograr la excitación erótica sin realizar el coito. Recientemente, un estudio basado en entrevistas con estudiantes de ambos sexos de primer año de universidad, a los que se preguntó sobre sus experiencias

sexuales en el instituto de secundaria, puso de manifiesto que el 82 % tuvo estimulación genital con su pareja, y que el 40% de las muchachas y el 50% de los chicos habían tenido orgasmos las caricias. ⁽¹⁷⁾

Además de practicar buen número de actividades sexuales a edad más temprana que otras generaciones, muchos de los adolescentes de nuestros días han prescindido de la costumbre de "salir" o darse cita con compañeros o compañeras y de "entablar un noviazgo" formal, y se atienen a pautas de interacción social menos estructuradas. ⁽¹⁷⁾

1.2.5.1.4.3. **El Coito**

La primera experiencia coital puede constituir un episodio de dicha, goce, intimidad y satisfacción o, por el contrario, originar inquietud, desengaño y culpa. Es un error deducir que los chicos y chicas que tienen su primera relación coital a edad más temprana son por ello mismo promiscuos, ya que muchos adolescentes jóvenes se limitan a realizar la experiencia con una misma compañera en cada ocasión. También debe tenerse en cuenta que no pocos adolescentes que ya no son vírgenes realizan el acto sexual con escasa frecuencia. En el caso de algunos muchachos, sobre todo los que "probaron" efectuar la cópula por el afán de experimentar, desvelado el misterio hallan menos intrigante y apetecible la relación sexual y pasan largos periodos sin hacer el amor o copulando de tarde en tarde, impulsados a veces por el deseo de encontrar la persona adecuada. Los adolescentes que mantienen una relación amorosa que permanece desde hace tiempo, suelen realizar el coito con bastante regularidad. ⁽¹⁷⁾

En los últimos años se ha puesto de manifiesto que entre los adolescentes con experiencia sexual está emergiendo un contingente que se muestra desengañado, insatisfecho o turbado en lo que atañe a su vida sexual. En ocasiones se trata de muchachos o muchachas que esperaban tanto de esa primera experiencia que luego se sienten poco menos que frustrados o estafados si la situación no resulta conmovedora. Otros padecen trastornos sexuales que les han impedido gozar del contacto íntimo. Un tercer contingente está constituido por adolescentes que en un principio gozan con la experiencia sexual, pero que pierden interés por ella cuando se dan cuenta de que la relación con el compañero o compañera tiene tan sólo una motivación sexual, o cuando se rompe el vínculo y una parte se siente utilizada o manipulada. Buena parte de esos optan por la continencia para salir del paso, en la confianza de que cuando sean mayores

o cuando den con la pareja adecuada las cosas serán de otro modo. Por último están los que, siendo sexualmente activos, hallan escaso o nulo el placer en las relaciones íntimas.
(17)

1.2.5.1.4.4. **Experiencia homosexual**

Los estudios de Kinsey manifiestan que muy frecuentemente los adolescentes varones habían tenido al menos una experiencia homosexual, en tanto que el porcentaje de experiencias lésbicas entre muchachas era muy inferior.⁽¹⁷⁾

Conviene tener presente que un encuentro aislado entre dos adolescentes del mismo sexo o una pauta efímera de actividad homosexual no basta para afirmar que el individuo tenga una inclinación de este tipo. La mayor parte de los adolescentes que han tenido experiencias homosexuales no se ven como tales y, ya adultos, su conducta es heterosexual. Aun así, hay adolescentes que albergan sentimientos de culpa y se muestran ambivalentes respecto a su orientación sexual como consecuencia de un solo episodio de ese género, lo que les turba emocionalmente.⁽¹⁷⁾

El adolescente que se inquieta ante la idea de ser homosexual reacciona de muy diversas formas. Los hay que evitan toda relación con individuos del mismo sexo a la vez que tratan de reforzar su identidad heterosexual saliendo con chicas y entregándose a contactos amorosos heterosexuales. Otros optan por evitar todo tipo de situaciones sexuales. Además, están los que se tienen por bisexuales, los que estiman que la excitación homosexual es una etapa transitoria que dejarán atrás, y, en fin, los adolescentes que recaban la ayuda de un profesional para salir de apuros.⁽¹⁷⁾

Algunos adolescentes "sienten" de manera intuitiva que son homosexuales, o bien superan el desconcierto inicial acerca de su identidad sexual y asumen de forma positiva la homosexualidad. Estos últimos suelen consultar libros sobre el tema, buscan la compañía de otros homosexuales y aspiran a introducirse socialmente en la subcultura homosexual. Estas personas se enfrentan con algunas dificultades en virtud del concepto hoy vigente sobre la homosexualidad y no confiesan sus preferencias sexuales a la familia o a los amigos hasta más tarde, y eso suponiendo que decidan hacerlo.⁽¹⁷⁾

1.2.6. Métodos Anticonceptivos

Son métodos que evitan que la mujer salga embarazada, y son la ayuda para una buena planificación familiar la cual se asienta sobre dos necesidades vitales: mejorar la salud y el bienestar del individuo y limitar las consecuencias de las altas tasas de crecimiento en la población.⁵

1.2.6.1. Métodos Naturales

Son aquellos métodos que se basan en la fisiología hormonal de la mujer, en los cuales hay abstinencia de tener relaciones sexuales durante la ovulación que es el momento en el cual el óvulo sale del ovario y los días cercanos a ella, que se conocen como días fértiles o de riesgo para que una mujer pueda quedar embarazada.⁽¹⁶⁾

1.2.6.1.1. Clases de Métodos Anticonceptivos Naturales

1.2.6.1.1.1. MELA (Método de Amenorrea de la Lactancia)⁽¹¹⁾

Es un método de planificación familiar temporal, basado en la lactancia exclusiva en el que la mujer debe cumplir obligatoriamente con 3 condiciones:

1. Lactancia materna a libre demanda, de día y de noche, sin uso de fórmulas o sucedáneos de leche materna.
2. Amenorrea
3. Recién nacido/a menor de 6 meses

La tasa de efectividad del MELA con el uso ideal es: < 1:100 mujeres/6 meses, con el uso común 2:100 mujeres podrían embarazarse dentro de los seis primeros meses.

a) Indicaciones De MELA⁽¹¹⁾

Por cumplir las siguientes condiciones:

- Deseo de no usar o contraindicación para métodos hormonales o de barrera.
- Contraindicación de anticoncepción de índole moral, familiar y/o religiosa.
- Condición médica grave que impida utilizar otro método anticonceptivo.

⁵ Dr. Reyes, Métodos Anticonceptivos, Disponible en: http://www.geocities.com/amirhali/_fpclass/anticonceptivos.htm

- Lactancia materna a libre demanda, de día y de noche, sin uso de fórmulas o sucedáneos de leche materna.
- Amenorrea y recién nacido menor de 6 meses.

b) Contraindicaciones de MELA: ⁽¹¹⁾

No es recomendable este método si la mujer presenta las siguientes condiciones:

- Mujeres con contraindicación de lactancia
- Mujeres con VIH y SIDA
- Retorno a ciclos menstruales regulares o irregulares
- Lactancia materna no exclusiva o con el uso de sucedáneos de leche materna.
- Recién nacidos con condiciones que dificulten la correcta lactancia y succión (prematuros, bajo peso, malformaciones oro faciales).
- Mujeres que durante la lactancia estén utilizando medicamentos como: reserpina, ergotamina, antimetabolitos, ciclosporina, bromocriptina, corticoides, drogas radioactivas, litio, anticoagulantes, antidepresivos, ansiolíticos.

c) Ventajas Del MELA ⁽¹¹⁾

- Es un método natural, se inicia inmediatamente luego del parto o cesárea.
- No posee efectos secundarios de tipo hormonal.
- No implica gasto económico.
- Promueve el amamantamiento y garantiza la alimentación ideal de todo recién nacido.
- Fácil de usar.
- No interfiere con el coito.
- No requiere supervisión por parte del personal de salud.
- No requiere de insumos anticonceptivos.
- Reduce el sangrado posparto.

d) Desventajas Del MELA ⁽¹¹⁾

- Si no se cumple con las 3 condiciones mencionadas la eficacia disminuye.
- No es posible conocer si el nivel de eficacia es óptimo, incluso si se cumplen las 3 condiciones mencionadas.

- No protege de las ITS incluyendo el VIH y SIDA.
- Es muy importante tener en cuenta que la pareja debe estar preparada y bien asesorada sobre otros métodos incluyendo anticoncepción de emergencia.

1.2.6.1.1.2. Métodos Anticonceptivos Basados En El Conocimiento De La Fertilidad

Estas conductas anticonceptivas son conocidas como abstinencia periódica o conductas naturales. Implican la abstinencia periódica o el uso de otro método durante el período fértil de la usuaria.

Su función es evitar el encuentro del espermatozoide con el óvulo mediante la identificación de cambios relacionados en los momentos fértiles de la mujer.

Para determinar el período fértil femenino existen 2 métodos:

1. Uso del calendario, determinan los días fértiles en base al ciclo menstrual, también es conocido como Método del Ritmo.
2. Uso de los signos y síntomas del período fértil, como son: moco cervical y temperatura corporal basal (TCB).

a) Indicaciones:

- Deseo de no usar o contraindicación para métodos hormonales o de barrera.
- Contraindicación de anticoncepción de índole moral, familiar y/o religiosa.
- Condición médica grave que impida utilizar otro método anticonceptivo.

b) Contraindicaciones:

No es recomendable este método si la mujer presenta las siguientes condiciones:

- Pacientes con riesgo de incumplimiento de las conductas por falta de la colaboración de la pareja.
- Personas portadoras o con riesgo de ITS, VIH y SIDA.
- Lactancia materna con amenorrea de más de 6 meses.
- Mujeres con ciclos irregulares (con o sin lactancia materna) que impidan predecir el momento de la ovulación.
- Período Perimenospausico

- Período Postmenarquico inmediato
- Personas que no entiendan bien el método.
- Infecciones y trastornos del aparato reproductivo que cursen con sangrados irregular o flujo vaginal que altere las características de la temperatura y del moco cervical.

c) Ventajas

- No posee efectos colaterales.
- Las mujeres conocen sobre su cuerpo y su fertilidad
- La pareja también toma responsabilidad en el método.

d) Desventajas

- No protege de las ITS incluyendo el VIH y SIDA.
- Los dos miembros de la pareja deben estar de acuerdo en el método para evitar frustraciones.
- Puede ser una actividad muy restrictiva para algunas parejas.
- Es susceptible de abandonar su uso de manera muy frecuente.
- No es un método recomendable en adolescentes.
- Es muy importante tener en cuenta que la pareja debe estar preparada y bien asesorada sobre otros métodos incluyendo anticoncepción de emergencia si su comportamiento sexual cambia.

e) Clases de Métodos Anticonceptivos Basados En El Conocimiento De La Fertilidad

○ **Método Del Ritmo**

Es necesario saber que para usar este método la mujer debe conocer la duración de su ciclo ovárico, puede registrar el número de días que tiene cada uno de sus ciclos menstruales al menos durante 6 meses.

El ciclo ovárico de la mujer empieza con la menstruación, es decir que el primer día del ciclo es el primer día de la menstruación, y que el último día del ciclo es un día antes de la próxima menstruación. Todo el ciclo dura aproximadamente 28 días, pero no todas las mujeres tienen ciclos que duran ese tiempo, así los ciclos ováricos pueden durar desde 26 días hasta 32 día que es el tiempo en el que se puede usar este método.

