

**UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA**

**“CONOCIMIENTOS SOBRE USO DE
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y SU RELACION CON
RIESGOS REPRODUCTIVOS EN ADOLESCENTES
DE LOS QUINTOS Y SEXTOS CURSOS DEL
COLEGIO TECNICO “FEDERICO PAEZ”
DEL CANTON OTAVALO,
PROVINCIA DE IMBABURA
PERIODO 2009- 2010”**

Tesis de grado previo a la obtención del título de Licenciadas en Enfermería.

AUTORAS:

- **Rosario Alba**
- **Diana Cabrera**

DIRECTORA:

- **Lic. Mercedes Cruz**

Ibarra- Octubre del 2010

INDICE

PAG.

Dedicatoria	
iii	
Agradecimiento	
iv	
Resumen	v
Abstrac	
vi	
Introducción	1
CAPITULO I	
Problema	2
Planteamiento del problema	
3-4	
Formulación del problema	5
Justificación	6
Objetivos y preguntas directrices	7
CAPITULO II	
MARCO TEORICO	
Descripción del área en estudio	
8-10	
Crisis del adolescente	
10-12	

Trastornos de conducta del adolescente	
13-14	
Mitos y tabús sexuales	
14-17	
Falta de difusión bibliográfica, educación sexual y adolescencia	
17	
Sexualidad y sociedad	
18	
Anatomía y fisiología de los órganos sexuales de la reproducción	
18	
Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino	
18-24	
Anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino	
25-30	
Planificación familiar	
30-31	
Métodos naturales	
32-34	
Anticonceptivos hormonales	
35-36	
Métodos definitivos	
36	
Riesgo reproductivo	
37	
Factores que conforman el riesgo reproductivo	
37-38	
Consecuencias De Riesgo Reproductivo	
38-39	
Enfermedad de Transmisión sexual (ETS)	
36-37	
Clasificación de las ETS	
39-40	

CAPITULO III

Metodología

41-43

Análisis y procesamiento de datos

44-65

CAPITULO IV

Conclusiones y recomendaciones

66-67

CAPITULO V

Aspectos administrativos y cronograma

68-70

Bibliografía

71-72

Anexos

73-75

INDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS

Encuestas a estudiantes

Cuadro1, Gráfico 1 grupos de edad.

44

Cuadro 2, Gráfico 2 grupos de género

45

Cuadro 3, Gráfico3 grupos étnicos

46

Cuadro 4, Gráfico 4 conocimientos de métodos anticonceptivos

47

Cuadro 5, Gráfico 5 conocimientos de planificación familiar

48

Cuadro 6, Gráfico 6 accesos al uso de métodos de planificación familiar

49

Cuadro 7, Gráfico 7 edad de aprender sobre métodos de planificación familiar.

50

Cuadro 8, Gráfico 8 el acuerdo entre la pareja

51

Cuadro 9, Gráfico 9 razón principal de usar métodos de planificación familiar.

52

Cuadro10, Gráfico 10 el uso de métodos de planificación familiar.

53

Cuadro 11, Gráfico 11 el método más efectivo

54

Cuadro 12, Gráfico 12 problemas con el uso

55

Cuadro 13, Gráfico 13 donde consiguen anticonceptivos.

56

Cuadro 14, Gráfico 14 medios de información

57

Cuadro 15, Gráfico 15 quien debe informar
58

Cuadro 16, Gráfico 16 quien desea más información
59

Cuadro 17, Gráfico 17 problemas de salud en una adolescente embarazada
60

Cuadro 18, Gráfico 18 conocimientos de ETS
61

Cuadro 19, Gráfico 19 conocimientos de VIH –SIDA
62

Cuadro 20, Gráfico 20 conocimientos de la forma de contagio del VIH –SIDA
63

Cuadro 21, Gráfico 21 conocimientos de Hepatitis B
64

Cuadro 22, Gráfico 22 conocimientos de la Herpes
65

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo investigativo a nuestros padres ya que gracias a ellos hemos ido avanzando día a día construyendo nuestro camino en el ámbito tanto profesional como personal, y con esfuerzo y cariño nos han alentado a culminar una etapa más en nuestras vidas, a quienes han dedicado su vida entera a la enseñanza en las aulas universitarias sobre todo de profesionales con vocación de prestar nuestros servicios a las personas que lo necesiten sin distinción de cultura, género ni estrato social.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos principalmente a Dios quien ha sido el que nos ha dado fortaleza y sabiduría para afrontar todos los obstáculos y dificultades que se nos han presentado durante toda nuestra vida estudiantil.

A la Lic. Mercedes Cruz, nuestra Directora de Tesis, persona íntegra y sabia que nos ha apoyado incondicionalmente en nuestro proyecto y quien nos guió de forma adecuada para poder culminar satisfactoriamente este proyecto.

Y de manera muy especial al personal que labora en la Facultad Ciencias de la Salud y sobre todo a la Escuela de Enfermería donde por algunos años nos acogió y fue para nosotros como un segundo hogar en la cual compartimos momentos inolvidables junto a nuestros compañeros maestros, a quienes llevaremos siempre en nuestro corazón.

RESUMEN

El inicio de vida sexual activa se lleva a cabo cada vez más temprano enfrentándose las adolescentes a estas relaciones sin ninguna preparación, pues no cuentan con una educación sexual estructurada y además no se acompaña del uso adecuado de métodos anticonceptivos, resultando un alto porcentaje de embarazos prematuros, no deseados elevados índices de adolescentes que padecen enfermedades de transmisión sexual y SIDA y contribuyen al incremento en las tasas de morbimortalidad materno - infantil.

Se realizó un estudio de tipo descriptivo trasversal propositivo, donde se hizo uso de una encuesta individual para la recolección de la información. Se entrevistó a 133 adolescentes de los quintos y sextos cursos del colegio “Federico Páez” de la Ciudad de Otavalo.

El objetivo central del estudio fue establecer el nivel de conocimientos sobre el uso de métodos anticonceptivos y la relación que tiene con el riesgo reproductivo en los adolescentes de los quintos y sextos cursos del colegio Técnico “Federico Páez”.

Entre los principales resultados se encontró que el 87,20% de las adolescentes desconoce el uso de los anticonceptivos, el 69,20% cree que la razón principal para usar algún método es para prevenir enfermedades de transmisión sexual. El 80,90% nunca ha usado anticonceptivos.

Las adolescentes poseen fuentes adecuadas de información (familiares, radio, TV, revistas), pero tienen conocimientos incorrectos, incompletos y sin base científica, pues no han recibido educación formal al respecto.

Generalmente hay buena aceptación y sentimientos positivos de la adolescente hacia el embarazo y el hijo, los que suelen ser más favorables si ella cuenta con el apoyo de la familia.

Se concluye que en la relaciones sexuales tempranas y el alto índice de embarazo en adolescentes lo tiene el desconocimiento generalizado existente en nuestra sociedad, determinado por la escasa educación sexual.

SUMMARY

The beginning of the sexual life active begins more and more early, in which the adolescents have sexual relationships without any protection, because they ignore the appropriate use of birth-control methods, as a result we have a high percentage of premature pregnancies, as well as they suffer illnesses of sexual transmission and SIDA, It's causing a maternal increment of rates of mortality - infantile.

We made a study of type descriptive traverse purpose, in which we use an individual survey; it was made for the gathering of the information. We interviewed to 133 adolescents and sixth courses of "Federico Páez" high school of Otavalo city.

The central objective of the study was to establish the level of knowledge on the use of birth-control methods and the relationship that it has with the reproductive risk in the adolescents of the fifth and sixth courses of "Federico Páez" high school.

The result was, 87, 20% of the adolescents ignores the use of contraceptives, 69,20% believes that the main reason to use some method is to prevent sexual transmission illnesses , and 80,90% has never used contraceptives.

The adolescents have appropriate sources of information (family, radio, TV, magazines), but they have incorrect and incomplete knowledge without scientific base, because they received formal education in this way.

There are generally good acceptance and the adolescents' positive feelings toward the pregnancy and the son; it's usually more favorable if they have the support of the family.

Finally, the early sexual relationships and the high pregnancy index in adolescents have it the existent widespread ignorance in our society, determined by the scarce sexual education.

INTRODUCCION

En nuestra sociedad es aun un tabú hablar de sexualidad y la falta de participación activa de los padres de la formación de sus hijos en este aspecto tan importante en la vida de los jóvenes durante el inicio de la adolescencia y la vida sexual activa. La falta de información de la sexualidad – adolescencia trae muchos problemas sociales dentro de la juventud en nuestro país y sociedad; así tenemos: embarazos no deseados, prematuros, enfermedades de trasmisión sexual.

En la sociedad de consumo en la que vivimos no es nada extraño que el sexo también se comercialice, desvirtuando lo maravilloso que debería ser una relación íntima entre hombre y mujer como seres complementarios. El sexo-comercio crea estereotipos tanto en chicos como en chicas en cuanto al aspecto físico “perfecto” de la pareja sexual, crea mitos a cerca de relaciones cada vez más deshumanizantes en los que en los seres actuantes lo único que busca es la satisfacción personal, el dominio de la pareja.

Cuando al contrario de todo esto es necesaria hoy en día una educación sexual humanizadora en la que alcancemos el criterio de divinidad que tiene nuestra sexualidad (regalo de Dios), educación en la que debemos actuar los involucrados con la juventud, desde el hogar, padres de familia, hermanos, la escuela, colegio, universidad y otros.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

Deficientes conocimientos sobre uso de métodos anticonceptivos y su relación con el riesgo reproductivo en los adolescentes de los quintos y sextos cursos del colegio Técnico Federico Páez.

1.1 Planteamiento del problema

La adolescencia implica una nueva etapa de vida en la que se produce cambios e interrogantes en la personalidad de cada adolescente es por esta razón que debemos tomar importancia sobre los conocimientos y usos que tienen estos sobre la sexualidad. En el Ecuador viven cerca de dos millones y medio de adolescentes entre 10 y 19 años. Los y las adolescentes representan el 20% del total de la población ecuatoriana. La tendencia de la fecundidad adolescente en el país en la última década es al incremento, siendo la más alta de la subregión andina y oscila alrededor de 100 nacimientos por cada 1000 mujeres.

“De acuerdo a la reunión el 9 de Octubre del 2009 con expertos de toda América Latina bajo auspicios del Fondo de Población de la ONU (UNFPA), alertaron sobre el aumento del embarazo en adolescentes, donde la tasa alcanza de 20 al 40%, que se da en menores de 20 años.”¹ En la actualidad durante la etapa de la adolescencia el problema principal de los embarazos no deseados e infecciones de trasmisión sexual tienen que ver con el inicio de la vida sexual de los jóvenes.

¹ <http://www.unfa.un.org/spanish/News/fullstorynews.asp?NewsID=16764>

A demás la falta de conocimientos sobre el uso de anticonceptivos conlleva a la maternidad y esto a su vez reduce las oportunidades de las jóvenes para seguir estudiando y obtener un mejor empleo. En el Ecuador, en el caso de la anticoncepción, no hay relación entre el conocimiento del 91% y de estos solo el 47% usan métodos anticonceptivos. Es decir más del 90% entre los hombres y mujeres conocen algún método moderno de anticoncepción, existen métodos como la anticoncepción de emergencia que no es conocida ni por la mitad de las adolescentes, con este antecedente el nivel de conocimientos de algún método varía entre la población mestiza e indígena.

También se conoce que en personas de mayor nivel económico y de mejor nivel educativo, mayor será el conocimiento sobre la anticoncepción y su uso. En el Ecuador el uso de los métodos en adolescentes durante la primera relación sexual es del 3.9%. Frente el 12% de las adolescentes sexualmente activas que utilizan métodos alternativos. En general, el uso en la primera relación sexual es muy bajo por no decir nulo, únicamente 13,5% de las adolescentes usaron algún método durante su primera relación sexual; por haber tenido alguna experiencia anterior del o de la adolescente, o de parejas que tuvieron relaciones pre maritales, mientras que entre parejas que tuvieron relaciones maritales fue el desconocimiento de métodos.

A demás en el Ecuador existe el 30% de riesgo de muerte en las madres adolescentes debido a su corta edad la cual dificulta el completo desarrollo y preparación de su cuerpo. “La falta de conocimiento sobre el riesgo reproductivo en los adolescentes representa un gran problema a nivel social, familiar y personal.”² El ser padres a temprana edad implica dejar de lado actividades propias de la edad como son sus estudios, familia, amistades para convertirse en adolescentes llenos de responsabilidades que tiene un adulto.

² Biblioteca de Consulta Microsoft Encarta 2008.

“En Imbabura de acuerdo a una investigación realizada por el Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Encuentro Demográfico de Salud Materno Infantil (ENDEMAIN), se obtuvieron datos estadísticos muy alarmantes, ya que la edad promedio de inicio de vida sexual se encontraba en la mujer de 14 años y en el hombre de 15 años. Se constato que el 80% de los embarazos en adolescentes es no deseado ya que la gestación en edad temprana trae muchas consecuencias por ejemplo Ocho de cada diez menores no retoman sus estudios después de dar a luz.”³

Muchos jóvenes han decidido iniciar su vida sexual como una diversión sin tomar en cuenta la precaución del uso de medios de protección, que a la final repercuten sobre sí mismos, provocando baja escolaridad, embarazos a temprana edad, abortos y embarazos no deseados, que a su vez dejan secuelas, sentimientos de culpa, y una paternidad irresponsable, a demás el riesgo de contraer una enfermedad de trasmisión sexual (ETS).

³ ENDEMAIN Ecuador 2009

1.2 Formulación del Problema

¿Cuáles son los conocimientos sobre el uso de métodos anticonceptivos y su relación con el riesgo reproductivo en los adolescentes de los quintos y sextos cursos del colegio Técnico “Federico Páez” del Cantón Otavalo?

1.2 Justificación

Ecuador es uno de los países con menor índice de información sobre el uso de anticonceptivos, siendo este un alto factor de riesgo en la ocurrencia de embarazos no deseados, razón por la cual la causa fundamental para el abandono de sus labores educativas, sociales, etc. “Según la Encuesta Demográfica De Salud Infantil (ENDEMAIN), el 45% de adolescentes que se embarazaron, no estudiaban ni trabajaban.”⁴ Además definimos que durante la etapa de la adolescencia ha habido un aumento excesivo de embarazos no deseados y peor aun embarazos a temprana edad (desde 11 y 13 años) llevando como consecuencia a un mayor riesgo de morbi – mortalidad materna e infantil.

“En los últimos años dentro de nuestra sociedad se ha observado mayor número de adolescentes embarazadas a temprana edad; embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual (ETS),”⁵ por lo que creemos conveniente enfocar nuestro trabajo investigativo al conocimiento sobre el uso de anticonceptivos y su relación con el riesgo reproductivo, que tienen los adolescentes de los quintos y sextos cursos del colegio Técnico “Federico Páez”.

Con el objetivo de completar la información ya adquirida sobre este tema y disminuir en lo mayor posible los problemas de riesgo reproductivo y problemas secundarios, a causa de la utilización de métodos anticonceptivos a muy temprana edad. Es por esta razón que hemos visto la necesidad de enfocar nuestras acciones con el fin de informar sobre la prevención de los problemas del riesgo reproductivo con la elaboración de una guía educativa, la cual abarque la información concisa y precisa sobre este tema, beneficiando no solo a la población en estudio sino también a la sociedad en general interesada.