Este método se basa en:

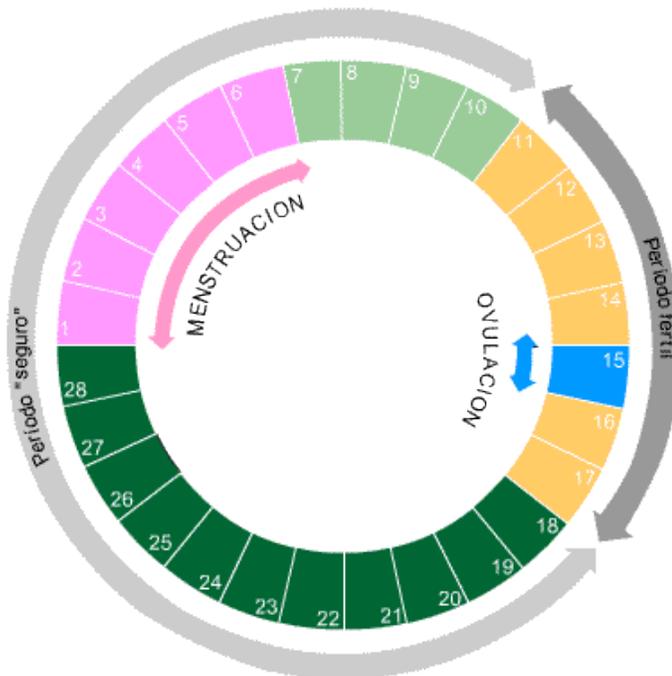
- ✓ Los espermatozoides pueden vivir dentro del tracto reproductivo de la mujer, de 2 a 7 días.
- ✓ El óvulo femenino solo vive por uno o máximo dos días.
- ✓ La fertilización del óvulo puede ocurrir días después de la relación sexual.

Cómo se calculan los días:

Después del seguimiento, se restará 18 días al ciclo más corto y 11 al más largo, de tal manera que si su ciclo más corto fue de 27 días y su ciclo más largo de 29 días, podrá tener relaciones antes del día 9 ($27-18=9$) y después del día 18 ($29-11$).

En traducción así: Se toma como base el primer día de menstruación, la primera semana que son 7 u 8 días son días seguros al igual que la semana previa a la menstruación.

En una mujer con un ciclo regular de 28 días



- **Método de la Temperatura Basal**

La ovulación que se da a mitad del ciclo aproximadamente, se acompaña de un discreto aumento de la temperatura corporal (0.5 a 1 °C) en relación a los días pre ovulatorios del ciclo. Entonces este método permite tener relaciones sexuales a partir de la tercera noche en que la mujer ha comprobado un aumento de su temperatura corporal (menos de 1 grado centígrado) hasta la próxima menstruación. La mujer debe medirse la temperatura vaginal, cada mañana y confeccionar una gráfica, alrededor de la mitad de su ciclo verá que la temperatura se eleva, es el momento más peligroso, pero luego de tres días ya no hay peligro.

- **Método del Moco Cervical**

La mujer se siente seca aproximadamente hasta el 8^{vo} día del ciclo ovárico y de allí en adelante el moco cervical se va haciendo cada vez más elástico y transparente, como clara de huevo, alcanzando su máxima humedad, lubricación, elasticidad, transparencia y filancia (capacidad de formar un hilo cuando se toma entre dos dedos) el día de la ovulación.

1.2.6.2. Métodos de Barrera

Los métodos anticonceptivos de Barrera como su nombre lo indican son aquellos que forman una barrera que impide la entrada de espermatozoides y gérmenes infecciosos a la vagina cuando se lo usa correctamente, por ello es que puede evitar un embarazo y prevenir la transmisión de ITS/VIH y SIDA.⁽¹¹⁾

1.2.6.2.1. Indicaciones:

- Relaciones sexuales esporádicas o poco frecuentes al mes.
- Dudas de la monogamia de la pareja.
- Más de una pareja sexual.
- El usuario/a o su pareja tienen una infección que puede transmitirse por relaciones sexuales (VIH y SIDA, Hepatitis B y C).
- Como apoyo a otros métodos anticonceptivos.
- Como apoyo durante las primeras 20 - 30 eyaculaciones posteriores a la realización de vasectomía.

1.2.6.2.2. Contraindicaciones:

- Alergia conocida al látex.
- Requiere de su uso correcto para generar todas las ventajas y disminuir los riesgos de embarazo y de ITS/VIH y SIDA.

1.2.6.2.3. Ventajas De Los Métodos De Barrera:

- Previene el embarazo eficazmente.
- Ayuda a prevenir el contagio de ITS/VIH y SIDA, EPI, cervicitis.
- El hombre toma responsabilidad en la salud sexual de la pareja
- Puede ayudar a proteger contra patologías secundarias a las ITS, cervical.
- No posee efectos secundarios de tipo hormonal
- Retorno inmediato a la fertilidad luego de la discontinuación de su uso.
- Fáciles de obtener. No necesita ser suministrado por un proveedor de salud.
- El condón femenino es más resistentes que el masculino.
- El condón femenino por su textura suave y lubricada, no afecta la sensación durante el acto sexual.
- Algunas mujeres reportan mayor estimulación sexual por el contacto con el anillo externo del condón femenino.

1.2.6.2.4. Desventajas De Los Métodos De Barrera:

- Algunos usuarios se quejan de disminución de sensibilidad o pérdida de la erección. El usuario/a y la pareja deben estar bien asesoradas sobre el uso correcto del condón.
- Pueden causar irritación de los genitales por alergia al látex
- La alergia al látex del condón masculino puede causar discomfort.
- Pueden debilitarse, deslizarse o romperse durante su uso.
- El condón femenino puede ser ruidoso durante la relación sexual.
- Las mujeres en riesgo de embarazo deben ser claramente informadas que un uso no correcto del preservativo se relaciona a falla del método.

1.2.6.2.5. Clases de Métodos de Barrera:

Los Métodos de Barrera lo constituyen el CONDON O PRESERVATIVO, y existen en presentación para hombre y mujeres.

1.2.6.2.5.1. Condón o Preservativo Masculino:

El condón masculino es un método anticonceptivo hecho de látex y poliuretano que se coloca sobre el pene erecto. Su función principal es recoger el líquido seminal impidiendo su entrada en la vagina, así como también de gérmenes.

✓ **Uso correcto del Preservativo Masculino⁽¹¹⁾**

- Use un condón NUEVO para cada relación sexual. No son reutilizables.
- Abra el paquete que contiene el condón, rasgando uno de los bordes. No utilice los dientes u objetos corto punzantes.



- Sostenga el condón de tal manera que el extremo enrollado quede hacia arriba.
- Coloque el condón en la punta del pene, cuando esté erecto, ANTES de que exista cualquier contacto sexual.



- Presione la punta del condón contra el pene para sacar el aire residual.

- Desenrolle el condón desde la punta hasta la base del pene. Deje un pequeño espacio sin aire entre el condón y la punta del pene para la recolección del semen. Este paso debe realizarse fácilmente, de otra forma lo más probable es que el condón esté al revés.



- No usar lubricantes con base oleosa (vaselina, loción, crema, aceite de bebé, aceite mineral), pues dañan el látex del condón.
- El hombre o la mujer deben guiar la punta del pene dentro de la vagina al intentar la penetración.
- Inmediatamente después de la eyaculación, sostenga la base del condón y retire el pene de la vagina mientras esté erecto.
- Retire el condón del pene, teniendo precaución de no derramar el semen.
- Enrollar el condón usado, envolver en papel higiénico y deséchelo al recipiente de basura. No use el condón más de una vez.

1.2.6.2.5.2. Diafragma o Condón Femenino:

Es un aro de goma que se sitúa en el cuello del útero cerrando el paso a los espermatozoides. Una variedad más pequeña de éste es el capuchón cervical

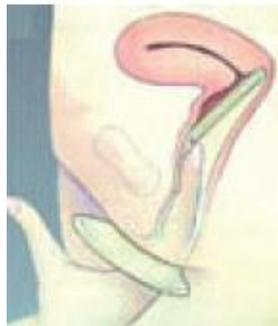
✓ Uso correcto del Condón Femenino⁽¹¹⁾

- Revise que el empaque esté sellado.
- Verifique su fecha de vencimiento.
- Lave sus manos antes de introducir el condón femenino.
- Antes de cualquier contacto físico, introduzca el condón en la vagina, puede colocarse hasta 8 horas antes de la relación sexual.

- Elija una posición cómoda para la inserción, en cuclillas, sentada o recostada.
- Frote los dos extremos del condón femenino para distribuir el lubricante.
- Sostenga el anillo interno (extremo cerrado) y apriételo de modo que quede largo y angosto.



- Con la otra mano separe los labios mayores y ubique la abertura de la vaginal.
- Suavemente empuje el anillo interno dentro de la vaginal lo que más pueda. Introduzca un dedo en el condón para empujarlo a su posición, el anillo interno tiene que quedar 2 a 3 cm cerca del cuello uterino y el anillo externo fuera de la vagina.



- El hombre o la mujer deben guiar la punta del pene dentro del anillo externo al intentar la penetración.
- Inmediatamente después de la eyaculación, el hombre tiene que retirar el pene.
- Sostenga el anillo externo y gírelo sobre su eje para dejar dentro los fluidos y retirarlo suavemente de la vagina evitando el escurrimiento de semen.



- No es necesario retirar el condón femenino inmediatamente, se lo puede hacer antes de incorporarse para evitar derramar el semen.
- Envuelva al condón en su empaque o en papel higiénico y deséchelo al recipiente de basura.

1.2.6.3. Métodos Hormonales

Son aquellos métodos basados en el uso de hormonas sexuales (estrógenos y/o progestágenos), cuyos objetivos finales son:

- Evitar la ovulación.
- Aumentar la consistencia del moco cervical.
- Producir cambios en el endometrio.
- Reducir el transporte de los espermatozoides a nivel de las trompas de Falopio

1.2.6.3.1. Métodos Hormonales Orales

Son métodos anticonceptivos que consisten en la toma de una tableta diaria, la cual puede contener dos hormonas: un progestágeno y un estrógeno; o una sola que es la progestina.

a) Inicio del método anticonceptivo oral:

- La mujer puede iniciar la toma del anticonceptivo oral dentro de los 5 días de haber iniciado la menstruación, idealmente el primer día.
- Si se perdió esta oportunidad de inicio, lo puede hacer: Después de los 5 primeros días de haber iniciado la menstruación, (confirmando ausencia de embarazo) pero adicionando condón durante 7 días.

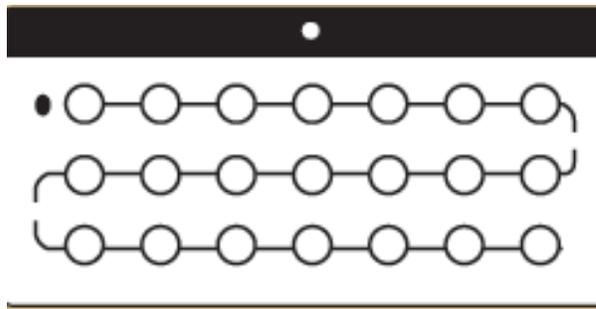
- Inmediatamente del posaborto.
- Inmediatamente del retiro de un DIU.
- Inmediatamente de la administración de Anticoncepción de Emergencia (a las 24 horas)
- A los 21 días luego del parto, si no está dando de lactar.
- A las seis semanas luego del parto, si la lactancia es parcial.
- A los seis meses luego del parto, si la lactancia es exclusiva.
- Si la mujer aún no menstrúa, puede comenzar cualquier día luego de confirmar la ausencia de embarazo e indicar el uso de condón por 7 días como respaldo.

b) Forma de Uso:

Depende del número de tabletas que contenga un paquete:

✓ **Paquete de 21 tabletas**

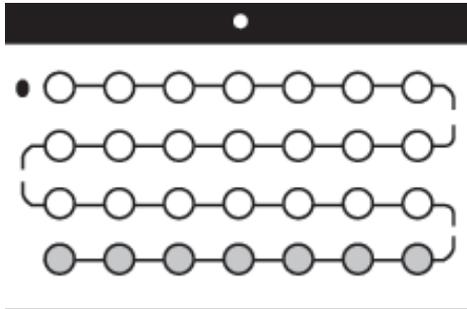
- Tome una tableta diaria por 21 días, a la misma hora y sin olvidos. Sin interrupciones ni descansos.
- Terminadas las tabletas, espere 7 días y reinicie un nuevo paquete al día siguiente.



✓ **Paquete de 28 tabletas:**

Constituidas por 21 activas/7 inactivas de otro color, o 24 activas/4 inactivas de otro color.

- Tome una tableta diaria por 28 días, a la misma hora, sin olvidos, sin interrupciones ni descansos.
- Terminadas las tabletas, reinicie un nuevo paquete al día siguiente.



c) En Caso De Olvido En La Toma Del Anticonceptivo Oral:

✓ **Olvido de 1 o 2 píldoras o inicio de un paquete nuevo 1 o 2 días tarde:**

- Tome una tableta activa lo antes posible y que tome normalmente la siguiente a la hora habitual. Es posible que tome dos tabletas simultáneamente en el mismo día.

✓ **Olvido de 3 o más píldoras en la primera/segunda semana de toma o si comenzó un nuevo paquete 3 o más días tarde:**

- Se debe tomar de una tableta activa lo antes posible.
- Usar preservativo los próximos 7 días.
- Uso de Anticoncepción de Emergencia si ha tenido coito en los últimos 5 días.
- Terminar todas las tabletas activas de la tercera semana y comenzar un nuevo paquete inmediatamente (si tiene 21 tabletas) o que descarte las 7 últimas tabletas (si tiene 28 tabletas) e inicie un nuevo paquete inmediatamente.

✓ **Si olvidó una tableta o más no activa (en el caso de paquetes de 28 tabletas):**

- Descarte las tabletas no activas que olvidó tomar.
- Continuar tomando el paquete normalmente hasta terminarlo.

d) Efectos Secundarios Del Uso De Anticonceptivos Orales Combinados:

- ✓ La mayoría de mujeres no presentan efectos molestos.
- ✓ Los efectos secundarios son leves y pueden o no incluir: náusea, cefalea, mareo, sensibilidad anormal de senos, cambios en el patrón de sangrado.
- ✓ Son pasajeros y desaparecen en los primeros 3 meses de uso del método.

1.2.6.3.2. Métodos Hormonales Inyectables

Métodos anticonceptivos que consisten en la administración de una inyección mensual o trimestral.

a) Inicio del Método Anticonceptivo Inyectable:

- La mujer puede iniciar la aplicación del anticonceptivo inyectable combinado **idealmente el primer día** de la menstruación.
- Si se perdió esta oportunidad de inicio, lo puede hacer en cualquier momento, siempre y cuando esté:
- Dentro de los 7 primeros días de haber iniciado su menstruación.
- Después de los 7 primeros días de haber iniciado la menstruación, confirmado ausencia de embarazo, adicionando preservativo durante 7 días.
- Inmediatamente del posaborto.
- Inmediatamente del retiro de un DIU.
- Inmediatamente de la toma de Anticoncepción de Emergencia (a las 24 horas)
- A los 21 días luego del posparto, si no está en lactancia.
- A las seis semanas luego del posparto, si la lactancia es parcial
- A los seis meses luego del posparto, si la lactancia es exclusiva.

b) Forma De Uso Del Anticonceptivo:

✓ **Combinado**

- Debe inyectarse sólo en la primera ocasión el primer día de la menstruación. Las inyecciones subsecuentes deben ser colocadas el mismo día del primer mes de la inyección inicial +/- 3 días, sin olvidos. Sin interrupciones, ni descansos.

✓ **Progestina Sola**

- Se debe inyectar en la región intramuscular glútea o deltoidea, una ampolla trimestral que contiene un progestágeno de depósito.

1.2.6.3.3. Métodos Hormonales Transdermicos

1.2.6.3.3.1. Parches Trasdermicos

Método anticonceptivo que consisten en la administración de un parche que contiene dos hormonas: un progestágeno y un estrógeno.

a) Inicio del Parche Tras dérmico:

- Iniciar la colocación del anticonceptivo transdérmico combinado idealmente el primer día de la menstruación.
- Si se perdió esta oportunidad de inicio, lo puede hacer:
- Después de los 7 primeros días de haber iniciado la menstruación, en ausencia de embarazo, adicionando preservativo durante 7 días.
- Inmediatamente del posaborto.
- Inmediatamente del retiro de un DIU.
- Inmediatamente de la toma de Anticoncepción de Emergencia (a las 24 horas)
- A los 21 días luego del parto, si la lactancia no está recomendada.
- A las seis semanas luego del postparto, si la lactancia es parcial
- A los seis meses luego del postparto, si la lactancia es exclusiva.

b) Forma De Uso Del Parche:

- Coloque el parche en un lugar limpio y seco en cualquiera de los siguientes lugares: parte superior externa del brazo, espalda, estómago, abdomen o nalgas. Evite la colocación en las mamas o su cercanía.



- Aplique la parte adhesiva del parche contra la piel durante 10 segundos.
- Deslice el dedo a lo largo del borde para asegurar que el parche esté bien adherido.
- El parche no se despegará incluso durante el trabajo, ejercicio, natación o baño.

c) Cambio De Parche

- Debe aplicarse un nuevo parche cada semana por 3 semanas seguidas. Hágalo el mismo día siempre.
- No se debe colocar el nuevo parche en el mismo lugar donde estaba el parche anterior.
- Durante la cuarta semana no se coloque el parche y probablemente la menstruación se presente esa semana.
- No deben pasar más de 7 días sin que use el parche

d) En Caso De Olvido De La Aplicación De Los Parches

- ✓ **Si olvidó la aplicación durante la primera semana:**
 - Aplicar un nuevo parche lo antes posible.
 - Registre este día de la semana como el NUEVO día de cambio de parche.
 - Usar un método de respaldo (preservativo o abstinencia) los 7 primeros días.
 - Si el retraso fue con 3 o más días y tuvo relaciones sin protección adicional dentro de esos días, usar Anticoncepción de Emergencia.

- ✓ **Si olvidó la aplicación durante la segunda o tercera semana:**
 - Si el atraso es menor a las 48 horas, aplicar un nuevo parche cuanto antes, no necesita un método de respaldo
 - Si el atraso es mayor a las 48 horas, interrumpa el ciclo actual y comience uno nuevo de 3 parches aplicando un nuevo parche inmediatamente. Registre este día de la semana como el nuevo día de cambio de parche. Use un método de respaldo los primeros 7 días.

- ✓ **En caso de olvido de retiro del parche (cuarta semana):**
 - Retirar el parche
 - Comience el próximo ciclo el día habitual del cambio de parche
 - No necesita un método de respaldo

1.2.6.3.3.2. Implantes Subdermicos

Métodos anticonceptivos que consisten en la colocación subdérmica de 1, 2 o 6 cartuchos o cápsulas cilíndricas plásticas no biodegradables que contienen un progestágeno de depósito: etonorgestrel (ENG) o levonorgestrel (LNG) que se libera progresivamente durante 3 a 5 años respectivamente, que es su tiempo de uso.

1.2.6.3.3.3. Métodos Hormonales de Emergencia

Es el Método anticonceptivo que pueden utilizar las mujeres en los 5 días siguientes a una relación sexual sin protección anticonceptiva con el fin de evitar un embarazo no planificado.

Debe usarse exclusivamente como **método de emergencia** y no como una forma regular de anticoncepción.

La Anticoncepción Oral De Emergencia actúa de la siguiente manera:

- Inhibe o retrasa la ovulación.
- No tiene efecto sobre la implantación.
- No tiene efecto sobre un embarazo ya existente. **NO ES ABORTIVO.**
- Alteración del moco cervical
- Alteración del transporte y viabilidad de los espermatozoides.
- No es efectiva una vez que ha ocurrido la fecundación

a) Indicaciones:

- Relación sexual sin uso de un método anticonceptivo,
- Uso incorrecto o accidental de un método anticonceptivo: Ruptura, filtración, deslizamiento o retención del condón masculino o femenino.
- Desplazamiento o retiro temprano del condón masculino, femenino o diafragma.
- Expulsión total o parcial del dispositivo intrauterino.
- Relaciones en el período fértil
- Olvido de una o varias tabletas anticonceptivas
- En caso de violencia sexual, si la mujer no está usando un método anticonceptivo.
- Exposición a sustancia teratógena confirmada.

b) Contraindicaciones:

- Embarazo conocido.

c) Forma De Uso De Anticoncepción de Emergencia

- Si está dentro de los 5 días posteriores a la relación sexual no protegida, tomar por vía oral: Dos dosis de 0,75 mg de Levonorgestrel (LNG) separadas por un lapso de 12 horas o una dosis de 1,5 mg de Levonorgestrel (LNG).
- Recuerde que si la toma es más cercana a la relación sin protección, más eficaz será el método.

d) Ventajas De La Anticoncepción Oral De Emergencia:

- Puede suministrarse en cualquier momento que la mujer o el hombre lo solicite siempre que no existan contraindicaciones.
- Previene el embarazo no planificado muy eficazmente y en caso de violencia sexual.
- Reduce la posibilidad de un aborto en condiciones no seguras.
- Es un método muy seguro y eficaz.
- NO ES ABORTIVO. No interfiere en la implantación o en la evolución de un embarazo ya implantado.
- No afecta su vida cotidiana ni sexual a futuro. Retorno inmediato a la fertilidad

e) Desventajas De La Anticoncepción Oral De Emergencia:

- Es sólo de emergencia, no debe ser un método de anticoncepción regular
- NO previene las ITS incluyendo VIH y SIDA.
- Puede tener efectos secundarios.

1.2.6.4. Métodos Anticonceptivos Temporales Intrauterinos

Son métodos anticonceptivos, que se basan en la colocación dentro de la cavidad uterina de un elemento que con efecto mecánico, químico, u hormonal que impide que los espermatozoides lleguen a fecundar los óvulos, ya que son inmovilizados, o destruidos para que no cumplan su función. ⁽¹⁵⁾

1.2.6.4.1. El Dispositivo Intrauterino (DIU) de Cobre

Es un anticonceptivo fabricado de polietileno en forma de T, con 2 brazos horizontales flexibles. Posee alrededor suyo alambre de cobre con una superficie.

Se lo inserta por vía vaginal a través del cérvix y se lo coloca a nivel del fondo del útero. Posee 2 hilos guía también de polietileno que queda a nivel de vagina para su control y su extracción. Su uso puede ser por 10 años.

El Mecanismo De Acción De Los Dispositivos Intrauterinos De Cobre es de tipo Mecánico e Impide el encuentro del espermatozoide con el óvulo mediante cambios en el endometrio y mediante un efecto directo sobre la motilidad espermática

a) Indicaciones:

- Anticoncepción a largo plazo, duradera, muy efectiva, el DIU dura 10 años:
- Mujeres que han tenido hijos.
- En mujeres que no han tenido hijos.
- Mujeres en puerperio postparto mayor de 4 semanas, con lactancia exclusiva o parcial
- Mujeres post aborto inmediato sin infección.
- Mujeres de cualquier edad, incluyendo adolescentes y mujeres de más de 35 años.
- Mujeres que fuman.
- Mujeres que padezcan de cualquier enfermedad sistémica que no afecten la coagulación.

b) Inicio de la Anticoncepción con DIU

- Colocarse el dispositivo intrauterino idealmente durante los días de sangrado menstrual como signo de certeza de ausencia de embarazo.

- Si se perdió esta oportunidad de inicio, lo puede hacer en cualquier momento, siempre y cuando esté:
 - ✓ Dentro de los 7 primeros días de haber iniciado su menstruación.
 - ✓ Después de los 7 primeros días de haber iniciado la menstruación, luego de verificar la ausencia de embarazo. Adicionando preservativo durante 7 días.
- Inmediatamente del puerperio post aborto,
- Luego de las 4 semanas posparto o post cesárea si no está embarazada
- Inmediatamente del retiro de un DIU previo.
- Inmediatamente de la toma de Anticoncepción Oral de Emergencia.
- Si la usuaria aún no menstrúa luego de evento obstétrico o ginecológico, puede colocarse cualquier día luego de verificar la ausencia de embarazo e indicar el uso de preservativo por 7 días como respaldo.