⁴ ENDEMAIN Ecuador 2009

⁵ Diario La Hora, Ibarra, Lunes 11 de septiembre – 2006 pág. A3

1.4 Objetivos:

1.4.1 Objetivo General

- Establecer cuáles son los conocimientos sobre el uso de métodos anticonceptivos y la relación que tiene con el riesgo reproductivo en los adolescentes de los quintos y sextos cursos del colegio Técnico “Federico Páez”.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Conocer y analizar el nivel de conocimientos de los métodos anticonceptivos de los adolescentes de 14 a 18 años del colegio Técnico “Federico Páez”.
- Precisar y describir que métodos de Planificación Familiar son más utilizados en la población en estudio y cuáles son los mecanismos de información que poseen.
- Determinar los riesgos reproductivos en los adolescentes como: embarazos no deseados, abortos provocados y enfermedades de transmisión sexual de los adolescentes en estudio.
- Diseñar una guía educativa sobre métodos anticonceptivos y su correcta utilización, dirigida a disminuir los embarazos en adolescentes.

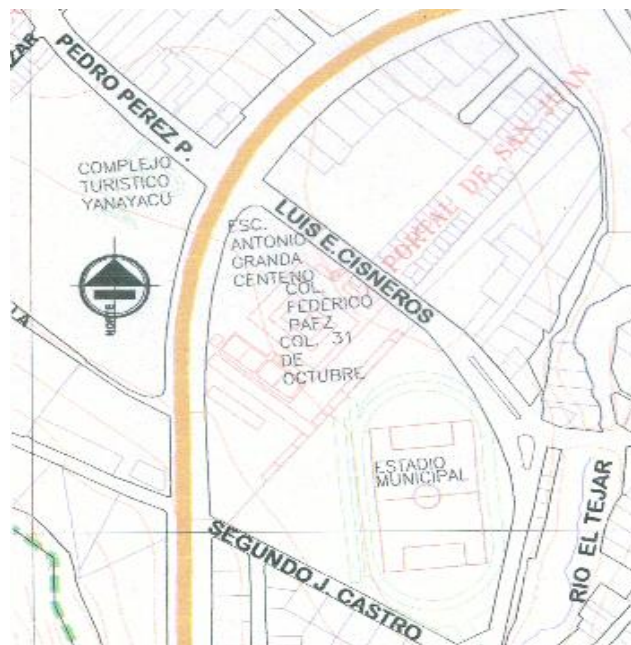
Preguntas Directrices

- ¿Cuál es el grado de conocimiento sobre el uso de anticonceptivos en los adolescentes?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo reproductivo que inciden en la no utilización de métodos anticonceptivos en adolescentes?
- ¿Cómo ayuda la comunicación entre padres e hijos en embarazos prematuros?

CAPITULO II

2.1 DESCRIPCIÓN DEL ÁREA EN ESTUDIO

El Cantón Otavalo se encuentra situado a 2565 metros sobre el nivel del mar. es el cuarto cantón de la provincia de Imbabura, se ubica al norte de callejón interandino y a 20 km de la ciudad de Ibarra, capital de la provincia. El Colegio Técnico Mixto “Federico Páez” es una institución de tipo fiscal, ubicada al sureste de la ciudad de Otavalo, junto a la panamericana; cuenta con ciclo básico y bachillerato; y sus Docentes de Especialidad en Gerencia, Administración, Químico Biólogo y Físico Matemático. Esta institución acoge a estudiantes de fuera y dentro de la ciudad, con una capacidad de alrededor de mil estudiantes por año. Su estructura física fue remodelada en el año 2009, cuenta con dos edificios, funciona en horario matutino de 7 a 13 horas del día.



Población

Según estudios realizados el crecimiento poblacional del cantón Otavalo durante el periodo 1995 al 2007 presenta una tasa de crecimiento anual de 4,3, la más alta de la provincia y de los cantones, correspondiéndole un índice de masculinidad de 92,6 y un índice de feminidad en el área rural de 107,86, siendo el total de la población de 180.5 habitantes por Km².

Nivel social, Etnia

“⁶El cantón Otavalo está conformado por población indígena y mestiza, además de población blanca, los extranjeros que reciben temporalmente en este cantón. Sistema de indicadores de las Nacionalidades y Pueblos Indígenas del Ecuador 2008 (SIDENPE) considera que el Cantón Otavalo tiene una significativa presencia indígena en la proporción de 40 a 59%.”

Otavalo es una ciudad pluricultural, cuya evidencia es la práctica de la comunicación en dos lenguas, el castellano (lengua oficial) y el kichwa (lengua vernácula de uso comunitario). Cabe precisar que la población indígena está conformada y definida principalmente por pueblos kichwa: Otavalo, Cayambi, y Natabuela. La población blanco – indígena es más aceptada por la población indígena, que la relación mestiza – indígena, debido a que la población blanca (extranjera) se ha incorporado a la cultura indígena quien a regresado a sus raíces; mientras que la población mestiza a ido en busca de nueva identidad.

⁶ ALCALDIA OTAVALO, SIDENPE 2008, Publicación de estudios realizados, paginas 35 – 40.

Actividad económica

La población de la ciudad de Otavalo ha adquirido un mayor poder económico como resultado de casi tres décadas de trabajo de los comerciantes viajeros (indígenas). Esta situación ha permitido que un número limitado de jóvenes se dedique a la actividad intelectual o al mercado laboral del comercio. Resultante de la dinámica económica ha dado origen a la formación de élites indígenas que cumplen un rol protagónico en el aspecto social, político y cultural.

Educación

Los niveles formales de educación, conforme la reforma curricular son: Educación Básica que comprenden pre-primaria y primaria, Educación media que incluye post- bachillerato, y Educación Superior que contempla además el post- grado. En la educación Informal se encuentra los centros de alfabetización. La población del cantón Otavalo de 5 años y mas que han cursado o no algunos de los niveles educativos, según el censo del 2005 se cuantifica el 78.961 personas, de la cual el 65% está en el área rural, mientras que el 35% se asienta en el área urbana.

2.2 CRISIS DEL ADOLECENTE

La adolescencia es una época que sólo se recuerda feliz, cuando se ha pasado y estamos en plena madurez, e incluso puede añorarse, simplemente porque la hemos olvidado. No hay que olvidar que etimológicamente, adolescencia quiere decir padecimiento. Encontrarse a sí mismo de nuevo es la difícil tarea en la que está inmerso todo adolescente.

Por ello es imprescindible saber cuáles son las características normales de esta crisis de adolescente que tiene unos síntomas comunes.

Cambios fisiológicos

Cuando hablamos de la adolescencia desde el punto de vista exclusivamente físico, hablamos de **Pubertad**:

Se puede dividir en dos estadios:

- a) **Pre pubertad:** Comienza con la aparición de los caracteres sexuales secundarios, como vello pubiano y en axilas, aumento de las mamas, etc..
- b) **Pubertad propiamente dicha,** que comienza en el chico con el cambio de voz, la primera eyaculación y en la chica con la primera regla o menarquía.

Los límites de edad entre los que nos manejamos, varían mucho, la media de aparición de la pubertad es de 13 años para la chica, y 14 para el chico. Como ven en esto como en la aparición del lenguaje, ganamos nuevamente las mujeres. Estos límites varían mucho y pueden considerarse como límites extremos de los 10 a los 15 años la aparición de la menarquía en la chica, y entre los 11 y 17 para los chicos.

Cambios psicológicos

Además de estos cambios fisiológicos que son conocidos y aceptados por la mayoría de los padres por poca que sea su información, se producen otros cambios psicológicos, que son considerados como normales.

- a) **Crisis de oposición,** en cuanto a la necesidad que tienen de autoafirmarse, de formar un yo diferente al de sus padres a los que han estado estrechamente unidos hasta ahora, con necesidad de autonomía, de independencia intelectual y emocional.
- b) **Desarreglo emotivo:** a veces con la sensibilidad a flor de piel y otras en las que parece carecer de sentimientos. Es por eso que un día los hijos sorprenden con un abrazo a los padres y otro día rechazan cualquier muestra de cariño.
- c) **Imaginación desbordada:** un mecanismo de defensa ante un mundo para el que no están preparados es el de soñar e imaginar cosas que transformen su realidad. Ellos pueden cambiar el mundo, hacerlo mejor.
- d) **Narcisismo:** Se reconoce al adolescente cuando comienza a serlo, simplemente por las horas que le dedica al espejo. Le concede una importancia extrema a su físico: puede lamentarse por un grano en la nariz, obsesionarse por la ropa, por estar gordos o delgados. quieren estar constantemente perfectos aunque su visión de la estética no tenga nada que ver con la nuestra.

- e) **Crisis de originalidad:** que presenta dos aspectos:
- Individual: como afirmación del yo, con gusto por la soledad, el secreto, las excentricidades en el vestir, o en su forma de hablar o de pensar. Necesita reformar, transformar el mundo, ser distinto y especial.
 - Social: aquí está la rebelión juvenil: Rebelión en cuanto a los sistemas de valores de los adultos y las ideas recibidas. Achacan al adulto sobretodo su falta de comprensión y el hecho de que atenta contra su independencia. Hay una necesidad clara de participación, la uniformidad en lenguaje y en vestimenta de los adolescentes, no es más que la necesidad de afecto, de ser considerado, aprobado por el propio grupo, y que a veces lo viven de una forma obsesiva.
- f) **Crisis de Agresividad:** como respuesta a dicha frustración, la agresividad es un mecanismo habitual. La cólera del adolescente ante nuestra negativa a sus exigencias, la irritabilidad, la propensión a la violencia, que de momento les supone una bajada de tensión pero que por supuesto es sólo momentánea, las malas contestaciones, los portazos, las reacciones desmedidas en las peleas con los hermanos, etc. son claros ejemplos.
- g) **Crisis de Miedo al ridículo:** que como sabemos se encuentra exageradamente presente. Es un sentimiento social de vergüenza, atravesar un sitio con mucha gente, ir con ropa poco apropiada para el grupo.
- h) **Crisis de Angustia expresada de modo indirecto:** el miedo al examen, (quedarse en blanco), timidez extrema, miedo a desagradar, reacción de rechazo cuando se le dan muestras de cariño, tanto en público como en privado.
- i) **Crisis de Sentimientos de depresión:** por la necesidad de estar solo, de melancolía y tristeza que pueden alternar con estados de verdadera euforia.

2.3 TRASTORNOS DE CONDUCTA DEL ADOLESCENTE

El trastorno de conducta (su sigla en inglés es CD), es una alteración del comportamiento, que a veces es diagnosticada en la infancia, caracterizada por un comportamiento antisocial que viola los derechos de otras personas, y las normas y reglas adecuadas para la edad. Entre los comportamientos antisociales podemos citar la irresponsabilidad, el comportamiento transgresor (como las ausencias escolares o el escaparse), la violación de los derechos ajenos (robo, por ejemplo) y, o la agresión física hacia otros (asalto o violación).

Causas del trastorno de conducta

Los exámenes neuropsicológicos indican que los niños y adolescentes que tienen trastornos de conducta parecen tener afectado el lóbulo frontal del cerebro, lo cual interfiere con su capacidad de planificar, evitar los riesgos y aprender de sus experiencias negativas. Los niños y adolescentes de "carácter difícil" tienen mayor probabilidad de desarrollar trastornos del comportamiento.

Los niños o adolescentes que provienen de hogares en desventaja, disfuncionales o desorganizados tienen mayor probabilidad de desarrollar este tipo de trastornos. Se sabe que los problemas sociales y el rechazo por parte de sus compañeros contribuyen a la delincuencia. Los niños y adolescentes que manifiestan un comportamiento delictivo y agresivo tienen un perfil cognitivo y psicológico que los caracteriza cuando se los compara con niños que tienen otros problemas mentales y con los pertenecientes a grupos de control.

Población afectada

Aproximadamente 1% al 4% de edades de los niños 9 a 17 años de viejo tienen desórdenes de la conducta. Este trastorno se presenta con una frecuencia mayor en los niños que en las niñas. Los niños y los adolescentes que padecen trastornos de la conducta con frecuencia tienen también otros problemas psiquiátricos que pueden contribuir al desarrollo de este trastorno. En las últimas décadas, los trastornos de la conducta han aumentado considerablemente. La conducta agresiva

es la causa de entre un tercio y la mitad de las derivaciones a los servicios de salud mental para niños y adolescentes, por ello estaríamos hablando de patologías.

- **Patología de las conductas centradas en el cuerpo.**- Son conductas fóbicas con respecto a una parte del cuerpo, con una preocupación obsesiva sobre la silueta, sobre los caracteres sexuales, tamaño del pene, de los pechos, etc., el acné, etc.
- **Inhibición intelectual;** es decir freno de sus capacidades intelectuales. Puede considerarse hasta normal, un bajón en las notas a partir de 2º año, y durante todo el bachillerato. Siempre que sea algo momentáneo, no excesivamente preocupante es considerado como normal, y los psicólogos lo hemos llamado inflexión escolar, que es superada sin problemas por el adolescente, a medida que se va equilibrando. Sin embargo existen casos en los que el cambio es brutal, el fracaso total, y existe un cambio radical en su rendimiento. En estos casos suele haber una etiología, es decir unas causas, más profundas y que pueden indicar desde una depresión, hasta un estado de ansiedad o angustia extremo.
- **Trastornos del estado de ánimo:** Estados de ansiedad, fobias escolares o sociales, ataques de pánico, que a veces y dada que la sintomatología es muy diferente, no se reconocen a primera vista. Y por supuesto la famosa depresión. La depresión va aumentando, en una proporción muy alta con respecto a estudios anteriores. En los adolescentes esta depresión puede no manifestarse como en un adulto, sino con equivalentes que enmascaran dicho trastorno.

2.4 MITOS Y TABUES SEXUALES

Muchas de las dificultades involucradas en la relación de pareja se ocasionan por informaciones inapropiadas, falsas ideas y mitos sexuales, originados por una comunicación deficiente, hablada o no. En diversos planos el ambiente puede robustecer la ignorancia y los prejuicios, los que vienen acompañados por los sentimientos de temor, de culpabilidad o de vergüenza.

La información sexual exacta, la comprensión científica de la reproducción biológica y la aceptación natural de la sexualidad como una parte benéfica y placentera del ser humano está de manera directa relacionada con una vida sexual satisfactoria. Existen mitos asociados con las funciones sexuales, los impulsos sexuales, la reproducción, el control natal, la salud sexual, en fin, aspectos de la sexualidad humana. Pero antes de adentrarnos al artículo primero definamos lo que es un mito y lo que es un tabú.

Tabú:

Término polinésico que significa rareza, surge como contraposición a otro término, “noa”, que significa lo usual, lo habitual, lo común, lo acostumbrado. A través de procesos de adaptación el término ha ampliado su significado a funesto, peligroso, angustiante e impuro. El Tabú es como una barrera que no permite ver la realidad clara y objetiva.

Cuando un tema es Tabú, la gente lo trata en forma oculta, tras bastidores, como si fuera algo prohibido. Cuando cualquier aspecto de la vida se encuentra vedado como lo ha estado la sexualidad, se convierte en Tabú y surgen entonces los Mitos producto de la imaginación y del sentido común. “El Tabú origina los Mitos.