1.2.6.4.2. **Anticoncepción Intrauterina Liberadora de Levonogestrel**

Método anticonceptivo de polietileno en forma de T, con la capacidad de liberar en forma continua un componente hormonal (levonorgestrel 20ug/día). Igual que en el DIU-Cu, dos hilos se unen al extremo que queda cerca al orificio cervical externo. Su uso puede ser por 5 años

a) Mecanismo De Acción De Los Dispositivos Intrauterinos De Lng:

- Evita el encuentro entre óvulo y espermatozoide.
- Fuerte supresión del crecimiento endometrial. (Efecto benéfico extra anticonceptivo)
- Aumento de la viscosidad del moco cervical.
- No tiene efecto sobre la implantación. No es abortivo.
- Espesa el moco cervical, lo que dificulta el paso de los espermatozoides.
- Inhibe la capacitación o la supervivencia de los espermatozoides.
- Algún efecto anovulatorio, especialmente los primeros años.

b) Indicaciones:

- Las mismas que se aplican al DIU-Cu.
- Indicaciones particulares para el DIU hormonal:
 - ✓ Menorragia idiopática.
 - ✓ Hiperplasia endometrial sin atipias.
 - ✓ Miomatosis Uterina.
- Alternativa a la histerectomía en pacientes con miomatosis uterina, hasta tener las condiciones quirúrgicas adecuadas o en mujeres jóvenes que desean preservar su fertilidad

1.2.6.5. Métodos Anticonceptivos Quirúrgicos o Definitivos

Son métodos que consisten en el bloqueo quirúrgico de los conductos que sacan a las células de la fecundación de su almacenamiento (espermatozoides u óvulos)

a) Ventajas:

- Son métodos seguros, eficaces y permanentes.
- La posibilidad de falla tanto de la ligadura como de la vasectomía es mínima (con adecuada técnica quirúrgica).
- No interfiere con las relaciones sexuales.
- No afecta su vida cotidiana ni sexual a futuro.
- Las complicaciones posquirúrgicas son raras
- La ligadura de trompas es efectiva inmediatamente. No requiere otro método de refuerzo.
- La vasectomía es efectiva luego de 20 a 30 eyaculaciones, por lo que se recomienda el uso de preservativo por tres meses aproximadamente luego de la cirugía.
- La vasectomía es una cirugía menor, ambulatoria, poco dolorosa que se realiza con anestesia local y por ello no requiere de ayuno.
- La vasectomía es técnicamente más sencilla, con menos efectos secundarios y menor costo que la ligadura de trompas.

b) Desventajas:

Son métodos permanentes, definitivos.

- Los riesgos quirúrgicos son raros, incluyen: infección, sangrado y fracaso en mínima proporción.
- La vasectomía es totalmente efectiva 12 semanas después del procedimiento (o 20-30 eyaculaciones con preservativo después de la vasectomía).
- NO previenen las ITS incluyendo VIH y SIDA

1.2.6.5.1. Clasificación de métodos definitivos

Se dividen en dos grupos:

1.2.6.5.1.1. Ligadura De Trompas

Consiste en el bloqueo de las trompas de Falopio, mediante la cirugía donde estas son cortadas y atadas y así impiden que el óvulo sea liberado a la cavidad uterina, así este no podrá encontrarse con el espermatozoide.

1.2.6.5.1.2. Vasectomía

Consiste en el bloqueo de los conductos deferentes, que impiden que los espermatozoides salgan al exterior del pene. Es necesario cuidarse con otro método durante las primeras 20 relaciones sexuales, pues pueden haber quedado espermatozoides por debajo del lugar de bloqueo que pueden provocar un embarazo no deseado.

2. MARCO TEÓRICO CONTEXTUAL

2.1 Cantón Machala

Machala es una ciudad ecuatoriana, capital de la Provincia de El Oro. Con una población de 245.972 habitantes en 2010, es la quinta ciudad del país en población y el segundo puerto marítimo después de Guayaquil y muy seguida de Manta y Esmeraldas. Se ubica en el litoral sur Ecuatoriano.

2.1.1 Aspectos Históricos

El término Machala, proviene de dos vocablos: Mac-Chal en lengua Maya-quiché y de Mashall en lengua chimú; ambas significan NOBLE o GRAN LINDERO y se refieren a la inmensa planicie donde se dio el asentamiento aborigen descubierto en 1537 cerca a la desembocadura del río Jubones.

El asentamiento de los Mashall o Mac-chall (MACHALAS) se deriva de grupos disidentes o renegados que hubo entre Tumbecinos y Punaes a los que también pertenecieron los Poceos en el cantón Santa Rosa.

2.1.2 Época Colonial

Algunos aventureros españoles salieron hacia Puná después de fundar Guayaquil, llegaron a Balao y después a la desembocadura del río Jubones; en 1537 según Torres de Mendoza, los españoles descubrieron el poblado de los Machalas, que pudo estar en Guarumal, al sur de la ciudad. Machala no tuvo fundación española y fue solo un sitio de paso. En 1758, se entregó tierras a los Machalas para que hagan su poblado, donde actualmente se ubica el barrio San Jacinto. El indígena Ambrosio Gumal fue primer Gobernador; en 1763 el entregó definitivamente las tierras a los Machalas. Años después, Machala fue ascendido a Tenencia, durante la gobernación del Cacique Julián Belitama. En 1808 llegaba a 720 habitantes.

2.2 Origen Y Fundación De Machala

Machala, floreciente capital de la provincia El Oro, fue designada como tal en junio 1884, pero el 25 de Junio de 1824 se encuentra la disposición promulgada en la Ley de División Territorial de la Gran Colombia.

Es justo en este día recordar que Machala ha sido la mártir de los pueblos ecuatorianos, allá en la guerra del 41, es esa época triste para la historia ecuatoriana, Machala fijó su sitio de pueblo heroico que no se olvida a través del tiempo. Cuantos sufrimientos soportó a causa de los bombardeos y ocupación de Machala, Arenillas, Puerto Bolívar, Santa Rosa y otros, víctimas de la agresión peruana.

Pese a estas contingencias y pruebas, Machala ha acelerado su progreso, está superando con rapidez el subdesarrollo con el esfuerzo de los Machaleños. Y ellos con fe dicen: "San Antonio de Machala, evocación del pasado, que alienta el progreso del presente y promete la grandeza del futuro con la leal cooperación de la comunidad"; seis parroquias proclaman tu nombre, seis parroquias que han hecho tu historia, y hoy se alumbra tu fe de tu gloria, pueblo libre en perpetua unidad".

2.3 Creación Del Cantón Machala

El 2 de junio de 1882 Leandro Serrano, su hijo Manuel y el Teniente Coronel Filomeno Pesantez, se sublevaron contra Veintimilla. Hasta 1883, el cantón Machala pertenecía a Guayas. La situación política del país, obligó a intereses mineros en Zaruma a presionar por la creación de una nueva provincia, pues, en ese entonces Zaruma pertenecía a la provincia de Loja. Los intereses cacaoteros fueron más grandes que los mineros, por esto Gobierno nacional presidido por José Plácido Caamaño, apruebe la creación de una nueva provincia a la que llamaron El Oro, el 23 de abril de 1884, integrada con los cantones de Zaruma, Santa Rosa y Machala, siendo capital Machala

En 1885, se intentó crear un colegio por la Municipalidad de Machala, pero las rentas no lo permitieron, pero, el Padre José Ochoa, reunió a varios padres de familia y creó un colegio al que llamaron 9 de octubre, en 1886; Como no había un local para su funcionamiento, se ocupó la Casa Parroquial. Un año después, el Congreso Nacional aprobó definitivamente su creación, la construcción del edificio propio se concluyó en 1903.

2.4 Aspectos Geográficos

Machala está situada en las tierras bajas próximas al golfo de Guayaquil, en el océano Pacífico, gracias a la unión con Puerto Bolívar, pues antes estaban separadas. Machala se ubica en el extremo occidental de archipiélago de Jambelí. La ciudad se ubica entre 0 y 12 metros de altitud y ocupa una superficie de 24 km².

Límita: con los cantones de El Guabo, Pasaje y Santa Rosa y con el Océano Pacífico.

Tiene una superficie: 349 Km², una **altura:** 6 msnm, **latitud:** 3°16'S; **longitud:** 79°58'O

Su zona horaria: GMT -5

Clima Y Temperatura

Tiene un clima cálido-tropical, (sub.-húmedo seco), influenciado por la corriente fría de Humbolt y la presencia de la corriente cálida del Niño que en ocasiones varia. Su temperatura promedio es variable de 22° a 34° C.

2.5 Instituto Técnico Superior Ismael Pérez Pazmiño

2.5.1 BREVE RESEÑA HISTÓRICA DE LA INSTITUCIÓN

La Ilustre Municipalidad de aquel entonces, integrada por los presentes elementos de nuestra localidad, siendo Presidente del Cabildo el Sr. Dr. Carlos Napoleón Mera, “En sesión del día lunes 24 de enero de 1944, el Sr. Concejal Dr. Lautaro Castillo Ramírez, sugiera la necesidad de que esta sesión, se apruebe la creación de una escuela destinada para el aprendizaje de Corte y confección, bordado a máquina, dibujo y labores, para las señoritas del cantón.

Inaugurándose oficialmente el 23 de abril de 1944 como homenaje al aniversario de Erección Provincial, y en el informe anual del Sr. Presidente del Cabildo Machaleño afirma “Que el acto más trascendental de esta I. Municipalidad es la fundación de la Escuela Profesional de Señoritas.

La escuela profesional de Machala en el periodo de 1945 - 1946 dejó de depender de la Municipalidad Machaleña para ser regentada por el Ministerio de Educación pública, con el acuerdo ministerial # 513 del 31 de agosto de 1945, y con el nombre del Ilustre Machaleño Ismael Pérez Pazmiño, inmortal orense, escritor, poeta, periodista e ideólogo, quien falleciera en la ciudad de Los Ángeles, EE.UU. el 1 de noviembre de 1944. Surgió la necesidad de solicitar al Ministerio de Educación de aquella época, elevarlo a la categoría de colegio, lográndose esta aspiración el 16 de julio de 1952, mediante resolución Ministerial # 487, siendo Ministerio de Educación el Sr. Fernando Chávez, con las especializaciones de Corte y Confección, Bordado a máquina, comercio y secretariado.

Por la calidad de la enseñanza y la eficiencia en el desenvolvimiento de las egresadas de esta Noble Institución, su prestigio trascendió no sólo dentro del ámbito local sino también nacional, obligando a las autoridades de turno incrementar nuevas carreras acorde a las exigencias de la tecnología y conocimientos científicos

2.5.2 INFRAESTRUCTURA FISICA

En la actualidad poseemos un funcional y pedagógico edificio, que cuenta con cuarenta aulas, donde da cabida a los ciclos básico, diversificado, Post-Bachillerato diurno y nocturno, un laboratorio de Inglés, ocho de computación, uno de Ciencias Naturales, además contamos con un taller para mecanografía, una sala de ayudas audiovisuales,

una sala de usos múltiple, una biblioteca, un pabellón administrativo, un departamento de Inspección General, cinco canchas deportivas y espacios verdes alrededor del plantel. Las autoridades del plantel en su preocupación por administrar de mejor manera el espacio académico de la institución, creó dependencias, tales como: Departamento de asuntos pedagógicos, dirigido por docentes, que dinamizan las actividades realizando su seguimiento académico y evaluación de la labor pedagógica didáctica de cada uno de los maestros, análisis comparativo entre unidades didácticas y planes anuales que presentan cada año los docentes, reformas curriculares contemplando las exigencias del entorno y del adelanto técnico científico; seminarios semestrales de actualización pedagógica; elaboración de proyectos con miras a elevar la calidad de la enseñanza, análisis del rendimiento de las alumnas en las juntas y del maestro en las reuniones de áreas y presentación de informes a las autoridades del plantel.

a) Ubicación: Manuel serrano y Palmeras

2.6 Misión

El Instituto Tecnológico Superior “Ismael Pérez Pazmiño” es una Institución Educativa de calidad, cuya misión es incorporar a la sociedad bachilleres técnicos en Secretariado Administrativo, Informática Empresarial, Contabilidad, Gestión Comercial; con una preparación de eficiencia, eficacia y efectividad, para que contribuya positivamente en el desarrollo productivo del medio facilitando además su continuidad en los estudios superiores. Esta misión se expresan principios de índole social, educativa curricular y pedagógica; con una formación en los ámbitos instrumental, técnico-profesional, desarrollo personal-social y relación con el mundo de trabajo.

2.7 Visión

El Instituto Tecnológico Superior “Ismael Pérez Pazmiño” se constituya hasta el año 2008 en un centro Educativo generador de innovaciones académicas, pedagógicas, técnicas, administrativas y disciplinarias, que permiten a las estudiantes una sola formación integral, para ejercer un rol protagónico en la sociedad.