Mito:

Son falsas creencias. Los mitos tratan de dar sentido a lo sin sentido, de explicar lo inexplicable. Persisten debido a que preservan la tradición y tranquilizan a la gente, pues los Mitos se asimilan como verdades. Los Mitos engendran actitudes ilógicas y comportamientos inadecuados, obstaculizan la vivencia de una sexualidad sana y objetiva. Es importante señalar que los mitos no son exclusividad de los no instruidos, también los profesionales pueden retener una colección de creencias. También debemos saber que al mismo tiempo que se destruyen los viejos mitos, se crean otros nuevos, producto de la época.

2.5 MITOS MÁS CONOCIDO Y COMENTADOS EN NUESTRO PAÍS:

El pene grande da más placer que el pequeño.

Esta creencia es falsa de toda falsedad, el placer no está en el tamaño del pene, sino en la mente y en los sentimientos. Además la vagina de la mujer está hecha para acomodarse a cualquier tamaño de pene. Lo importante no es el tamaño de su órgano sexual, sino como usted trata a su compañera y lo que usted hace para hacerla sentir. Es importante que usted sepa que aunque los penes sean diferentes cuando se ponen duros o erectos todos alcanzan más o menos el mismo tamaño.

La masturbación hace crecer el pene

Es costumbre de los jóvenes, manipularse el pene para que se le ponga grande. Es importante saber que el tamaño del pene es hereditario y por mucho que se lo toque no va a crecer más. Hay una etapa en la que crece todo el cuerpo (10 a 18 años); también su órgano sexual va a crecer de forma natural hasta llegar al tamaño adulto. No es necesario masturbarse o untarse baba de becerro para hacerlo crecer.

La masturbación hace daño

Muchos creen que la masturbación pone flaco y débil al que la práctica, y hasta loco. Eso no es verdad, la masturbación no hace ningún daño a la salud.

Generalmente cuando se es joven, la gente se masturba más porque no tiene una pareja fija para satisfacer sus necesidades sexuales. Cuando se es adulto la práctica de la masturbación disminuye pero no desaparece totalmente.

El alcohol eleva la potencia sexual.

El alcohol es un arma de doble filo, un par de tragos estimula el apetito sexual, pero cuando se pasa de una botella produce un efecto contrario, o sea, se retarda la eyaculación y se reduce el placer. En ocasiones, cuando la persona está bajo el efecto del alcohol, el pene no levanta, o sea, se produce un trastorno de la erección.

El hombre tiene mayor necesidad sexual que la mujer.

Esto no es cierto. Las mujeres sienten igual que el hombre. Lo que sucede es que esta sociedad enseña a la mujer a reprimir (ocultar) sus deseos sexuales. Por esta razón algunas mujeres no se atreven a iniciar al acto sexual, ni a decirle a su

compañero lo que sienten, porque temen que se piense mal de ellas.

Hace daño tener relaciones con la menstruación (el periodo)

Esto es falso. Si una pareja desea tener relaciones sexuales no importa que la mujer esté menstruando. La mujer con el período no está enferma. La sangre de la menstruación no hace daño. Se puede tener relaciones sexuales siempre que la mujer esté de acuerdo.

Las relaciones sexuales hacen daño durante el embarazo.

También es falso. La mujer puede tener relaciones sexuales durante los 9 meses del embarazo. Sólo se prohíbe la penetración cuando hay amenaza de aborto.

Algunas mujeres sienten más cuando están embarazadas y están más dispuestas a tener relaciones sexuales con su pareja

2.6 FALTA DE DIFUSIÓN BIBLIOGRÁFICA, EDUCACIÓN SEXUAL Y ADOLESCENCIA

Uno de los modos de prevenir es informar. “La información que se les brinda a los adolescentes puede ser muy interesante; sin embargo en el momento de tomar decisiones la información no alcanza, porque debe ir acompañada de la educación que van recibiendo paulatinamente de la familia y otros agentes: los medios de comunicación social, la escuela, la iglesia y los servicios de salud.”⁷

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

⁷ Rosario Alba – Diana Cabrera autoras

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

2.7 SEXUALIDAD Y SOCIEDAD

En el momento que la sociedad escucha la palabra sexo lamentablemente reduce el término a genitalidad, puesto que desde mucho antes la sexualidad ha sido enfocada solamente a una ley biológica. La sexualidad es más de lo que percibimos en primer momento. La sexualidad empieza desde que nacemos pero se manifiesta en si con los cambios físicos del cuerpo y en los cambios de la manera de pensar de cada ser humano, es por estas razones que la sociedad presenta prejuicios acerca de la sexualidad.

2.7 ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DE LOS ÓRGANOS SEXUALES DE LA REPRODUCCIÓN

2.7.1 Anatomía del Aparato reproductor femenino

Los órganos genitales femeninos comprenden:

- 1) Órganos externos:

Monte del pubis = monte de Venus

El monte del pubis es una eminencia redondeada que se encuentra por delante de la sínfisis del pubis. Está formada por tejido adiposo recubierto de piel con vello pubiano.

Labios mayores

Los labios mayores son dos grandes pliegues de piel que contienen en su interior tejido adiposo subcutáneo y que se dirigen hacia abajo y hacia atrás desde el monte del pubis. Después de la pubertad, sus superficies externas quedan revestidas de piel pigmentada que contiene glándulas sebáceas y sudoríparas y

recubiertas por vello. El orificio entre los labios mayores se llama hendidura vulvar.

Labios menores

Los labios menores son dos delicados pliegues de piel que no contienen tejido adiposo subcutáneo ni están cubiertos por vello pero que poseen glándulas sebáceas y sudoríparas. Los labios menores se encuentran entre los labios mayores y rodean el vestíbulo de la vagina. En mujeres jóvenes sin hijos, habitualmente los labios menores están cubiertos por los labios mayores. En mujeres que han tenido hijos, los labios menores pueden protruir a través de los labios mayores.

Clítoris

El clítoris es un pequeño órgano cilíndrico compuesto por tejido eréctil que se agranda al rellenarse con sangre durante la excitación sexual. Tiene 2 - 3 cm. de longitud y está localizado entre los extremos anteriores de los labios menores.

Consiste en: dos pilares, dos cuerpos cavernosos y un glande y se mantiene en su lugar por la acción de varios ligamentos. El glande del clítoris es la parte expuesta del mismo y es muy sensitivo igual que sucede con el glande del pene. La porción de los labios menores que rodea al clítoris recibe el nombre de prepucio del clítoris

Vagina

La vagina es el órgano femenino de la copulación, el lugar por el que sale el líquido menstrual al exterior y el extremo inferior del canal del parto. Se trata de un tubo músculo membranoso que se encuentra por detrás de la vejiga urinaria y por delante del recto.

2) Órganos internos:

Útero o matriz

El útero es un órgano muscular hueco con forma de pera que constituye parte del camino que siguen los espermatozoides depositados en la vagina hasta alcanzar las trompas de Falopio. Tiene unos 7-8 cm. de longitud, 5 - 7 cm. de ancho y 2 - 3 cm. de espesor ya que sus paredes son gruesas. Su tamaño es mayor después de embarazos recientes y más pequeño cuando los niveles hormonales son bajos como sucede en la menopausia.

Está situado entre la vejiga de la orina por delante y el recto por detrás y consiste en dos porciones: los 2/3 superiores constituyen el cuerpo y el 1/3 inferior, el cuello o cérvix que protruye al interior de la parte superior de la vagina y en donde se encuentra el orificio uterino por el que se comunica el interior del útero con la vagina. La porción superior redondeada del cuerpo se llama fondo del útero y a los extremos del mismo o cuernos del útero se unen las trompas de Falopio, cuyas cavidades quedan así comunicadas con el interior del útero. Varios ligamentos mantienen al útero en posición.

La pared del cuerpo del útero tiene tres capas:

- Una capa externa serosa o perimetrio
- Una capa media muscular (constituída por músculo liso) o miometrio
- Una capa interna mucosa (con un epitelio simple columnar ciliado) o endometrio, en donde se implanta el huevo fecundado y es la capa uterina que se expulsa, casi en su totalidad, durante la menstruación.

Trompas De Falopio

Las trompas de Falopio son 2 conductos de 10 - 12 cm. de longitud y 1 cm. de diámetro que se unen a los cuernos del útero por cada lado. Están diseñadas para recibir los ovocitos que salen de los ovarios y en su interior se produce el encuentro de los espermatozoides con el óvulo y la fecundación.

Con propósitos descriptivos, se divide cada trompa en cuatro partes:

- El infundíbulo que es el extremo más externo y en donde se encuentra el orificio abdominal de la trompa, que comunica con la cavidad peritoneal.
- La ampolla que es la parte más ancha y larga de la trompa y la que recibe al ovocito desde el infundíbulo. Es el lugar en donde tiene lugar la fertilización del ovocito por el espermatozoide
- El istmo que es una porción corta, estrecha y de paredes gruesas. Se une con el cuerno del útero en cada lado. □
- La porción uterina que es el segmento de la trompa que atraviesa la pared del útero y por donde el ovocito es introducido en el útero.

Ovarios

Los ovarios son 2 cuerpos ovalados en forma de almendra, de aproximadamente 3 cm. De longitud, 1 cm. de ancho y 1 cm. de espesor. Se localiza uno a cada lado

del útero y se mantienen en posición por varios ligamentos. Los ovarios constituyen las gónadas femeninas y tienen el mismo origen embriológico que los testículos o gónadas masculinas.

En los ovarios se forman los gametos femeninos u óvulos, que pueden ser fecundados por los espermatozoides a nivel de las trompas de Falopio, y se producen y secretan a la sangre una serie de hormonas como la progesterona, los estrógenos, la inhibina y la relaxina.

2.7.2 Fisiología del Aparato Reproductor Femenino

Ovogénesis

Es la formación de los gametos femeninos u ovocitos que son células sexuales especializadas producidas por los ovarios, que transmiten la información genética entre generaciones. A diferencia de la espermatogénesis que se inicia en la pubertad en los varones, la ovogénesis se inicia mucho antes del nacimiento en las mujeres. El ovario fetal contiene muchas células germinales que se dividen por mitosis y se convierten en otro tipo de células mayores, las ovogonias, que también se dividen por mitosis y finalmente, dan lugar a los ovocitos primarios.

Tanto las ovogonias como los ovocitos primarios tienen 46 cromosomas. La división de las ovogonias termina antes del nacimiento, de modo que si son destruidas en esta fase no pueden ser renovadas. Los ovocitos primarios permanecen en un estado de desarrollo estacionario desde su formación antes del nacimiento, hasta inmediatamente antes de la pubertad y están rodeados por una sencilla capa de células. En conjunto, el ovocito primario y la capa de células que lo acompañan constituyen el folículo primordial.

Los folículos primordiales maduran a folículos primarios que, a su vez, dan lugar a los folículos secundarios. Por último, el desarrollo del folículo secundario da lugar al folículo maduro o De Graaf en el interior del cual el ovocito primario se convierte en ovocito secundario que es el que será expulsado durante la ovulación a lo largo de la vida reproductora de la mujer, de un modo cíclico e intermitente.

Aunque la célula germinal femenina es conocida popularmente como óvulo después de la ovulación, estrictamente hablando es un ovocito secundario y contiene 23 cromosomas, es decir, la mitad de la dotación genética de una célula humana.

El ovocito secundario solo se convertirá en óvulo maduro en el momento de la fecundación, cuando se produzca la penetración del espermatozoide dentro del ovocito. A continuación y como consecuencia, se formará una nueva célula, el cigoto o huevo que tendrá 46 cromosomas, 23 procedentes del óvulo maduro y 23 procedentes del espermatozoide.

Ciclo Sexual Femenino

En la especie humana la liberación de ovocitos por los ovarios, es cíclica e intermitente, lo que queda reflejado en los cambios cíclicos que se producen, como consecuencia, en la estructura y la función de todo el sistema reproductor de la mujer. Tales cambios dependen de 2 ciclos interrelacionados, el ciclo ovárico y el ciclo uterino o menstrual los cuales, en conjunto, duran aproximadamente 28 días en la mujer, aunque se producen variaciones. El ciclo menstrual está controlado por el ciclo ovárico a través de las hormonas ováricas: los estrógenos y la progesterona.

Ciclo Ovárico

Los ovarios tienen la doble función de producir gametos (ovocitos) y de secretar hormonas sexuales femeninas. El ovario produce 2 tipos principales de hormonas esteroides, los estrógenos y la progesterona. Al comienzo de cada ciclo ovárico, que se considera coincidente con el primer día de la menstruación, empiezan a aumentar de tamaño varios folículos primordiales por la influencia de una hormona secretada por la adenohipófisis, la hormona folículoestimulante (FSH).

Los folículos primordiales maduran a folículos primarios y después a folículos secundarios. Normalmente uno de éstos continúa desarrollándose mientras los demás sufren regresión. El número de folículos que se desarrollan está determinado por los niveles de FSH de la sangre circulante. Se distinguen 3 fases en el ciclo ovárico:

1ª fase) fase folicular: del día 1 al día 14 del ciclo. Durante el desarrollo folicular, el folículo secundario aumenta de tamaño y llega a ser el folículo De Graaf o folículo maduro listo para descargar el óvulo (el ovocito secundario). Durante esta primera fase del ciclo ovárico, el folículo en desarrollo sintetiza y secreta el estrógeno 17-beta estradiol, y los niveles plasmáticos de esta hormona aumentan progresivamente hasta alcanzar un valor máximo 2 días antes de la ovulación, aproximadamente. El 17-beta estradiol es el responsable del desarrollo del endometrio en la fase proliferativa del ciclo uterino.

2ª fase) ovulación: el folículo descarga el óvulo (ovocito secundario), es lo que se llama ovulación. Todo el proceso hasta aquí, dura unos 14-16 días contados a partir del 1º día de la menstruación. El ovocito se libera y es atraído por las prolongaciones o fimbrias de la trompa de Falopio para ser introducido en el interior de la trompa y ser transportado hacia el útero.

Los niveles altos de estrógenos hacen que las células de la adenohipófisis se vuelvan más sensibles a la acción de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) secretada por el hipotálamo en forma de pulsos (cada 90 minutos, aproximadamente). Cerca del día 14 del ciclo, las células de la adenohipófisis responden a los pulsos de la GnRH y liberan las hormonas folículoestimulante (FSH) y luteinizante (LH).

La LH causa la ruptura del folículo maduro y la expulsión del ovocito secundario y del líquido folicular, es decir, la ovulación. Como la ovulación se produce unas 9 horas después del pico plasmático de LH, si se detecta la elevación de LH en plasma, por un análisis de laboratorio, se puede predecir la ovulación con un día de antelación. Después de la ovulación la temperatura corporal aumenta de medio grado a un grado centígrado y se mantiene así hasta el final del ciclo, lo que se debe a la progesterona que es secretada por el cuerpo lúteo (ver la fase luteínica).

3ª fase) fase luteínica: del día 15 al día 28 del ciclo. Después de la ovulación, las células restantes del folículo forman una estructura que se llama cuerpo lúteo o

cuerpo amarillo bajo la influencia de la LH. El cuerpo lúteo entonces sintetiza y secreta dos hormonas: el estrógeno 17-beta estradiol y la progesterona que inducen la fase secretora del ciclo uterino, es decir, preparan el endometrio para la implantación del óvulo fecundado.

En caso de embarazo, el endometrio requiere el soporte hormonal del 17-beta estradiol y de la progesterona para permanecer en la fase secretora, de modo que el cuerpo lúteo se transforma en cuerpo lúteo gestacional y persiste hasta el tercer mes de embarazo conservando su función secretora de hormonas. Si no hay fecundación, el cuerpo lúteo degenera hacia el final del ciclo uterino y se atrofia, quedando una cicatriz, y deja de secretar estrógenos y progesterona, con lo que bajan mucho los niveles de estas hormonas en sangre y, como consecuencia, las capas superficiales del endometrio del útero se desprenden y son expulsadas al exterior por la vagina, es la menstruación.

Ciclo Uterino O Menstrual

Durante el ciclo uterino las capas superficiales del endometrio experimentan cambios estructurales periódicos que pueden dividirse también en 3 fases:

1ª fase) fase menstrual: del día 1 al día 4 del ciclo. Durante esta fase se expulsan al exterior por la vagina, las capas superficiales del endometrio del útero, es lo que se llama menstruación, provocada por la disminución de los niveles plasmáticos de estrógenos y progesterona debido a la atrofia del cuerpo lúteo en el ovario, que entonces deja de secretar estas hormonas. El flujo menstrual está compuesto por unos 50-150 ml de sangre, líquido intersticial, moco y células epiteliales desprendidas del endometrio, y pasa de la cavidad uterina al exterior a través de la vagina.

2ª fase) fase proliferativa: del día 5 al día 14 del ciclo. Coincide con la fase folicular del ciclo ovárico. Se caracteriza porque las células endometriales se multiplican y reparan la destrucción que tuvo lugar en la menstruación anterior. La hormona responsable de esta fase es el estrógeno 17-beta estradiol, secretado por las células del folículo ovárico en desarrollo.

3ª fase) fase secretora: del día 15 al día 28 del ciclo. Coincide con la fase luteínica del ciclo ovárico. Las glándulas del endometrio se hacen más complejas en su estructura y comienzan a secretar un líquido espeso rico en azúcares, aminoácidos y glicoproteínas. En esta fase el endometrio se prepara para la implantación del óvulo fecundado. Las hormonas responsables de esta fase son la progesterona y el estrógeno 17-beta estradiol secretadas por el cuerpo lúteo en el ovario.

2.7.3 Anatomía del Sistema Reproductor Masculino

1) Órganos Internos:

Testículos

Los testículos son dos glándulas ovoides, una a cada lado del pene, de unos 5 cm de largo y 2,5 cm de diámetro y con un peso de 10-15 gramos, que están suspendidas dentro del escroto por el cordón espermático. Producen las células germinales masculinas o espermatozoides y las hormonas sexuales masculinas o andrógenos.

Constituyen las gónadas masculinas y tienen el mismo origen embriológico que los ovarios o gónadas femeninas. En el interior de cada testículo, los espermatozoides se forman en varios cientos de túbulos seminíferos que se unen para formar una red de canales que recibe el nombre de rete testis. Pequeños conductos conectan la rete testis con el epidídimo.

Epidídimos

Los epidídimos son dos estructuras en forma de coma de unos 4 cm de longitud, cada una de las cuales se encuentra adosada a las superficies superior y posterior-lateral de cada testículo. Cada epidídimo tiene un cuerpo que consiste en el conducto del epidídimo que está muy contorneado y en donde los espermatozoides son almacenados para pasar las etapas finales de su maduración, y una cola o cola del epidídimo que se continúa con el conducto deferente que transporta el esperma hacia el conducto eyaculador para su expulsión hacia la uretra durante la excitación sexual por medio de contracciones peristálticas del

músculo liso de su pared. Los espermatozoides pueden permanecer almacenados y viables en el epidídimo durante meses.

2) Órganos externos:

Escroto

El escroto es un saco cutáneo exterior que contiene los testículos y está situado postero- inferiormente en relación al pene e inferiormente en relación a la sínfisis del pubis.

Consta de:

- piel: rugosa, de color oscuro
- fascia superficial o lámina de tejido conjuntivo que contiene una hoja de músculo liso con el nombre de músculo dartos cuyas fibras musculares están unidas a la piel y cuya contracción produce arrugas en la piel del escroto. La fascia superficial forma un tabique incompleto que divide al escroto en una mitad derecha y otra izquierda y cada una de ellas contiene un testículo.

Pene, Erección, Eyaculación y Semen

El pene es el órgano de la copulación en el hombre. Sirve de salida común para la orina y el semen o líquido seminal. Consiste en un cuerpo y una raíz.

- Cuerpo del pene: es la parte pendular libre, cubierta por piel muy fina, de color oscuro y poco adherida. Está compuesto por tres cuerpos cilíndricos de tejido cavernoso eréctil, encerrados en una cápsula fibrosa. Dos de los cuerpos eréctiles que son los cuerpos cavernosos, están situados a ambos lados del pene, en la parte posterior del órgano. El otro cuerpo eréctil que es el cuerpo esponjoso, se encuentra anteriormente en el pene, en el plano medio, contiene la uretra esponjosa y la mantiene abierta durante la eyaculación. El dorso del pene se encuentra en posición anterior cuando el pene está flácido y su superficie anterior mira hacia atrás.
- □ Raíz del pene: es la parte superior, de sujeción del pene y contiene los dos pilares que se insertan a cada lado del arco púbico. Cada pilar del pene está rodeado por el músculo isquiocavernoso. En la punta del pene, el cuerpo esponjoso forma el glande que cubre los extremos libres de los cuerpos cavernosos. Cerca del extremo final del glande se encuentra el

orificio de la uretra esponjosa. La piel y las fascias del pene se prolongan como una doble capa de piel dando lugar al prepucio, que cubre el glande en una extensión variable.

La Eyaculación

Es la liberación brusca de semen desde la uretra al exterior debido a un reflejo simpático coordinado por la región lumbar de la médula espinal. Como parte de ese reflejo, el esfínter de músculo liso situado en la base de la vejiga urinaria se cierra, evitando que la orina sea expulsada durante la eyaculación y que el semen ingrese en la vejiga urinaria.

Antes de que se produzca la eyaculación, las contracciones peristálticas del epidídimo, del conducto deferente, de las vesículas seminales, de los conductos eyaculadores y de la próstata impulsan el semen a la uretra esponjosa lo que produce la emisión de un pequeño volumen de semen antes de la eyaculación.

El semen

Es una mezcla de espermatozoides y líquido seminal, el cual está formado por las secreciones de los túbulos seminíferos, las vesículas seminales, la próstata y las glándulas bulbouretrales. Es decir, es una suspensión de espermatozoides en los líquidos segregados por dichas estructuras. El volumen de semen de una eyaculación normal es de unos 2,5-5 ml y contiene unos 50-150 millones de espermatozoides por cada ml.

Tiene un pH ligeramente alcalino. Las secreciones de la próstata le dan una apariencia lechosa y los líquidos de las vesículas seminales y las glándulas bulbouretrales le dan una consistencia pegajosa. El líquido seminal proporciona a los espermatozoides un medio de transporte, nutrientes y protección frente al medio ácido hostil que representan la uretra masculina y la vagina femenina.

Conductos Deferentes

Los conductos deferentes son 2 tubos musculares de pared gruesa que comienzan en la cola del epidídimo de cada lado y terminan en el conducto eyaculador. Transportan espermatozoides desde el epidídimo al conducto eyaculador de su lado. El conducto deferente de cada lado asciende dentro del cordón espermático o

estructura de sostén del aparato reproductor masculino que asciende desde el escroto, pasa al interior de la pelvis a través del conducto inguinal y contiene el conducto deferente, arterias, venas, linfáticos, nervios y el músculo cremáster.

Una vez en el interior de la pelvis, el conducto deferente cruza el uréter y viaja entre el uréter y el peritoneo, después se une con el conducto de la vesícula seminal de su lado para formar el conducto eyaculador.

Conductos Eyaculadores

Cada uno de los dos conductos eyaculadores es un tubo delgado, mide de 2 a 2,5 cm. De longitud y se forma cerca del cuello de la vejiga por la unión del conducto de la vesícula seminal y el conducto deferente de su lado. Ambos conductos eyaculadores viajan juntos a medida que pasan a través de la próstata y van a desembocar en la uretra prostática en donde expulsan el semen inmediatamente antes de que sea expulsado al exterior desde la uretra.

Próstata

La próstata es la mayor glándula accesoria del sistema reproductor masculino con un tamaño similar al de una pelota de golf. Se sitúa en la pelvis por debajo de la vejiga urinaria y detrás de la sínfisis del pubis y rodea la primera porción de la uretra que, por ello, se llama uretra prostática. Crece lentamente desde el nacimiento hasta la pubertad, luego se expande hasta los 30 años y permanece estable hasta los 45 años. A partir de esa edad, puede agrandarse y ocasionar molestias.

Uretra Masculina

La uretra masculina es un tubo muscular que transporta la orina y el semen hasta el orificio externo de la uretra o meato uretral, localizado en el extremo del glande.

Con propósitos descriptivos, la uretra masculina se divide en 3 partes:

- □ Uretra prostática
- Uretra membranosa
- Uretra esponjosa

2.7.4 Fisiología del Sistema Reproductor Masculino

Espermatogénesis

En la pubertad, las células germinales masculinas situadas en los testículos o gónadas masculinas, se activan y dan lugar al comienzo de la espermatogénesis o formación de los espermatozoides, que son los gametos masculinos, que transmiten la información genética, entre generaciones. La espermatogénesis o formación de los espermatozoides, tiene lugar en los túbulos seminíferos de los testículos en donde se encuentran las células germinales en diversas fases de desarrollo.

Las células germinales son células indiferenciadas llamadas espermatogonias que se multiplican por mitosis y contienen 46 cromosomas. Cada espermatogonia aumenta de tamaño y se convierte en un espermatocito primario que sigue teniendo 46 cromosomas. Al dividirse el espermatocito primario da lugar a dos espermatocitos secundarios cada uno de los cuales tiene ya 23 cromosomas, es decir, la mitad de la dotación genética de una célula normal. De cada espermatocito secundario se originan dos células hijas llamadas espermátides que también contienen 23 cromosomas.

Por último, se produce la transformación de cada una de las espermátides en un espermatozoide. Se necesitan unos dos meses para formar un espermatozoide a partir de un espermatocito primario y este proceso solo ocurre a temperaturas inferiores a la del cuerpo humano. Por esta razón los testículos están alojados en el escroto, fuera de la cavidad abdominal. Cada día, alrededor de 300 millones de espermatozoides completan el proceso de espermatogénesis.

Espermatozoide. Estructura

El espermatozoide humano maduro es una célula alargada (de unas 60 micras de largo) y delgada y consiste en una cabeza y una cola. En la cabeza se encuentra el núcleo, que contiene 23 cromosomas, es decir la mitad de la dotación cromosómica completa de una célula normal, con un citoplasma y una membrana citoplasmática muy delgada a su alrededor. Sobre el exterior de los 2/3 anteriores

de la cabeza se encuentra un capuchón grueso, el acrosoma, que contiene numerosos enzimas que ayudan al espermatozoide a penetrar en el ovocito secundario y así conseguir la fecundación.

La cola es móvil con una gran cantidad de mitocondrias en la parte proximal, y la parte restante es, en realidad, un largo flagelo que contiene microtúbulos con una estructura similar a la de los cilios, que sirven para que el espermatozoide pueda avanzar, lo que realiza por medio de un movimiento flagelar de la cola a una velocidad de 1-4 mm/min. Una vez producida la eyaculación, la mayoría de espermatozoides no sobreviven más de 48 horas dentro del sistema reproductor femenino.

2.8 PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Es el conjunto de prácticas -que pueden ser utilizadas por una mujer, un hombre o una pareja de potenciales progenitores- orientadas básicamente al control de la reproducción que puede derivarse de las relaciones sexuales. Este control o planificación puede tener como objetivo engendrar o no descendientes y, en su caso, decidir sobre el número de hijos, el momento y las circunstancias -sociales, económicas y personales- en las que se desea tenerlos.

También se incluye dentro de la planificación familiar la educación de la sexualidad, la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, el asesoramiento antes de la concepción y durante el embarazo, así como el tratamiento de la infertilidad, mediante técnicas de reproducción asistida como la fecundación in vitro.

Elección del método anticonceptivo

Ningún método anticonceptivo puede considerarse mejor que otro ni es totalmente seguro. Cada método tiene sus indicaciones y deberá buscarse aquel que sea más idóneo para cada circunstancia y permita una mejor salud sexual. La eficacia teórica de cada método aumenta considerablemente si se usa correctamente

Factores que deben considerarse en la elección del método anticonceptivo

- estado de salud general
- frecuencia de las relaciones sexuales
- número de parejas sexuales
- si se desea tener hijos (deben descartarse los métodos irreversibles)
- eficacia de cada método en la prevención del embarazo
- efectos secundarios
- facilidad y comodidad de uso del método elegido

Efectividad con uso adecuado de los métodos anticonceptivos

Un 100% de efectividad expresa que hay cero (0) embarazos por cada 100 mujeres al año, 99 a 99,9% expresa que se producen menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres al año y así sucesivamente:

- **100%** - Vasectomía
- **99 a 99,9%**- Lactancia materna, esterilización femenina, dispositivo intrauterino (DIU), anillo vaginal, píldora anticonceptiva parche anticonceptivo, implante hormonal, inyección hormonal.
- **98%** - Condón masculino.
- **95%** -Condón femenino.
- **94%** - Diafragma.
- **91%** - Esponja anticonceptiva.
- **86%** - Capuchón cervical.

El resto de métodos anticonceptivos suele tener una efectividad inferior a los descritos.

2.8.1 MÉTODOS NATURALES

Los métodos naturales de conocimiento de la fertilidad se basan en la observación de síntomas asociados a los procesos fisiológicos que dan lugar a la ovulación, y en la adaptación del acto sexual a las fases fértiles o infértiles del ciclo menstrual en función de que se desee o no una concepción, sin el uso de fármacos, procedimientos mecánicos ni quirúrgicos.

Otros métodos naturales están basados en la conciencia de la fertilidad, es decir, la mujer observa con atención y registra los signos de fertilidad en su cuerpo para determinar las fases fértiles o infértiles. Los síntomas específicos caen en tres categorías: cambios en temperatura basal, en el moco cervical y la posición cervical.

Son métodos que, para que puedan ser utilizados como métodos no seguros de control de la fertilidad, requieren cierto grado de disciplina en la auto observación o anotación y un correcto aprendizaje con materiales y personal bien preparado. Una crítica a estos métodos es la de que, al contrario que algunos métodos de barrera como el preservativo, no previenen contra el VIH ni en general contra cualquier otra enfermedad de transmisión sexual.

Métodos simples

Temperatura basal

Se sirve del aumento de la progesterona, que afecta a la temperatura corporal interna de la mujer durante la ovulación y determina, una vez diagnosticada, infertilidad e postovulatoria. Para ello la mujer debe observar la temperatura corporal interna a lo largo del ciclo menstrual. El método de la temperatura basal estricto circunscribe el periodo de infertilidad exclusivamente a los días posteriores a la subida de temperatura.

El método de la temperatura basal extendido define, cumplidas ciertas condiciones, 6 días de infertilidad preovulatoria. El método de la temperatura basal es altamente fiable en el periodo postovulatorio, y supone la base de la mayoría de los métodos naturales modernos. Sin embargo tiene limitaciones a la hora de determinar la infertilidad preovulatoria.