CAPITULO III

METODOLOGIA Y TECNICAS

3.1. Localización

El estudio se realizó en Colegio Ismael Pérez Pazmiño Del cantón Machala

3.2. Caracterización Del Área De Trabajo

El Colegio Ismael Pérez Pazmiño se encuentra ubicado en la provincia de El Oro, región costa del Ecuador. Está ubicado en la ciudad de Machala, en las calles Avenida las Palmeras y Manuel Serrano.

3.3. Periodo De Investigación

La tesis se realizó durante el Período Lectivo del año 2013.

3.4. Tipo De Estudio

El trabajo realizado es un estudio Descriptivo de orden Trasversal, por que buscara Determinar el nivel de Conocimiento Sobre Métodos De Planificación Familiar En Adolescentes Del Bachillerato Del Colegio Ismael Pérez Pazmiño Del Año Lectivo 2012 – 2013

3.5. Universo y Muestra

3.5.1. Universo

El universo es el recurso humano que se tomó como referencia para la organización y análisis de la información que se obtuvo, para la presente investigación lo conformaron los alumnos del BACHILLERATO DEL INSTITUTO TECNOLOGICO SUPERIOR ISMAEL PEREZ PAZMIÑO de la ciudad de Machala, que corresponde a 1260 adolescentes.

3.5.2. Muestra

Para obtener la muestra se aplicó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{N \cdot E^2 + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Dónde:

n: Tamaño de la muestra

Z²: Nivel o grado de confianza (1.96)

N: Tamaño de la población

E²: Margen de error (0.05)

p: Porcentaje a favor de característica investigada (0.50)

q: Complemento (0.50)

$$n = \frac{(1260) (1.96)^2 (0.50)(0.50)}{(1260) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.50)(0.50)}$$
$$n = \frac{(1260)(3.84)(0.25)}{(1260)(0.0025) + 3.84(0.25)}$$

$$n = \frac{1209.6}{31.5 + 4.09}$$

$$n = \frac{1209.6}{7.24}$$

$$n = 167$$

Estos alumnos fueron escogidos al azar de cada paralelo de los cursos de Primero, Segundo y Tercero de Bachillerato del Instituto Técnico Superior Ismael Pérez Pazmiño del año lectivo 2012 – 2013 al azar, mediante la técnica del sorteo.

3.6. Criterios de Inclusión y Exclusión

3.6.1. Criterios De Inclusión

Los alumnos matriculados en el Bachillerato instituto tecnológico superior Ismael Pérez Pazmiño que se encontraron el día de la realización de la encuesta y que salieron favorecidos en el sorteo.

3.6.2. Criterios De Exclusión

Los alumnos que no estuvieron matriculados en el Bachillerato Instituto Técnico Superior Ismael Pérez Pazmiño y aquellos que no asistieron el día de la encuesta fueron excluidos presente.

3.7. Método Y Procedimientos

El presente estudio se basó en las encuestas hechas a los adolescentes del Bachillerato del Colegio Ismael Pérez Pazmiño del presente año lectivo, para lo cual se aplicó el siguiente procedimiento:

1. Se solicitó el permiso a la Rectora del Colegio Ismael Pérez Pazmiño de la ciudad de Machala, para que permita la realización de encuestas a los estudiantes, para la elaboración del proyecto.
2. Se obtuvo el listado de los Estudiantes que están en el Bachillerato del Colegio Ismael Pérez Pazmiño en el Año Lectivo 2013.
3. Se Acudió al Colegio Ismael Pérez Pazmiño, para realizar la encuesta a los estudiantes.
4. Entregó del Consentimiento Informado los Estudiantes del Bachillerato en el Bachillerato del Colegio Ismael Pérez Pazmiño en el Año Lectivo 2013.
5. Firma del Consentimiento Informado por los Estudiantes o sus representantes del Bachillerato del Colegio Ismael Pérez Pazmiño en el Año Lectivo 2013.
6. Se obtuvo el consentimiento informado de los padres o los representantes Legales de los sujetos de estudio. (VER ANEXO N°1)
7. Se aplicó la matriz de recolección de datos (VER ANEXO N°2)
8. Se procedió a la tabulación de los mismos mediante el Epi Info 7.
9. Para presentar los datos se lo hizo por medio de tablas simples, las que fueron procesados en porcentaje y se procedió a analizarlas cuantitativamente y cualitativamente mediante la interpretación y discusión de los resultados. Estos sirvieron de base para la elaboración de conclusiones y recomendaciones.
10. De acuerdo a los datos obtenidos de las encuestas se realizó Charlas Educativas para todos los Cursos del Bachillerato del Colegio Ismael Pérez Pazmiño de la ciudad de Machala del presente año lectivo.
11. Se aplicó el mismo test después de tabular los resultados para determinar el grado de mejoría de conocimientos.

3.8. Variables

3.8.1. Variables Independientes

Nivel De Conocimiento Sobre Métodos De Planificación Familiar En Adolescentes Del Bachillerato Del Instituto Técnico Superior Ismael Pérez Pazmiño

3.8.2. Variables Dependientes

- a) Características Individuales
 - ✓ Sexo
 - ✓ Edad
 - ✓ Estado civil
 - ✓ Año de estudio del Bachillerato
- b) Vida Sexual Activa
- c) Uso de anticonceptivos
- d) Medios de los que se obtiene la información.

3.8.3. Operativización De Las Variables

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Características Individuales	Aspecto de cada persona que lo identifica como ser único	Género	Diferencia física y de conducta que distingue a los organismos individuales, según las funciones que realizan en los procesos de reproducción.	Masculino
				Femenino
		Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	10 a 13 años
				14 a 16 años
				17 a 19 años
		Bachillerato	Año por el que cursan los estudiantes	Primero
				Segundo
				Tercero
Estado Civil	Es la situación de las personas físicas	Soltero		
		Unión Libre		

			determinada por sus relaciones de familia	Casada
				Divorciada
Métodos anticonceptivos	Son métodos que evitan que la mujer salga embarazada, y son la ayuda para una buena planificación familiar	Métodos Naturales	Son aquellos métodos que se basan en la fisiología hormonal de la mujer, en los cuales hay abstención de tener relaciones sexuales durante la ovulación	Temperatura Basal
				Del Ritmo
				Moco Cervical
				Coitus interruptus
		Métodos de Barrera	Forman una barrera que impide la entrada de espermatozoides y gérmenes infecciosos a la vagina cuando se lo usa correctamente	Preservativo Masculino
				Diafragma
		Métodos Hormonales	Son aquellos métodos basados en el uso de hormonas sexuales: estrógenos y/o progestágenos	Orales
				Inyectables
				Subdérmicos
		Métodos Temporales Intrauterinos	Se basan en la colocación dentro de la cavidad uterina de un elemento que con efecto mecánico, químico, u hormonal que impide que los espermatozoides lleguen a fecundar los óvulos	T de Cobre
		T Liberadora de levornogestrel		
Métodos Quirúrgicos o Definitivos	Son métodos que consisten en el bloqueo quirúrgico de los conductos que sacan a las células de la fecundación de su almacenamiento	Salpingectomía		
		Vasectomía		
Inicio de Vida sexual Activa	Es la edad en la que una persona inicio su vida sexual	Inicio de Vida Sexual	Inicio de Vida Sexual	10 a 12 años
				13 a 15 años
				16 a 18 años
				más de 18 años
Medios de Información	Medios por los cuales el adolescente adquirió información sobre planificación familiar	Información sobre sexualidad	Información sobre sexualidad	Amigos
				Colegio
				Padres de familia
				Médico
				TV o Radio
				Internet

3.9. Análisis de la información

Para la Tabulación e interpretación de los resultados, se utilizó los siguientes programas:

- ✓ Microsoft Word 2007
- ✓ Microsoft Excel 2007
- ✓ EPI INFO version 6

Para presentar los datos se lo hizo por medio de tablas simples, las que serán procesados en porcentaje y se procedió a analizarlas cuantitativamente y cualitativamente mediante la interpretación y discusión de los resultados. Estos sirvieron de base para la elaboración de conclusiones y recomendaciones.

3.10. Aspectos éticos y legales

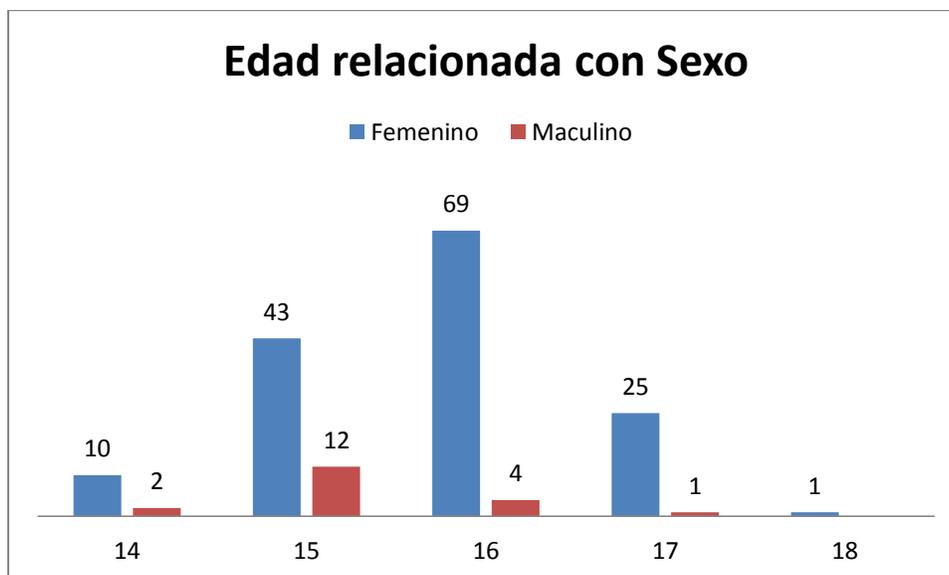
Para la realización de encuesta se guardó la confidencialidad de la información, la misma que además fueron anónimas y se hicieron solamente a las personas que previamente dieron su consentimiento (consentimiento informado). Además se contó con la autorización previa de las autoridades de instituciones que auspiciantes de la presente investigación

CAPÍTULO IV

DISCUSION Y RESULTADOS

GRAFICO N° 1

FRECUENCIA DE EDAD Y SEXO DE LOS ESTUDIANTES DEL BACHILLERATO DEL COLEGIO ISMAEL PEREZ PAZMIÑO



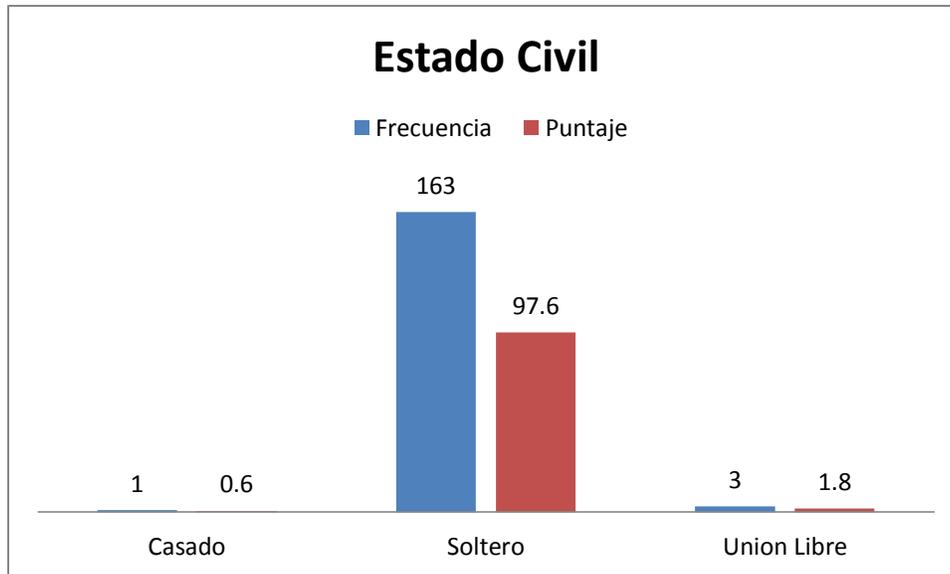
Autor: Roberto Robalino

Fuente: Estudiantes de Bachillerato del Colegio Ismael Pérez Pazmiño

En cuanto a la edad predominante en los Estudiantes del Bachillerato del Colegio Ismael Pérez Pazmiño, el más representativo fue el de 16 años en el que se encontraban 69 personas de las investigadas, y el sexo más representativo fue el femenino.