Método de la ovulación (método Billings y otros)

Se basa en la observación diaria de los cambios del moco cervical a lo largo del ciclo femenino, cambios que se asocian al aumento en los niveles de estrógenos previos al momento de la ovulación. Normalmente, las fases de infertilidad de la mujer se caracterizan por una ausencia de moco cervical visible y una sensación de sequedad vaginal.

Conforme se acerca el momento de la ovulación el moco cervical se hace a lo largo de varios días y de forma progresiva, cada vez más líquido, elástico y transparente. Próximo al momento de la ovulación se produce el llamado pico de moco caracterizado por un cambio abrupto de las propiedades el moco y su posible desaparición. El moco cervical es un signo de fertilidad y por ello su observación puede ser utilizada para el control de la fertilidad. La confiabilidad es superior al 95% en varios países estudiados.

Aunque, aplicado correctamente, puede ser considerado un método seguro, es inferior al método de la temperatura en fase postovulatoria. Su utilización es especialmente apta para la consecución del embarazo en casos de hipo fertilidad, ya que permite concentrar las relaciones sexuales en torno al momento de mayores probabilidades de embarazo. Como método anticonceptivo es especialmente inseguro en mujeres con ciclos monofásicos (durante la menarquía o antes de la menopausia).

Métodos compuestos

Método sintotérmico

Combina el método de la temperatura basal, para el diagnóstico de la infertilidad posovulatoria, en combinación con otra serie de síntomas (moco cervical y cuello del útero, entre otros) y cálculos de longitud de ciclos para la determinación de la infertilidad preovulatoria. Permite beneficiarse de la práctica infalibilidad de la temperatura basal a la hora de determinar la infertilidad posovulatoria y aumentar considerablemente la eficacia en período preovulatorio.

Su eficacia es equivalente a las modernas preparaciones de anovulatorios orales y solamente inferior a la esterilización quirúrgica. Una ventaja adicional es que es un método válido e igualmente eficaz en todas las circunstancias de la vida reproductiva de la mujer (período posparto, período pos píldora, pre menopausia, etc.).

Métodos de barrera

Los métodos de barrera impiden la entrada de espermatozoides al útero y son productos sanitarios por lo que deben cumplir los requisitos sanitarios establecidos a estos productos en cada país o región.

Preservativo o condón

Los condones masculinos son recubrimientos delgados de caucho, vinilo o productos naturales que se colocan sobre el pene erecto. Los condones masculinos pueden ser tratados con espermicida para ofrecer mayor protección. Estos impiden que los espermatozoides tengan acceso al aparato reproductivo femenino e impiden que los microorganismos (Enfermedades de Transmisión Sexual -ETS-, incluyendo el VIH) pasen de un miembro de la pareja al otro (sólo los condones de látex y vinilo.)

Preservativo femenino:

Los condones femeninos son un recubrimiento delgado de plástico poliuretano con aros de poliuretano en extremos opuestos. Estos se introducen en la vagina antes del coito. Al igual que los condones masculinos, los femeninos impiden que los espermatozoides tengan acceso al aparato reproductivo femenino e impiden que los microorganismos (Enfermedades de Transmisión Sexual -ETS-, incluyendo el VIH o SIDA) pasen de un miembro de la pareja al otro.

Dispositivo intrauterino (DIU)

El Dispositivo intrauterino (DIU) es un producto sanitario que, mediante la colocación en el interior del útero de un dispositivo plástico con elementos metálicos (ej. cobre), se produce una alteración del microclima intrauterino que dificulta en gran medida la fecundación, así como la implantación del óvulo fecundado. Su duración es de 3 a 5 años. El DIU, tiene una eficacia del 98%.

2.8.2 ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

Los métodos hormonales y químicos son medicamentos anticonceptivos que impiden que el proceso de concepción pueda tener lugar. El modo de actuación es distinto según el método.

Anticonceptivo subdérmico

Implante hormonal compuesto por una varilla del tamaño de una cerilla que se coloca bajo la piel del brazo de la mujer, ofreciendo protección anticonceptiva entre 3 y 5 años. Sin embargo, el médico puede retirarlo en cualquier momento y la mujer recuperará la fertilidad en un tiempo mínimo. Eficacia del 99%.

Anillo vaginal

Único de administración vaginal mensual. Es un anillo transparente, suave y flexible que se coloca por la misma usuaria por vía vaginal, liberando diariamente dosis bajas de hormonas. No tiene interferencias con antibióticos, ni a nivel digestivo; su eficacia no se ve alterada por vómitos o diarreas. Eficacia del 99,7%.

Anticonceptivos orales:

- Píldora anticonceptiva, administración diaria por vía oral. Eficacia del 99%.
- Píldora sin estrógenos o píldora con estrógenos, píldora libre de estrógenos, recomendada para mujeres que no pueden o no desean tomarlos; la dosis hormonal es tan ligera que entre otras indicaciones es la única píldora recetada durante la lactancia. Eficacia del 99%.
- Píldora trifásica: método anticonceptivo altamente eficaz de dosis hormonales bajas con un balance hormonal suave y escalonado; imita el ciclo fisiológico de la mujer en forma secuencial progresiva, brindando estricto control del ciclo. Además, reduce la grasa facial, por lo que puede ser indicado para el tratamiento de acné leve a moderado.

Píldoras anticonceptivas de emergencia:

- Levonorgestrel (compuesta solamente por progestinas), conocida también como píldora anticonceptiva de emergencia y comúnmente llamada "píldora del día después" y se utiliza siempre bajo supervisión médica. Las "píldoras del día después" actúan antes de la implantación del embrión y, por lo tanto, son consideradas médica y legalmente anticonceptivas, nunca abortivas. La píldora anticonceptiva de emergencia tiene una eficacia del 75% al 89%.
- Acetato de ulipristal, también conocido como píldora de los cinco días después:

- Mifepristona, en pequeñas dosis (de 25 mg a 50 mg) es considerada como anticonceptivo de emergencia por delante del levonorgestrel.⁵⁰ En dosis de 600 mg. (junto con Misoprostol 400 µg) se considera abortivo y debe administrarse bajo supervisión médica.

Anticonceptivos inyectables combinados:

Método de larga duración que se inyecta en un músculo. Contiene estrógenos y progestina se debe aplicar en el periodo adecuado, en caso contrario es necesario usar métodos de barrera para evitar el embarazo.

- También existe la anticoncepción hormonal que suprime la regla.
- Actualmente la anticoncepción hormonal masculina se encuentra en desarrollo.

2.8.3 MÉTODOS DEFINITIVOS

Ligadura (SBT)

Ligadura de trompas, o salpingoclasia. Consiste en ligar las trompas de Falopio con grapas a fin de impedir que el óvulo se implante en el útero o que los espermatozoides se encuentren con él.

Vasectomía

Es una operación quirúrgica para seccionar los conductos deferentes que transportan a los espermatozoides de los testículos al exterior cuando se eyacula. Una vez realizada, los espermatozoides que a diario se producen son reabsorbidos por el organismo. Puesto que el líquido seminal es elaborado en la próstata, la vasectomía no impide la eyaculación. Es un proceso reversible aunque con dificultades.

2.9 RIESGO REPRODUCTIVO

Es la identificación, registro y análisis de los factores que pueden predisponer o condicionar un evento lamentable, que aumente la morbi-mortalidad materna y perinatal. Según la Comisión Nacional de Médicos define al riesgo reproductivo como:

- La probabilidad de enfermedad o muerte que tiene la mujer y/o su futuro hijo en caso de embarazo en las condiciones no ideales.
- Las relaciones sexuales y la procreación a una edad temprana entrañan riesgos considerables para los jóvenes en todo el mundo.
- El riesgo de morir durante el parto en las madres adolescentes es dos veces mayor que en las mujeres que ya cumplieron 20 años y, así mismo, sus hijos son más vulnerables a los riesgos de salud. Cada año, casi la mitad de los casos nuevos de infección por el VIH (SIDA) y por lo menos la tercera parte de los nuevos casos de infecciones de transmisión sexual ocurren en las personas menores de 25 años de edad.

Según datos del Ministerio de Salud Pública los factores fisiológicos y socioeconómicos aumentan los riesgos de salud reproductiva en las jóvenes. Las infecciones por el VIH afectan en forma desproporcionada a este grupo de edad, ya que las adolescentes y las jóvenes tienen relaciones sexuales con hombres mayores.

2.9.1 FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO

Biológicos

Aborto, muerte perinatal, cesárea, parto prematuro, defectos fetales al nacimiento, bajo peso al nacer.

Ambientales

Agua potable, acceso a electricidad, áreas contaminadas.

Socioculturales

Soltera, adolescente, bajo nivel educativo, bajo nivel socioeconómico, sin control prenatal.

Económicos

Ingreso, capacidad de gasto, otros gastos prioritarios, acceso a fuentes de trabajo.

Estilo de vida

Promiscuidad, desintegración familiar, tabaquismo, drogadicción, alcoholismo.

Servicios de salud.

Calidad del servicio prestado, capacidad resolutoria según los niveles de salud.

2.9.2 LAS CONSECUENCIAS DE LAS CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO EN LOS ADOLESCENTES

Embarazos no planificados: Aproximadamente el 90% de los embarazos en menores de 20 años no están planificados. En nuestro país en 1998 la tasa de embarazos en menores de 20 años fue del 13,37 por mil. Las diferencias entre Comunidades Autónomas son importantes, así mientras que en Navarra la tasa de embarazos por mil mujeres de 15-19 años era de 3,97.

El embarazo en la adolescencia supone en la mayoría de los casos un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de los adolescentes especialmente en las chicas.

Interrupción voluntaria de embarazo (IVE): es uno de los aspectos más controvertidos del problema. La tasa de IVE entre las embarazadas adolescentes en Ecuador pasa del 20,44% en 1990 al 38,85% en 1997 con variaciones según la Comunidad autónoma considerada, y se puede decir que en conjunto hay una tendencia a incrementar es cifras. La mayoría de los casos se han realizado bajo el supuesto de grave riesgo para la salud psíquica de la madre.

De un estudio realizado en el año 2000, se sabe que de los casos de IVE en menores de 21 años, el embarazo se produjo en el 45,41% por no-utilización de métodos anticonceptivos, el 5,34% por mal uso de la anticoncepción hormonal, el 13,37% por uso incorrecto del preservativo, y el 35,55% por rotura del preservativo; y que el 19,95% en las que se realizó una interrupción voluntaria del embarazo habían tenido al menos un aborto anteriormente. También llama la atención en este estudio el aumento de IVE en adolescentes inmigrantes.

2.9.3 ENFERMEDADES DE TRANSMICION SEXUAL (ETS)

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son enfermedades que pueden transmitirse debido al contacto corporal durante el sexo. Son producidas por virus, bacterias y parásitos. También se las conoce como infecciones de transmisión sexual (ITS) o por su nombre antiguo: enfermedades venéreas (EV). Hay al

menos 25 diferentes enfermedades de transmisión sexual, todas tienen en común que se propagan con el contacto sexual, lo cual incluye el sexo vaginal, anal y oral.

Existen dificultades para conocer con exactitud la incidencia y prevalencia de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) en adolescentes. Se sabe que los adolescentes sexualmente activos son un grupo de riesgo para las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el SIDA, y que si bien en los últimos años están descendiendo la incidencia de sífilis y gonorrea, están aumentando las enfermedades de transmisión sexual (ETS) de origen viral como el virus del papiloma humano (HPV).

En la actualidad la incidencia de esta infección se sitúa entre el 11% y el 30%; ocupando el 2º lugar de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), afectando más a varones. Según estudio en varones heterosexuales la infección por HPV se diagnosticó en un 28,5%, y en tercer lugar la infección por Candidas. En las mujeres la Uretritis No Gonocócica (UNG) ocupan el primer lugar 32,4%, seguidas de la infección por Candidas 20,5%, y en tercer lugar las infecciones por HPV 14%.

Con respecto al SIDA sabemos que el 20% de los casos diagnosticados se habrán infectados en la adolescencia y que la mitad de los nuevos casos de infección por VIH en el mundo se producen en jóvenes de 15 a 24 años. Esta infección se manifestará entre los 20 y los 39 años.

Clasificación de las enfermedades de transmisión sexual (ETS)

Clásicas

- Sífilis
- Gonorrea
- Chancroide
- Linfogramuloma venéreo
- Granuloma inguinal

Actuales

- Chlamydias
- Mycoplasma
- Virus: Herpes simple 1 y 2
- Papiloma
- Hepatitis B
- VIH
- Protozoos: Tricomonas
- Parásitos: Phthirus pubis
- Escabiosis
- Hongos: cándida

CAPITULO III

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de Investigación

Nuestra investigación es de tipo descriptivo transversal propositivo ya que observamos, recolectamos información sin manipular intencionalmente las variables del material en estudio, y planteamos soluciones. Participamos en la investigación midiendo las variables tales como: el Conocimiento, Riesgo Reproductivo, Adolescentes, Comunicación de la comunidad en estudio, en este caso son los estudiantes de los quintos y sextos cursos del Colegio Técnico “Federico Páez” de la ciudad de Otavalo. Nuestro estudio es un proyecto factible ya que tiene dos características: descriptivo y propositivo.

3.2 Diseño de la Investigación

Nuestra investigación utiliza el método no experimental cualitativo por que se recogerá datos e información y obtener resultados, de esta manera podremos formular y establecer posibles soluciones a los problemas encontrados en la investigación. La información fue recolectada mediante la utilización de cuestionarios aplicados a los estudiantes de los Quintos y Sextos cursos del Colegio Técnico “Federico Páez” de la ciudad de Otavalo.

3.3 Población en estudio

La población elegida para nuestra investigación son los estudiantes del Colegio Técnico “Federico Páez”, que es una institución de tipo fiscal; está ubicada en la provincia de Imbabura Cantón Otavalo. Parroquia el Jordán. Nuestra

investigación requiere de un muestreo aleatorio simple, ya que el tamaño de la población es numeroso, por tanto la muestra es:

n = Tamaño de muestra

N = Universo

E = margen de error

$$n = \frac{N}{(E)^2 (N-1) + 1}$$

$$n = \frac{200}{(0.05)^2 (200-1) + 1}$$

$$n = \frac{200}{0.0025 (199) + 1}$$

$$n = \frac{200}{0.4975 + 1}$$

$$n = \frac{200}{1.4975}$$

n = 133 encuestas

3.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Los instrumentos utilizados fueron la encuesta que al ser aplicada a la población en estudio nos ayudó a recolectar la información requerida, ya que es la manera más viable y confiable para poder identificar el nivel de conocimientos sobre uso de anticonceptivos y su relación con el riesgo reproductivo, que poseen los adolescentes, debido a que si utilizamos otra técnica como la entrevista no lograremos obtener una información verdadera, por la falta de confianza.

3.5 Análisis e Interpretación de datos

En primer lugar se presenta un análisis descriptivo de los criterios que forman cada una de las unidades de análisis que incluyen porcentajes aportados por estudiantes. Nuestra información fue procesada a través del software Excel y el paquete electrónico EPI-INFO 6.0, y para el análisis utilizamos porcentajes, así como para la interpretación utilizamos pastelillos y barras.

3.6 Validez y Confiabilidad

El estudio realizado es válido y confiable ya que la encuesta aplicada a la población, fue previamente empleada a estudiantes con similares características a los del grupo en estudio; es decir aplicamos una encuesta piloto, la cual nos dio la pauta de cómo abordar a la población que estudiamos.

3.7 Aspectos Éticos

Dentro del estudio realizado los aspectos éticos juegan un papel muy importante, ya que muchos de los estudiantes manejan diferentes tipos de ética, ya sea dependiendo de su religión y raza que es lo más relevante en esta población.

La religión en la mayoría de la población es cristiano católico, la cual no implica un obstáculo al momento de la decisión del uso de métodos anticonceptivos, sin embargo, existen también un gran porcentaje de diferentes religiones que consideran el uso de los métodos anticonceptivos como un riesgo a la prolongación de su vida y generaciones.

En cuanto a lo aprendido en casa, depende del lugar demográfico donde vivan los estudiantes, los que habitan en las zonas urbanas tendrán mayor apertura a los conocimientos y prejuicios morales al momento del uso de métodos anticonceptivos, lo que no sucede con los del campo que son mucho más conservadores, al momento de hablar y empezar una vida sexualmente activa.

ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE DATOS

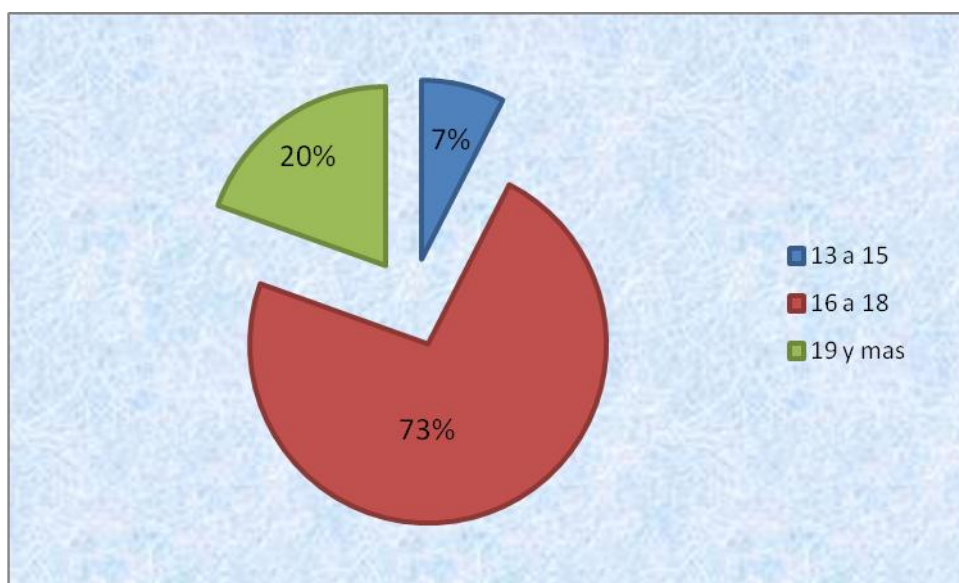
Tabla 1.-Distribución de los resultados. Según grupos de edad.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
13 a 15	10	7,50%
16 a 18	97	72,90%
19 y mas	26	19,50%
Total	133	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaborado por Autores

Gráfico 1.- Distribución de los resultados. Según grupos de edad



En las encuestadas realizadas a los estudiantes de los quintos y sextos cursos del colegio “Federico Páez” como se observa en el gráfico # 1 existe un alto porcentaje de estudiantes entre 16 a 18 años de edad con un 73%, seguido de un 20% de 19 a más años, y un bajo porcentaje entre los estudiantes de 13 a 15 años.

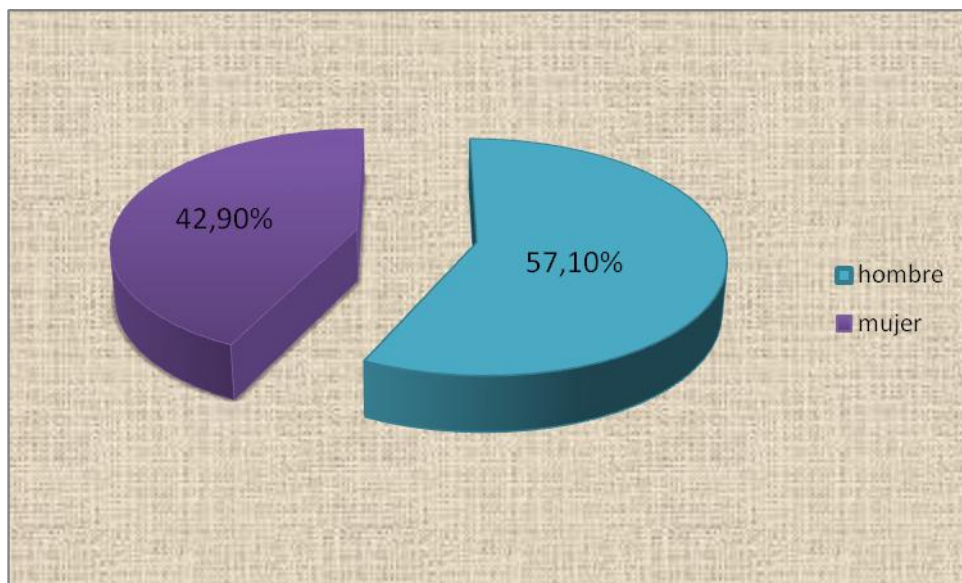
Tabla 2.-Distribución de los resultados. Según grupos de género

Genero	Frecuencia	Porcentaje
hombre	76	57,10%
mujer	57	42,90%
Total	133	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaborado por Autores

Gráfico 2.- Distribución de los resultados. Según grupos de género



En el gráfico # 2 observamos que la mayoría de estudiantes pertenecen al género masculino con el 57,10%, y el 42,90% al género femenino.

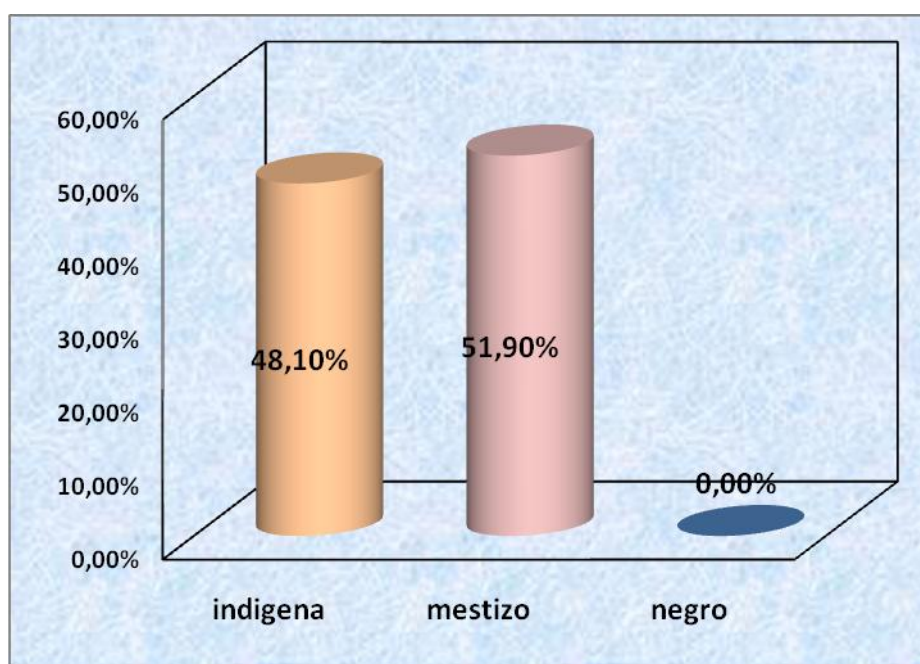
Tabla 3.-Distribución de los resultados. Según grupos étnicos

Etnia	Frecuencia	Porcentaje
indígena	64	48,10%
mestizo	69	51,90%
negro	0	0,00%
Total	133	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaborado por Autores

Gráfico 3.- Distribución de los resultados. Según grupos étnicos



En el gráfico # 3 observamos que la mayoría de pacientes pertenecen a etnia mestiza con el 51,90%, el 48,10% a la etnia indígena y el 0% a la etnia afroamericana.

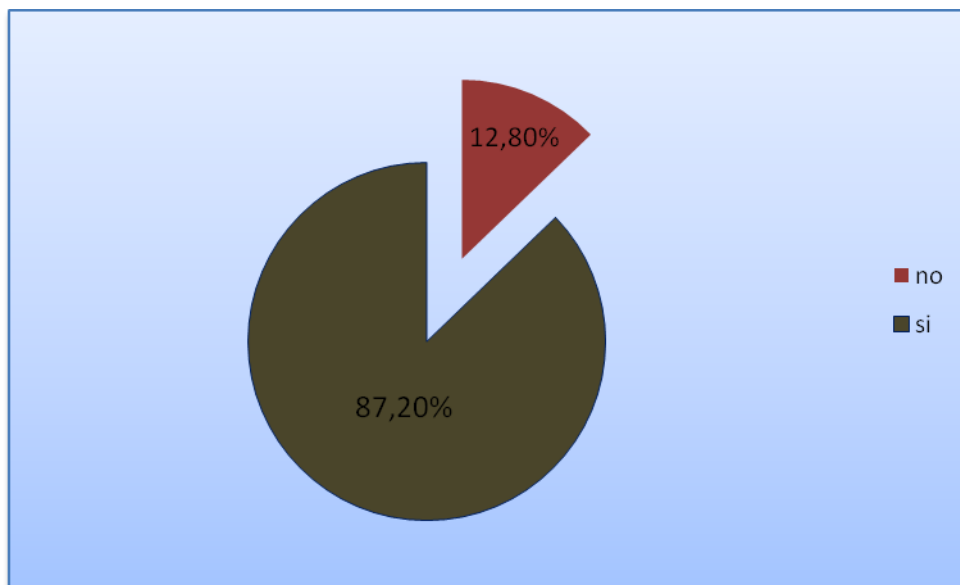
Tabla 4.- Distribución de los resultados. Según conocimientos de métodos anticonceptivos

Conocimiento métodos anticonceptivos	Frecuencia	Porcentaje
No	17	12,80%
Si	116	87,20%
Total	133	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaborado por Autores

Gráfico 4.- Distribución de los resultados. Según conocimientos de métodos anticonceptivos



Según los resultados como se puede ver en la gráfico # 4 que el 87,20% de los estudiantes conocen o han escuchado hablar sobre métodos anticonceptivos que prevengan efectivamente el embarazo, lo cual ayuda a disminuir la tasa de embarazos no deseados; y en un 12,80% desconocen el tema.

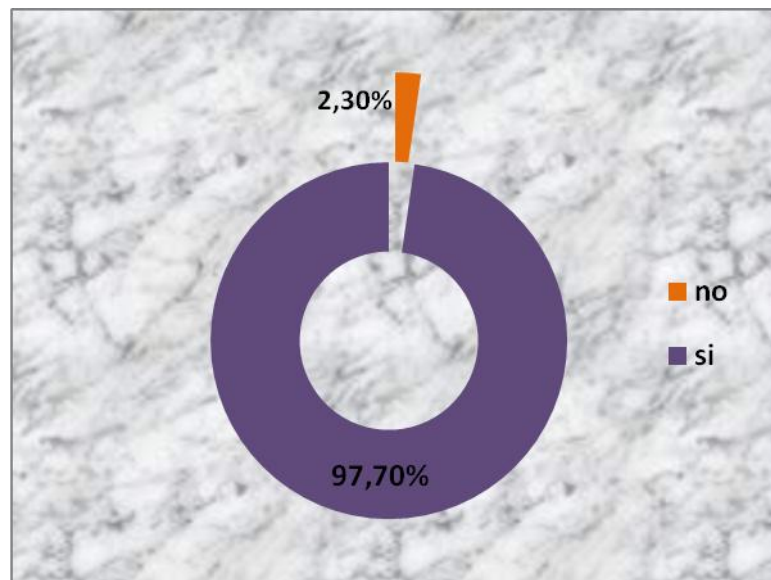
Tabla 5.-Distribución de los resultados. Según conocimiento de planificación familiar

Conocer planificación familiar	Frecuencia	Porcentaje
no	3	2,30%
si	128	97,70%
Total	131	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaborado por Autores

Gráfico 5.- Distribución de los resultados. Según conocimiento de planificación familiar



En el gráfico # 5 observamos que la mayor parte de los estudiantes en un 97,70% conocen algún método de planificación familiar, esto nos indica que los adolescentes no solo conocen si no también pueden tener uso sobre ello en algún momento y tan solo un 2,30% tienen desconocimiento sobre el tema.

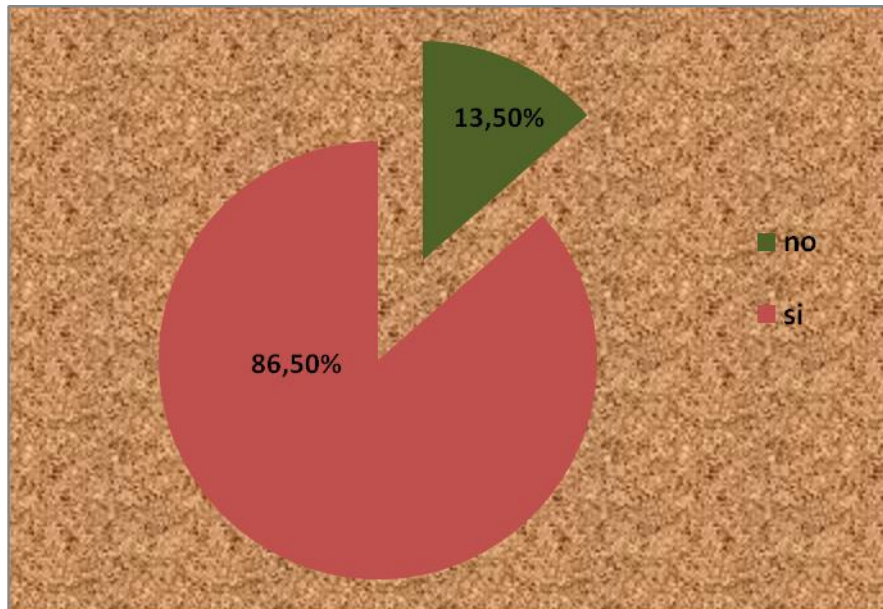
Tabla 6.-Distribución de los resultados. Según acceso al uso de métodos de planificación familiar

Acceso al uso	Frecuencia	Porcentaje
No	18	13,50%
Si	115	86,50%
Total	133	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaborado por Autores

Gráfico 6.- Distribución de los resultados. Según acceso al uso de métodos de planificación familiar



Al tener mayor acceso al uso de anticonceptivos se disminuye notablemente problemas como son los embarazos a temprana edad o peor aun una enfermedad de transmisión sexual por lo que los estudiantes consideran importante tener acceso durante la adolescencia a los anticonceptivos como podemos ver el gráfico # 6 que un 86,50% están de acuerdo, y el 13,50% no están de acuerdo aumentando el riesgo reproductivo.