GRAFICO N° 2

ESTADO CIVIL DE LOS ESTUDIANTES DEL BACHILLERATO DEL COLEGIO ISMAEL PEREZ PAZMIÑO



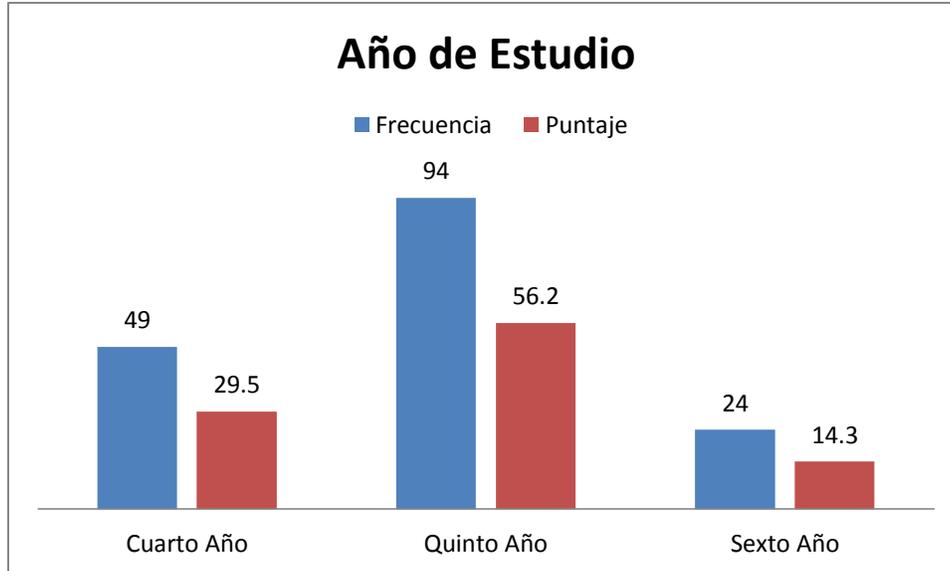
Autor: Roberto Robalino

Fuente: Estudiantes de Bachillerato del Colegio Ismael Pérez Pazmiño

En cuanto al estado civil en los Estudiantes del Bachillerato del Colegio Ismael Pérez Pazmiño, el más representativo fue el de solteros pues un 97,6% de ellos se encontraban dentro de éste.

GRAFICO N° 3

AÑO DE ESTUDIO EN EL QUE SE ENCUENTRAN LOS ESTUDIANTES DEL BACHILLERATO DEL COLEGIO ISMAEL PEREZ PAZMIÑO



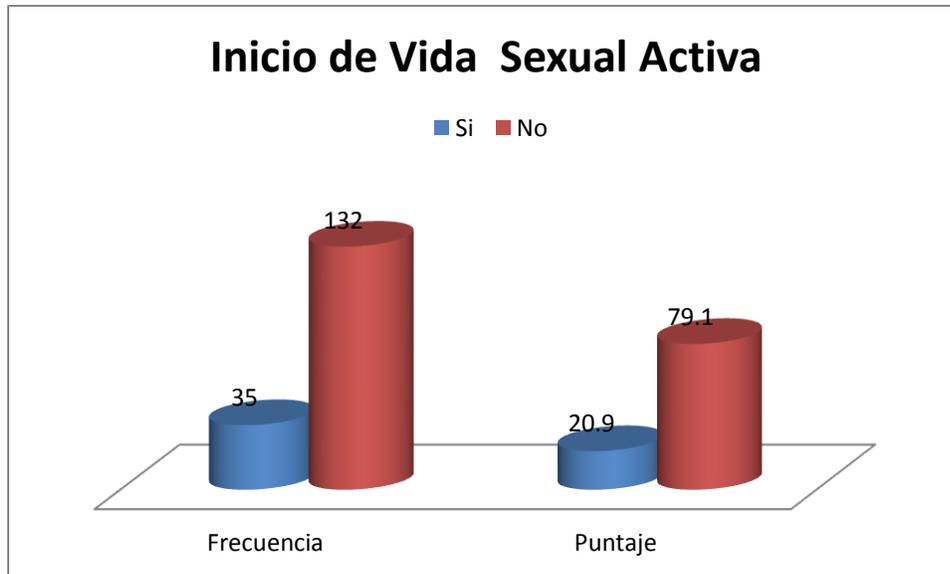
Autor: Roberto Robalino

Fuente: Estudiantes de Bachillerato del Colegio Ismael Pérez Pazmiño

Los Estudiantes del Bachillerato del Colegio Ismael Pérez Pazmiño en un 56,2% de ellos se encontraban en el Segundo Año de Bachillerato, mientras que el 14,3% que es el de menor porcentaje pertenecían al Tercer Año de Bachillerato.

GRAFICO N° 4

INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA DE LOS ESTUDIANTES DEL BACHILLERATO DEL COLEGIO ISMAEL PEREZ PAZMIÑO



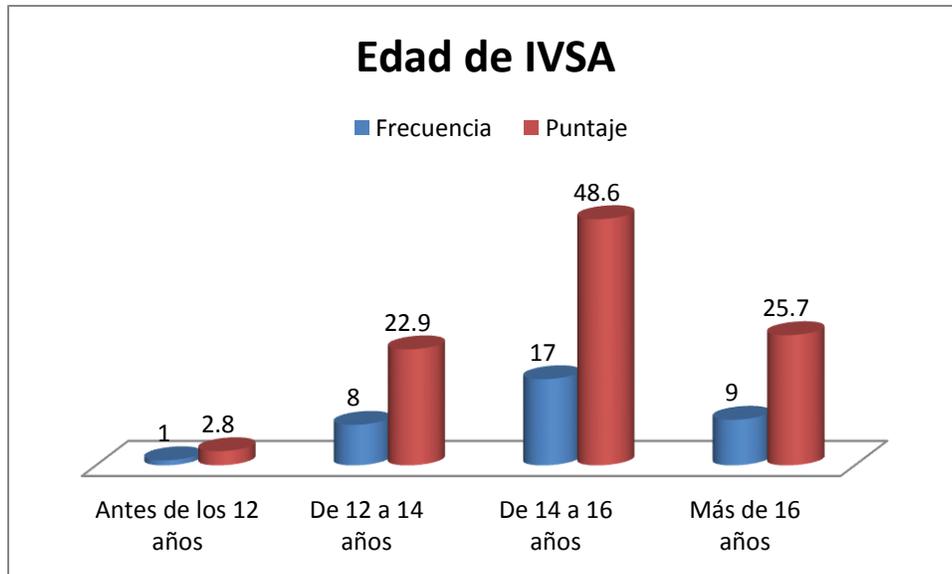
Autor: Roberto Robalino

Fuente: Estudiantes de Bachillerato del Colegio Ismael Pérez Pazmiño

Los Estudiantes del Bachillerato del Colegio Ismael Pérez Pazmiño respondieron que un 20,9% de ellos habían ya Iniciado su vida sexual activa, versus el 79,1% que es mayoritario y que respondió que aún no lo hacen.

GRAFICO N° 5

EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA DE LOS ESTUDIANTES DEL BACHILLERATO DEL COLEGIO ISMAEL PEREZ PAZMIÑO



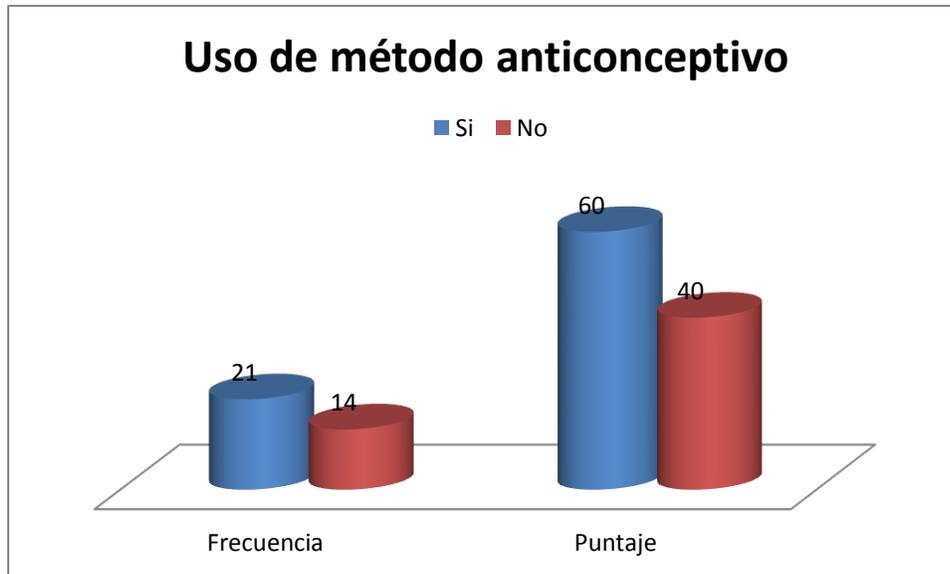
Autor: Roberto Robalino

Fuente: Estudiantes de Bachillerato del Colegio Ismael Pérez Pazmiño

Los Estudiantes del Bachillerato del Colegio Ismael Pérez Pazmiño que respondieron que había ya Iniciado su vida sexual activa, con un porcentaje de 48,6% están dentro del grupo de 14 a 16 años de edad, mientras que un porcentaje de 2,8% que es una persona lo inició antes de los 12 años.

GRAFICO N° 6

USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN ESTUDIANTES DEL BACHILLERATO DEL COLEGIO ISMAEL PEREZ PAZMIÑO



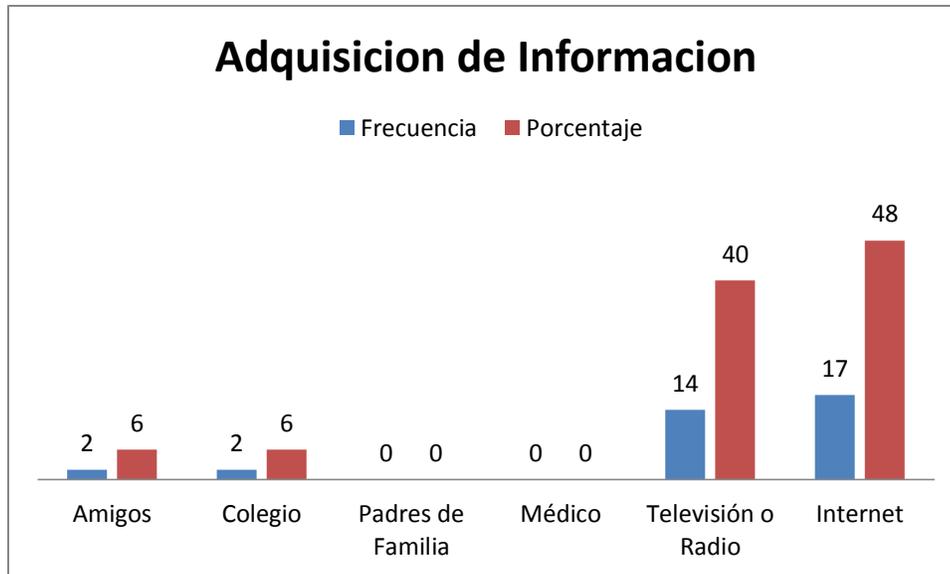
Autor: Roberto Robalino

Fuente: Estudiantes de Bachillerato del Colegio Ismael Pérez Pazmiño

Al encuestar sobre los métodos de anticonceptivos en los Estudiantes del Bachillerato del Colegio Ismael Pérez Pazmiño el 60% de ellos respondió que si usa y tiene acceso a ellos.