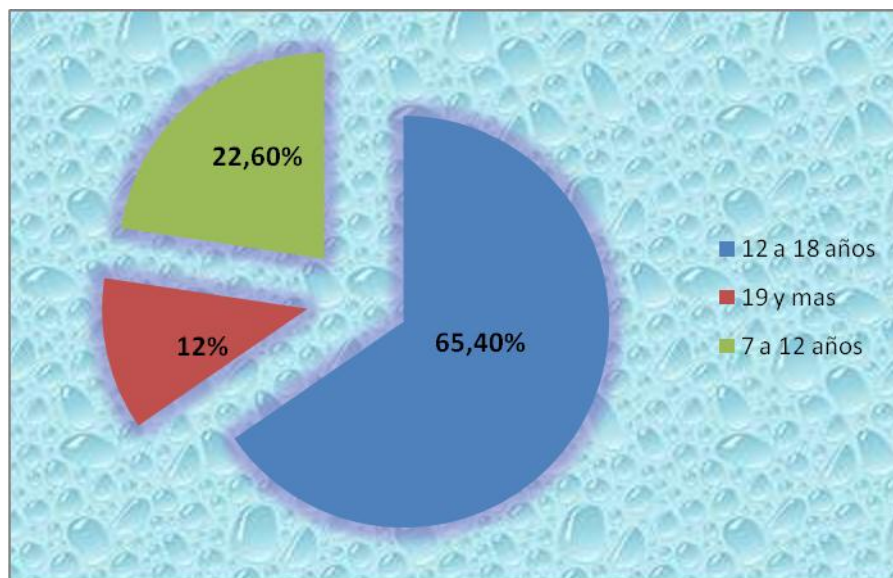
Tabla 7.-Distribución de los resultados. Según edad de aprender sobre métodos de planificación familiar.

Edad de aprender	Frecuencia	Porcentaje
12 a 18 años	87	65,40%
19 y mas	16	12,00%
7 a 12 años	30	22,60%
Total	133	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaborado por Autores

Gráfico 7.- Distribución de los resultados. Según edad de aprender sobre métodos de planificación familiar.



En el gráfico # 7 nos muestra claramente que un alto porcentaje de los encuestados que corresponde al 65,40% cree que la edad más oportuna para aprender sobre planificación familiar es entre los 12 a 18 años, porque consideran que esta es una etapa en la cual ya son personas con criterios formados, lo que no sucede con el 22,60% que creen que la edad indicada es entre 7 a 12 años, y un mínimo porcentaje que corresponde al 12% considera que debe aprender a una edad de 19 y má

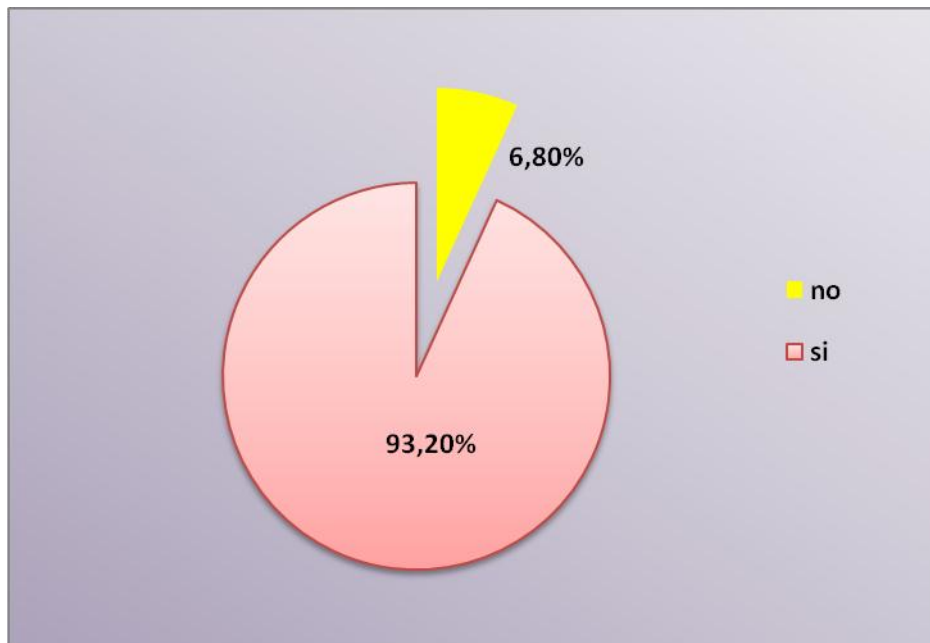
Tabla 8.-Distribución de los resultados. Según el acuerdo entre la pareja

Acuerdo entre la pareja	Frecuencia	Porcentaje
no	9	6,80%
si	124	93,20%
Total	133	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaborado por Autores

Gráfico 8.- Distribución de los resultados. Según el acuerdo entre la pareja



El 93,20% de los estudiantes encuestados concideran que el acuerdo entre la pareja es importante al momento de decidir en numero de hijos y el metodo de planificacion familiar mas aduecuado, el 6,80% de los estudiantes creen que no es importante el acuerdo entre pareja , esto se observa en el grafico #8.

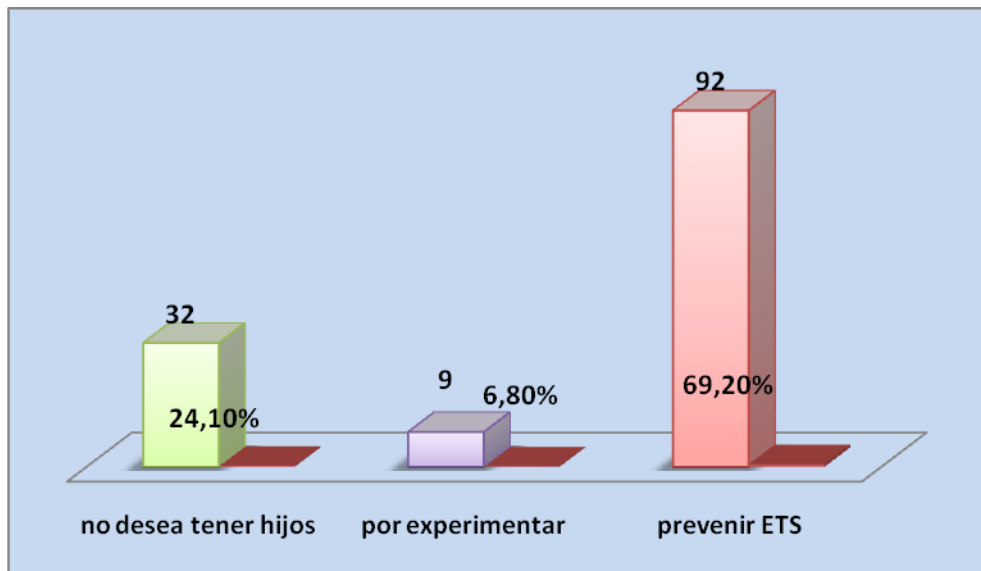
Tabla 9.-Distribución de los resultados. Según razón principal de usar métodos de planificación familiar.

Razón principal del uso	Frecuencia	Porcentaje
no desea tener hijos	32	24,10%
por experimentar	9	6,80%
prevenir enfermedades	92	69,20%
Total	133	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaborado por Autores

Gráfico 9.- Distribución de los resultados. Según razón principal de usar métodos de planificación familiar.



En el gráfico # 9 distinguimos claramente que el 69,20% que representa a 92 estudiantes refieren que la razón principal de usar un método de planificación es por prevenir enfermedades de transmisión sexual, seguido de un 24,10% representando a 32 estudiantes, porque no desean tener hijos, mientras que 9 de los estudiantes con el 6,80% creen que la razón es por experimentar, estas personas son las que en el futuro posiblemente serán las que las que tengan problemas de riesgo reproductivo.

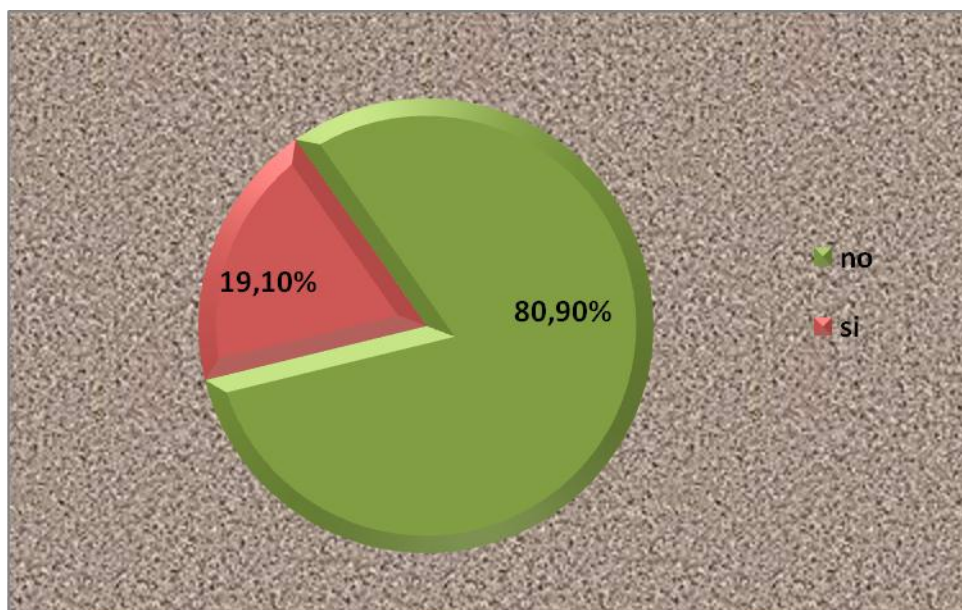
Tabla 10.-Distribución de los resultados. Según el uso de métodos de planificación familiar.

Uso de métodos de planificación familiar	Frecuencia	Porcentaje
No	106	80,90%
Si	27	19,10%
Total	133	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaborado por Autores

Gráfico 10.- Distribución de los resultados. Según el uso de métodos de planificación familiar.



Del total de los encuestados el 80,90% que fueron 106, dicen no haber usado algún método de planificación familiar, y un porcentaje considerable del 19,10% afirman su uso. Como se observa en el gráfico # 10.

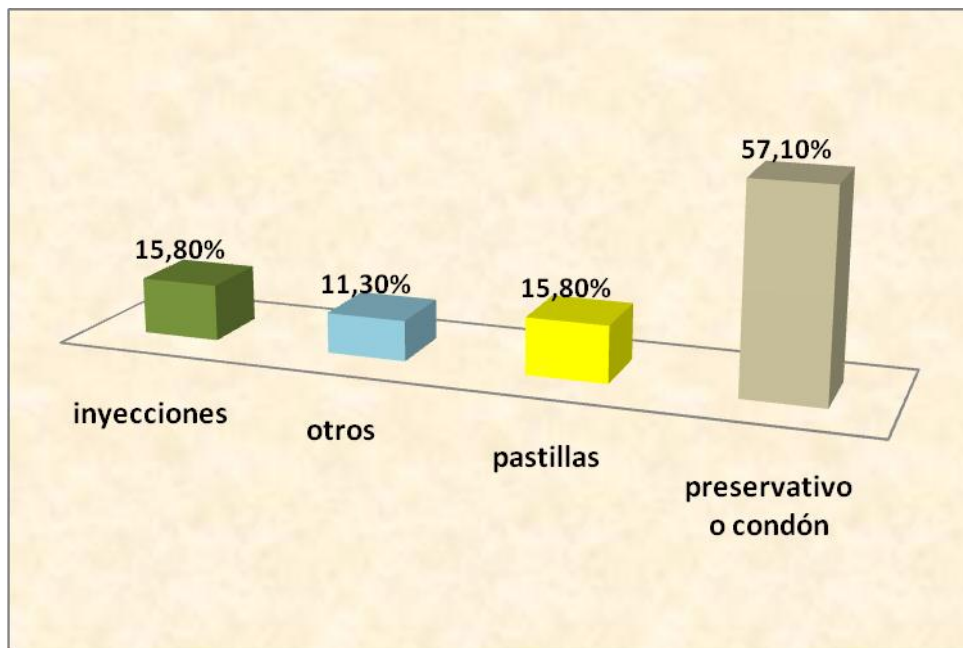
Tabla 11-Distribución de los resultados. Según el método más efectivo

Método más efectivo	Frecuencia	Porcentaje
Inyecciones	21	15,80%
Otros	15	11,30%
Pastillas	21	15,80%
preservativo o condón	76	57,10%
Total	133	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaborado por Autores

Gráfico 11- Distribución de los resultados. Según el método más efectivo



Como se puede observar en la gráfico # 11 el 57,10% del total de estudiantes cree que el preservativo o condón es método más efectivo, seguido del 15,80% opinan que tanto las pastillas como las inyecciones son efectivas, mientras que el 11,30% eligieron otros.

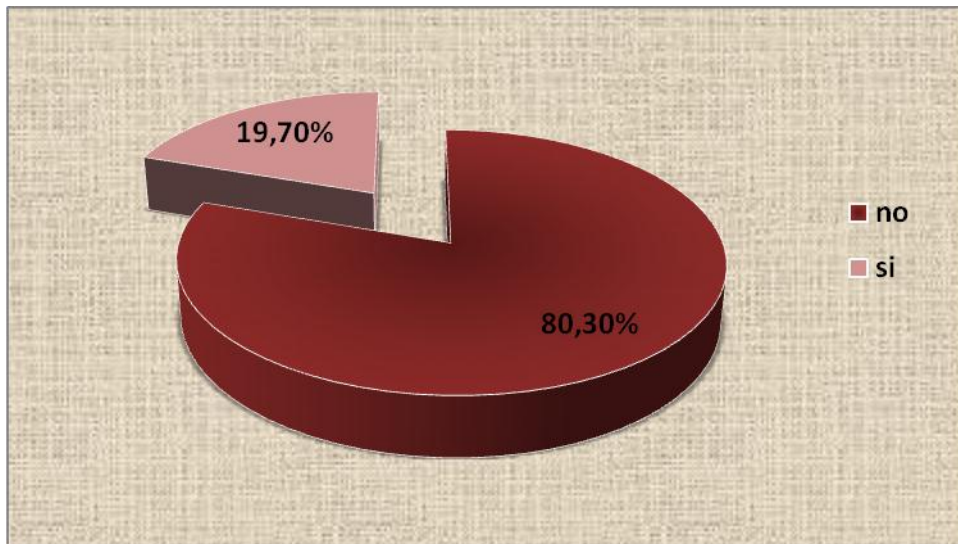
Tabla 12.-Distribución de los resultados. Según problemas con el uso

Problemas con el uso	Frecuencia	Porcentaje
no	106	80,30%
si	27	19,70%
Total	133	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaborado por Autores

Gráfico 12.- Distribución de los resultados. Según problemas con el uso



Como se evidencia en el gráfico # 12 del 100% de los estudiantes con el 80,30% afirman no haber tenido problemas en el uso de anticonceptivos, mientras que el 19,70% tuvieron algún problema al usar algún método.