GRAFICO N° 7

ADQUISICION DE INFORMACION SOBRE SEXUALIDAD QUE RECIBIERON LOS ESTUDIANTES DEL BACHILLERATO DEL COLEGIO ISMAEL PEREZ PAZMIÑO

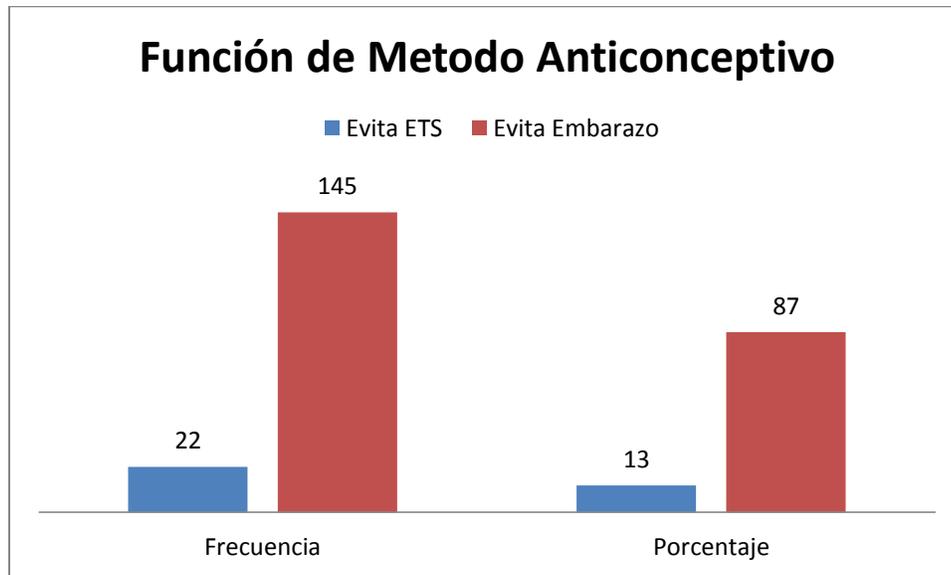


Autor: Roberto Robalino

Fuente: Estudiantes de Bachillerato del Colegio Ismael Pérez Pazmiño

La adquisición de información sobre métodos de planificación familiar que los Estudiantes del Bachillerato del Colegio Ismael Pérez Pazmiño recibieron provinieron en un 40% de la televisión o radio y un 48% por internet, es lamentable que ninguno haya recibido la información de sus Padres de Familia.

GRAFICO N° 8
FUNCION DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN LOS ESTUDIANTES
DEL BACHILLERATO DEL COLEGIO ISMAEL PEREZ PAZMIÑO

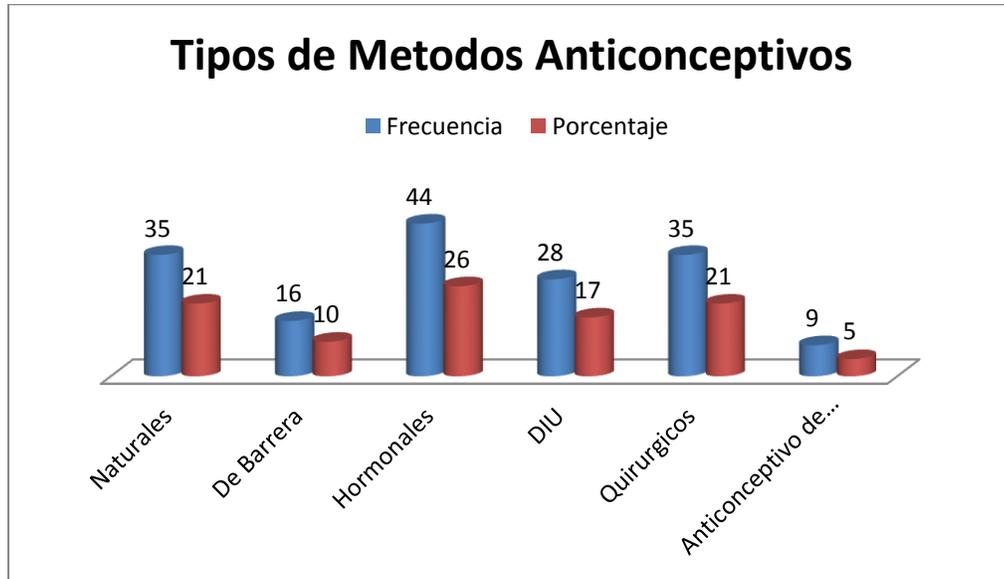


Autor: Roberto Robalino

Fuente: Estudiantes de Bachillerato del Colegio Ismael Pérez Pazmiño

Los Estudiantes del Bachillerato del Colegio Ismael Pérez Pazmiño respondieron en un 13% que los métodos de planificación familiar evitan las Enfermedades de Transmisión Sexual y en un 87% que sirven para evitar el embarazo.

GRAFICO N° 9
TIPOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS QUE CONOCEN LOS ESTUDIANTES
DEL BACHILLERATO DEL COLEGIO ISMAEL PEREZ PAZMIÑO



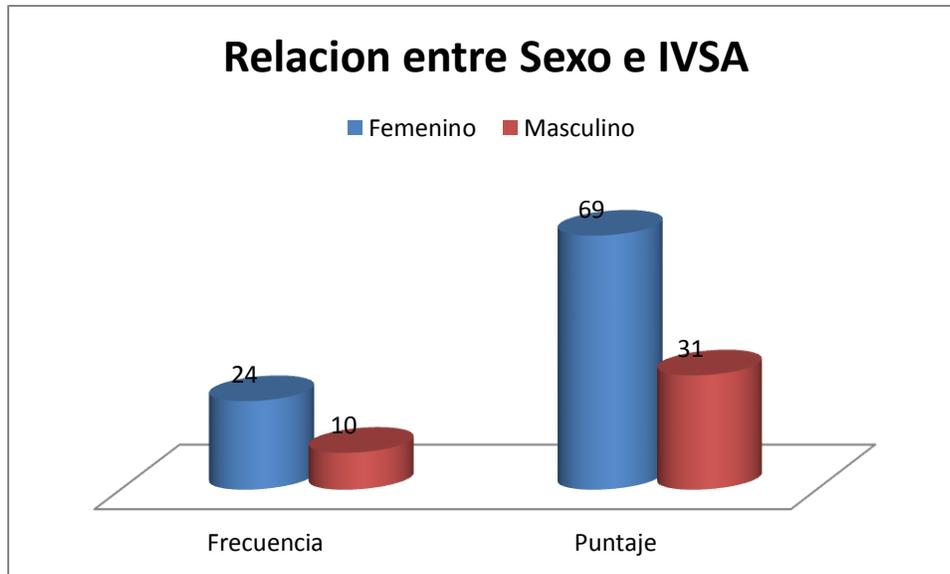
Autor: Roberto Robalino

Fuente: Estudiantes de Bachillerato del Colegio Ismael Pérez Pazmiño

Los Estudiantes del Bachillerato del Colegio Ismael Pérez Pazmiño respondieron que entre los tipos de anticonceptivos más representativo fueron los Hormonales con un 26% y ver sus 5% conoce sobre la píldora de emergencia.

GRAFICO N° 10

RELACION ENTRE SEXO E INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA DE LOS ESTUDIANTES DEL BACHILLERATO DEL COLEGIO ISMAEL PEREZ PAZMIÑO



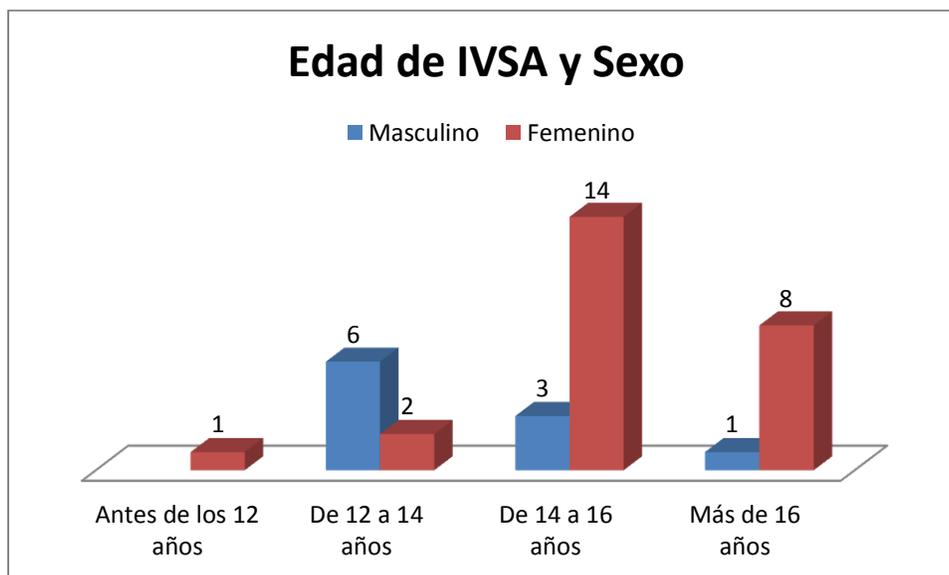
Autor: Roberto Robalino

Fuente: Estudiantes de Bachillerato del Colegio Ismael Pérez Pazmiño

El 69% de los Estudiantes del Bachillerato del Colegio Ismael Pérez Pazmiño que ya habían iniciado su vida sexual correspondían al sexo femenino y solo un 31% al sexo masculino, pero cabe recalcar que el grupo más representativo es el femenino.

GRAFICO N° 11

EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA EN RELACION CON EL SEXO DE LOS ESTUDIANTES DEL BACHILLERATO DEL COLEGIO ISMAEL PEREZ PAZMIÑO



Autor: Roberto Robalino

Fuente: Estudiantes de Bachillerato del Colegio Ismael Pérez Pazmiño

En cuanto a la edad del inicio de vida sexual activa, los que más tempranamente lo iniciaron fueron las pertenecientes al sexo femenino, y el grupo predominante entre la edad de 14 a 16 años también fueron las del mismo sexo.

4.2 DISCUSIÓN

La sexualidad y la adolescencia son dos conceptos, que juntos, en nuestra sociedad y ámbito médico ocasionan inquietud por los riesgos que se tienen: embarazo no planificado, enfermedades de transmisión sexual, además de las críticas morales. La adolescencia es un período importante en el proceso de construcción de modelos socio-culturales. Es la etapa más conflictiva en la relación entre padres e hijos. Los adolescentes deben tomar decisiones respecto a la expresión sexual, que va desde la abstinencia total, hasta la máxima promiscuidad. Esta fase del desarrollo del joven depende en gran medida de las normas que rigen su sociedad. Los adolescentes ecuatorianos son un grupo muy representativo de la población esto exige una adecuada preparación médica para atender los problemas de salud de esta población. El sentido de invulnerabilidad y las conductas exploratorias favorecen el consumo de sustancias tóxicas como alcohol, y tabaco, la precocidad sexual y la falta de autocontrol.⁶ Es así que en los estudiantes del Bachillerato del Colegio Ismael Pérez Pazmiño, la edad más representativa fue el de 16 años en el que se encontraban 69 personas de las 167 investigadas, y el sexo más representativo fue el femenino.

Un 20,9% de los encuestados habían ya iniciado su vida sexual activa, de los cuales un 48,6% están dentro del grupo de 14 a 16 años de edad, mientras que un porcentaje de 2,8% que es una persona lo inició antes de los 12 años, esta no es una realidad desconocida para nadie, es más muchos países de América tienen índices muy parecidos al presente, así en un estudio realizado en Colombia indica que la edad promedio del inicio de la actividad sexual, es de 18,3 años. Sin embargo, 11% de las mujeres inician su primera relación antes de los 15 años y existen diferencias significativas de acuerdo con el nivel de educación: 16 años, en mujeres sin educación, y 20 años en nivel superior. Se estima que 21% de la población de 15-19 años es activa sexualmente.⁷ En México el 38% de los adolescentes tiene un inicio de vida sexual activa alrededor de los 12 a 15 años.⁸

⁶ García R, Cortés A, Vila L, Hernández M, Mesquia A. Comportamiento sexual y uso del preservativo en adolescentes y jóvenes de un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr 2006;22(1). Visitado Abril 20 de 2011. Disponible en: bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_1_06/mgi03106.pdf

⁷ Mendoza T Luís Alfonso, Arias G Martha, Pedroza P Marly, Micolta C Paul, Ramírez R Andrés, Cáceres G Christian et al . Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en una ciudad colombiana. Rev. chil. obstet. ginecol. [revista en la Internet].

El 60% de ellos respondió que si usa y tiene acceso a ellos, esto en realidad es algo con notable si comparamos con México en donde se menciona que el 64% de los adolescentes de 15 a 19 años no usan anticonceptivos.⁷ y donde además seis de cada diez adolescentes que regularon su fecundidad recurren a los métodos del ritmo y al retiro.² En Colombia sin embargo pero el 63% no usa ningún método de anticoncepción. A pesar de que el conocimiento de la existencia de métodos anticonceptivos es universal en mujeres entre los 13-49 años, sólo 81% ha usado un método alguna vez en su vida y 10% lo usan en su primera relación sexual. Los métodos más utilizados por adolescentes son la píldora, el condón, el coito interrumpido y el ritmo.⁹

La adquisición de información sobre métodos de planificación familiar que los entrevistados recibieron provinieron en un 40% de la televisión o radio y un 48% por internet, es lamentable que ninguno haya recibido la información de sus Padres de Familia, en México se menciona que el 27% de los adolescentes reciben la información de sus padres y un 47% por parte de los Maestros⁸, aunque lo ideal sería que se recibiera sólo de los Padres, el porcentaje que marca México es bastante indicativo respecto al nuestro.

En cuanto al conocimiento de métodos anticonceptivos un 13% tiene un buen conocimiento, mientras que Cortes en un estudio en México revela que el 30.3% tuvo conocimientos suficientes; el 69.3%, regulares y el 0.3%, deficientes.

2012 [citado 2014 Mayo 14] ; 77(4): 271-279. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000400006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000400006>.

⁸ <http://www.jornada.unam.mx/2013/05/17/sociedad/039n1soc>

⁹ Alba LH. Salud de la adolescencia en Colombia: bases para una medicina de prevención. Univ Med Bogotá (Colombia) 2010;51:29-42.

4.3 CONCLUSIONES

Al finalizar la presente tesis, puedo concluir que:

1. Los adolescentes del presente estudio no distan de la realidad nacional ni de la de otros países, ya que un 20,9% de los encuestados habían ya Iniciado su vida sexual activa.
2. La mayor parte de los adolescentes tienen acceso a los métodos de planificación familiar fácilmente.
3. La adquisición de información sobre métodos de planificación familiar que los entrevistados recibieron provinieron nulamente de los familiares o de algún adulto responsable que los pueda guiar adecuadamente.
4. El conocimiento de métodos anticonceptivos de los adolescentes es deficiente, pues solo se representa en un 13%.

4.4 RECOMENDACIONES

Al finalizar la presente tesis puedo recomendar:

1. Que la información que llega al adolescente sobre métodos de planificación familiar sea más personalizada para que ellos puedan entender y tengan la facilidad de preguntar cualquier duda.
2. Que la concienciación en el adolescente sobre el retraso del inicio de la vida sexual activa y no solo sobre la planificación Familiar.
3. Que la información que reciben los jóvenes sea brindada por Adultos capaces y cercanos a los mismos.
4. Que existan campañas de información sobre métodos de planificación familiar para todos las Unidades Educativas.
5. Que el departamento médico de la institución realice campañas de socialización entre los jóvenes y conozcan sobre adolescencia, sexualidad y la responsabilidad que tienen frente a la sociedad.
6. Que se haga conocer Director Distrital de Educación de El Oro sobre la situación actual sobre nivel de conocimiento, planificación familiar, además incluir temas de educación sexual. Desde el primer año de colegio para educar y hacer conciencia a nuestros jóvenes.
7. Se realice reuniones continuas con los padres de familia para poder socializar temas sobre educación sexual y que exista una buena comunicación con sus hijos y se deje a un lado el mito que antes había sobre sexualidad. Se plantee escuela para padres sobre educación sexual con nuestros hijos

CAPÍTULO VII

BIBLIOGRAFIA

1. Diario Hoy <http://www.hoy.com.ec/libro6/joven1/jo09.htm>
2. MIES. Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes en Ecuador. Ecuador; 2008. Pág.:5. Disponible en: http://www.cнна.gov.ec/_upload/Plan_Prevencion_Embarazo_Adolescente.pdf
3. MIES. Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes en Ecuador. Ecuador; 2008. Pág.:4. Disponible en: http://www.aprofe.org.ec/web/documentos/revista/correo_poblacional/2008_10/2008_10_plan_nacional_embarazo.pdf
4. Diccionario de Medicina Océano MOSBY. 4ª Ed. España: Editorial Océano. Pág.: 443
5. Morales E Embarazo Adolescente. Disponible en: <http://sexologia.relacionarse.com/index.php/13061>
6. Toracena. R Embarazo Adolescente. Disponible en: <http://www.gire.org.mx/publica2/embarazoact03.pdf>
7. Ley orgánica de salud de la República del Ecuador. Capítulo III Salud Sexual Y La Salud Reproductiva. Artículo N° 26
8. . Issler, R . EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA. 2007. Disponible en: http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html
9. Anthony D UNICEF ,Disponible en: http://www.unicef.org/SOWC_2011_Main_Report_SP_02092011.pdf
10. Abreu R etal, Adolescencia e inicio precoz de las relaciones sexuales. Algunos factores desencadenantes. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.10.\(2\)_01/p1.html](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.10.(2)_01/p1.html)
11. Norma y Protocolo de Planificación Familiar, 2010. MSP

12. PARRA VILLARROEL, Jaime et al. Conocimiento y percepción de adolescentes sobre el servicio de planificación familiar en Chile. *Salud colectiva* [online]. 2013, vol.9, n.3 [citado 2014-01-06], pp. 391-400 . Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652013000300009&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1851-8265
13. Amaro Hernández Francisco, Reyes Guzmán Gelson, Palacios Martínez de Santelices Lesbia, Cardoso Núñez Oscarlyns. Intervención educativa sobre conocimientos de anticoncepción en adolescentes. *AMC* [revista en la Internet]. 2010 Jun [citado 2014 Ene 06] ; 14(3): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000300012&lng=es
14. García Imia Ileana, Ávila Gálvez Elena, Lorenzo González Antonio, Lara Carmona Marisela. Conocimientos de los adolescentes sobre aspectos de la sexualidad. *Rev Cubana Pediatr* [revista en la Internet]. 2002 Dic [citado 2014 Ene 06] ; 74(4): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312002000400007&lng=es
15. Fernández Ramón, López Luis, Martínez Hercilia, Kopecky Diego, Uzcátegui Gabriel, Muñoz Marilyn. Anticoncepción de emergencia: percepción y conocimiento en nuevas usuarias del Servicio de Planificación Familiar. *Rev Obstet Ginecol Venez* [revista en la Internet]. 2008 Sep [citado 2014 Ene 06] ; 68(3): 181-186. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322008000300008&lng=es.
16. Vaillant Correoso Mayteé, Dandicourt Thomas Caridad, Mackensie Soria Yolaydys. Prevención del embarazo en adolescentes. *Rev Cubana Enfermer* [revista en la Internet]. 2012 Jun [citado 2014 Ene 06] ; 28(2): 125-135. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192012000200008&lng=es.

17. Sured, J Educacion Sexual, Disponible en:
<http://users.movinet.com.uy/~suredajl/Sexualidad%20y%20adolescencia.htm>
18. Adolescencia: Una etapa fundamental, UNICEF 2010, Disponible en:
http://www.unicef.org/spanish/publications/files/pub_adolescence_sp.pdf
19. Lara J, Adolescencia, Cambios físicos y cognitivos, Disponible en:
http://www.uclm.es/ab/educacion/ensayos/pdf/revista11/11_9.pdf
20. Adolescencia: cambios generales experimentados. Disponible en:
<http://www.monografias.com/trabajos/adolescencia/adolescencia.shtml>
21. Reyes A, Métodos Anticonceptivos, Disponible en:
http://www.geocities.com/amirhali/_fpclass/anticonceptivos.htm
22. Educación Sexual: Adolescentes, cambios físicos y psicológicos, identidad y Pautas de Conducta. Disponible en:

ANEXOS

ANEXO N°1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DIRIJIDO A LOS PADRES DE FAMILIA O LOS REPRESENTANTES LEGALES DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Machala, a

Yo..... Representante Legal del estudiante:..... del Colegio Ismael Pérez Pazmiño; Hago constar que acepto participar en el trabajo de investigación que lleva por nombre CONOCIMIENTO SOBRE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN ADOLESCENTES DEL BACHILLERATO DEL COLEGIO ISMAEL PEREZ PAZMIÑO DEL AÑO LECTIVO 2012 – 2013.

Por lo que se me ha explicado que la participación de mi representado consistirá en llenar un cuestionario de encuesta con el fin de analizar los datos que se obtengan; se me ha informado de manera clara la forma en que será usada la información obtenida del presente estudio. El responsable del trabajo de investigación se ha comprometido a resolver las dudas que como participante pudiera derivar de las técnicas y procedimientos del estudio y a no revelar la identidad en las presentaciones y/o publicaciones que se deriven de los resultados del trabajo, siendo que los datos son privados y serán manejados con confidencialidad; comprometiéndose el investigador a proporcionarme la información actualizada obtenida en el estudio, aun si cambiara mi parecer respecto a permanecer en el mismo.

Nombre y firma

PARTICIPANTE ESTUDIANTE

Roberto Robalino

INVESTIGADOR

ANEXO N° 2

OFICIO DIRIGIDO AL RECTOR DEL INSTITUTO TECNOLOGICO SUPERIOR ISMAEL PEREZ PAZMIÑO

Machala,del 2013

Licenciada

RECTOR DEL COLEGIO ISMAEL PEREZ PAZMIÑO

Presente.-

De mis Consideraciones:

Mediante el presente expreso un cordial saludo a su persona, y auguro éxitos en todas sus funciones, a la vez me permito hacerle conocer que como estudiante del 6to Año de Medicina me encuentro realizando mi tesis de Tema: CONOCIMIENTO SOBRE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN ADOLESCENTES DEL BACHILLERATO DEL INSTITUTO TECNOLOGICO SUPERIOR ISMAEL PEREZ PAZMIÑO LECTIVO 2012 – 2013, para lo cual solicito a Ud., se digne a concederme el permiso necesario para llevar a cabo dicho proceso, teniendo en cuenta que es un tema de importancia actual y que además el MSP ha emprendido realizar en todos los adolescentes del país.

En espera de que mi pedido tenga la acogida favorable por su parte desde ya le anticipo mis sentimientos de gratitud.

Atentamente,

Roberto Robalino

ESTUDIANTE DE 6TO AÑO DE MEDICINA

ANEXO N° 3

ENCUESTA DIRIGIDA A LOS ESTUDIANTES ESCOGIDOS AL AZAR DEL BACHILLERATO DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ISMAEL PEREZ PAZMIÑO

CUESTIONARIO DE PREGUNTAS

TEMA DE TESIS:

Conocimiento Sobre Métodos De Planificación Familiar En Adolescentes Del Bachillerato
Del Instituto Tecnológico Superior Ismael Pérez Pazmiño Del Año Lectivo 2012 – 2013

OBJETIVO:

Recopilar información suficiente que contribuya a la realización exitosa del presente
trabajo investigativo.

Género: Masculino:..... Femenino:.....

Edad:..... Estado Civil:.....

Año de estudio:.....

1. Un método anticonceptivo tiene la función de:

- ✓ Que evita el contagio de enfermedades sexuales principalmente ()
- ✓ Que evita un embarazo ()
- ✓ Ninguna de ellas ()

2. Cuál de los siguientes Métodos Anticonceptivos conoce Ud.?

- ✓ Naturales: Del ritmo ()
- ✓ De Barrera: Condón ()
- ✓ Hormonales: Tabletillas e inyecciones ()
- ✓ DIU ()
- ✓ Quirúrgicos o Definitivos ()
- ✓ Anticonceptivo de Emergencia (día después) ()

3. Han iniciado ya su vida sexual?
- ✓ Si ()
- ✓ No ()
4. A qué edad?
- ✓ Antes de los 12 años ()
- ✓ 12 a 14 años ()
- ✓ De 14 a 16 años ()
- ✓ Más de 16 años ()
5. A usado algún método anticonceptivo en las relaciones sexuales
- ✓ Si ()
- ✓ No ()
6. La información sobre Sexualidad que Ud. sabe la adquirió por parte de:
- ✓ Amigos ()
- ✓ Colegio ()
- ✓ Padres de Familia ()
- ✓ Medico ()
- ✓ Televisión o Radio ()
- ✓ Internet ()

NOTA: Esta información es confidencial, no es necesario colocar sus nombres en la presente encuesta.