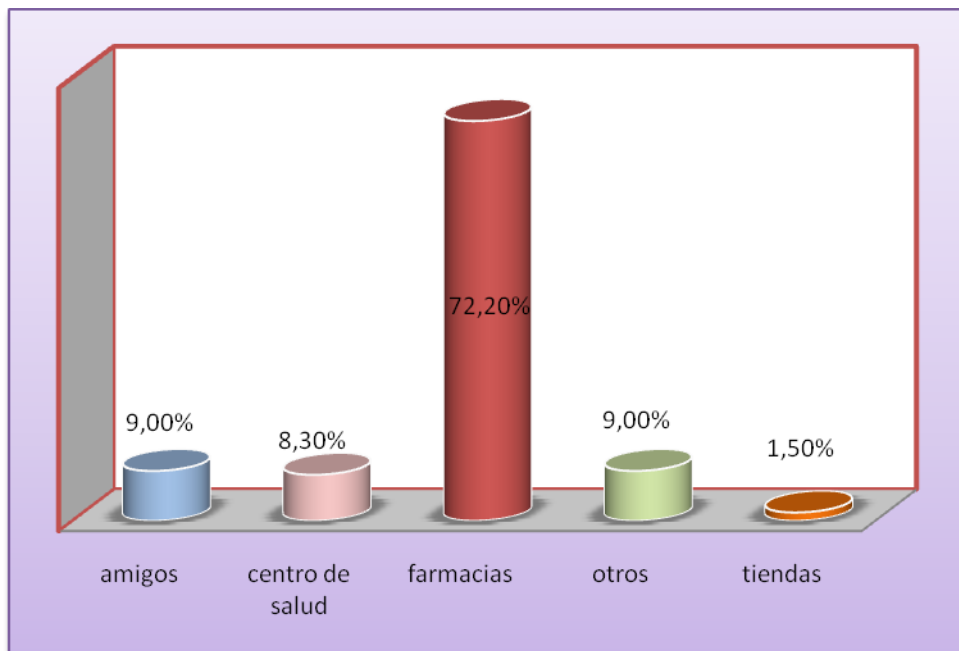
Tabla 13.- Distribución de los resultados. Según donde consiguen anticonceptivos.

Donde consigue anticonceptivos	Frecuencia	Porcentaje
Amigos	12	9,00%
centro de salud	11	8,30%
Farmacias	96	72,20%
Otros	12	9,00%
Tiendas	2	1,50%
Total	133	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaborado por Autores

Gráfico 13.- Distribución de los resultados. Según donde consiguen anticonceptivos.



Se puede constatar según el gráfico # 13 que el 72,20% de los alumnos de los quintos y sextos cursos dicen haber conseguido anticonceptivos en farmacias, un 9,00% entre amigos y otros medios, seguido de un 8,30% en centros de salud, y solo el 1,50% en tiendas.

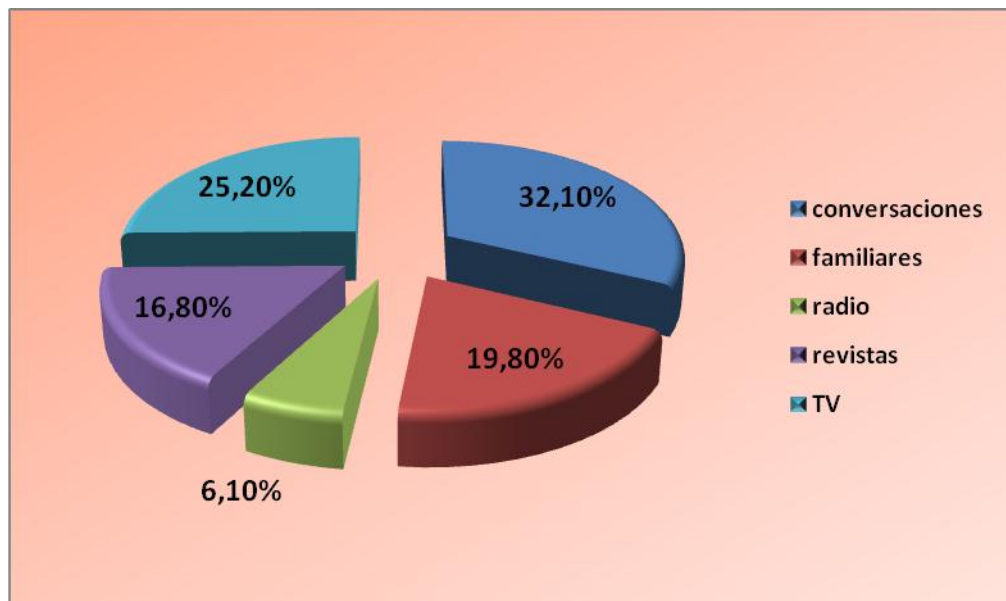
Tabla 14.- Distribución de los resultados. Según medios de información

Medios de información	Frecuencia	Porcentaje
conversaciones	42	32,10%
familiares	26	19,80%
radio	10	6,10%
revistas	22	16,80%
TV	33	25,20%
Total	133	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaborado por Autores

Gráfico 14.- Distribución de los resultados. Según medios de información



Según resultados del gráfico # 14 observamos que existe una difusión equitativa entre los medios de información, representando así el 6,10% del total de estudiantes se informan mediante radio, un 16,80% por revistas, el 19,80% a través de familiares, seguido por un 25,20% en conversaciones, y el más alto porcentaje con el 32,10% mediante la TV.

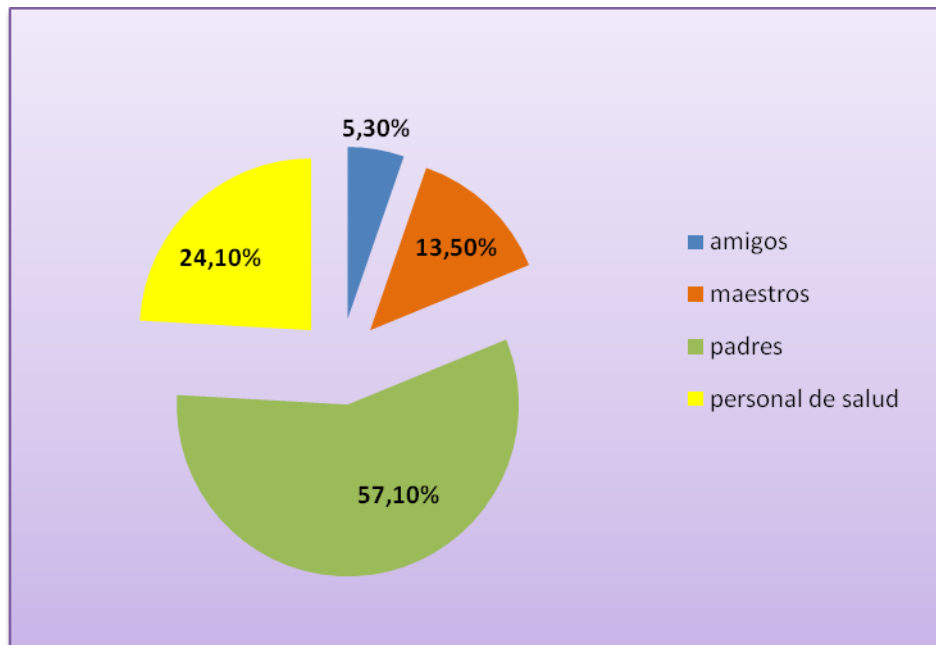
Tabla 15.- Distribución de los resultados. Según quien debe informar

Quién debe informar	Frecuencia	Porcentaje
Amigos	7	5,30%
Maestros	18	13,50%
Padres	76	57,10%
personal de salud	32	24,10%
Total	133	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaborado por Autores

Gráfico 15.- Distribución de los resultados. Según quien debe informar



Al observar el gráfico # 15 indica que el 57,10% de los encuestados creen que quienes deben informar sobre métodos de PF son los padres, el 24,10% el personal de salud, el 13,50% los maestros, y solo un mínimo porcentaje del 5,30% los amigos.

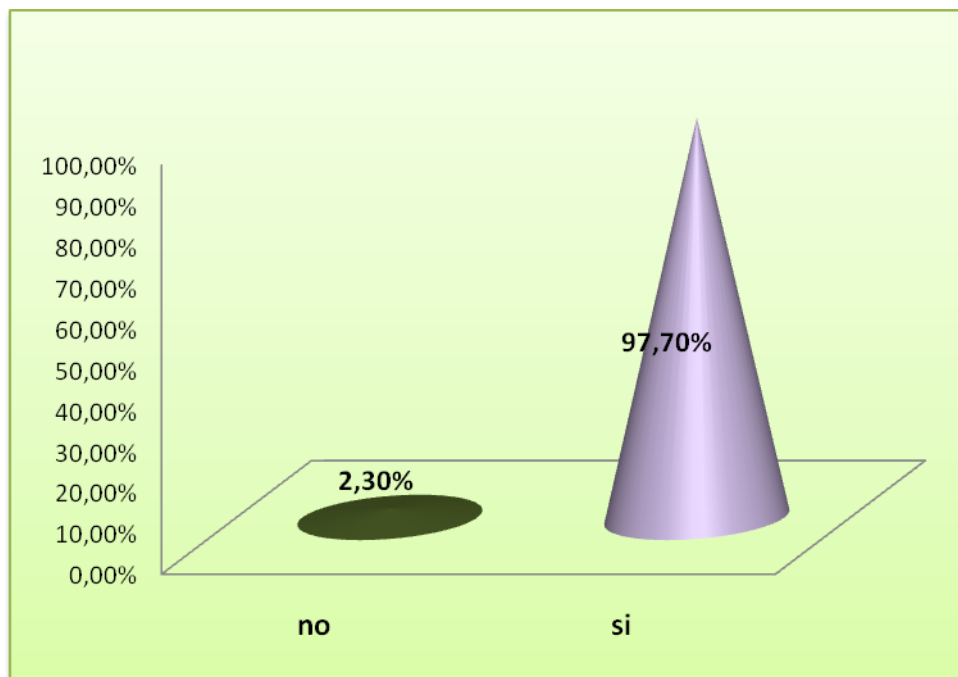
Tabla 16.- Distribución de los resultados. Según quien desea más información

Más información	Frecuencia	Porcentaje
No	3	2,30%
Si	130	97,70%
Total	133	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaborado por Autores

Gráfico 16.- Distribución de los resultados. Según quien desea más información



Según los resultados como podemos ver en la gráfico # 16 el 97,70% de los estudiantes encuestados desean más información sobre los métodos de planificación familiar, mientras que el 2,30% no desean obtener mayor información sobre el tema.

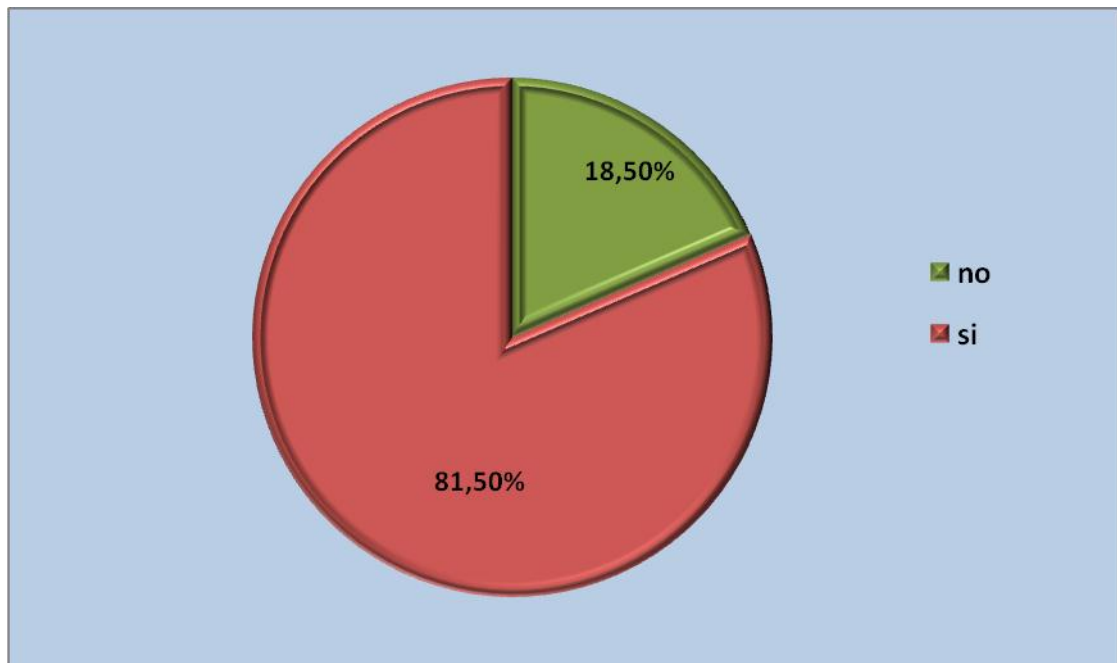
Tabla 17.- Distribución de los resultados. Según problemas de salud en una adolescente embarazada

Problemas de salud en una adolescente embarazada	Frecuencia	Porcentaje
No	27	18,50%
Si	106	81,50%
Total	133	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaborado por Autores

Gráfico 17.- Distribución de los resultados. Según problemas de salud en una adolescente embarazada



Al analizar el gráfico # 17 observamos que un alto porcentaje de los adolescentes con el 81,50% opinan que una adolescente embarazada si podría tener problemas de salud durante su gestación, y el 18,50% considera que no.

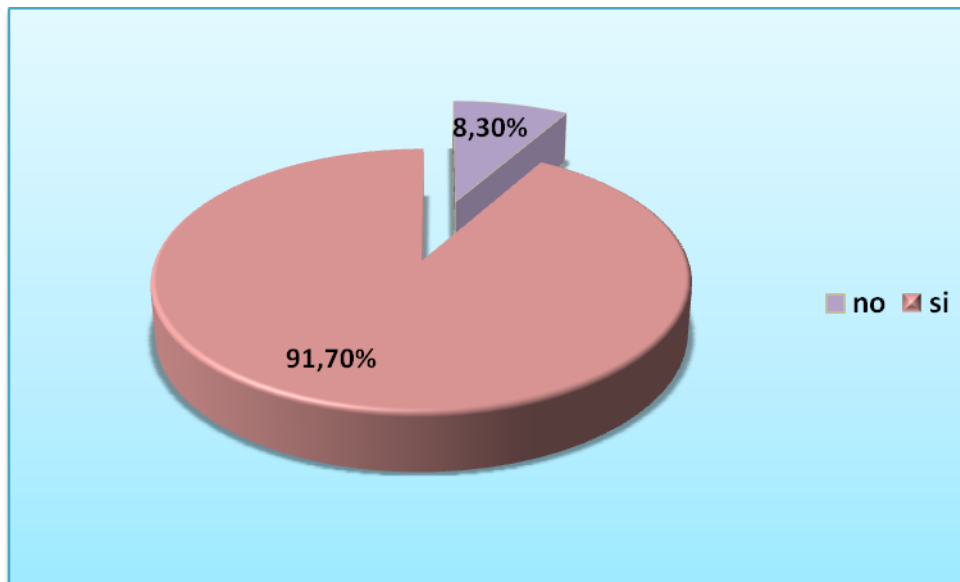
Tabla 18.- Distribución de los resultados. Según conocimiento de ETS

Conoce ETS	Frecuencia	Porcentaje
No	11	8,30%
Si	122	91,70%
Total	133	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaborado por Autores

Gráfico 18.- Distribución de los resultados. Según conocimiento de ETS



Como se evidencia en el gráfico # 18 del 100% de los adolescentes encuestados aseguran conocer algún tipo de Enfermedad de Trasmisión sexual, y el 8,30% desconoce el tema.

Tabla 19.- Distribución de los resultados. Según conocimiento de

VIH -SIDA

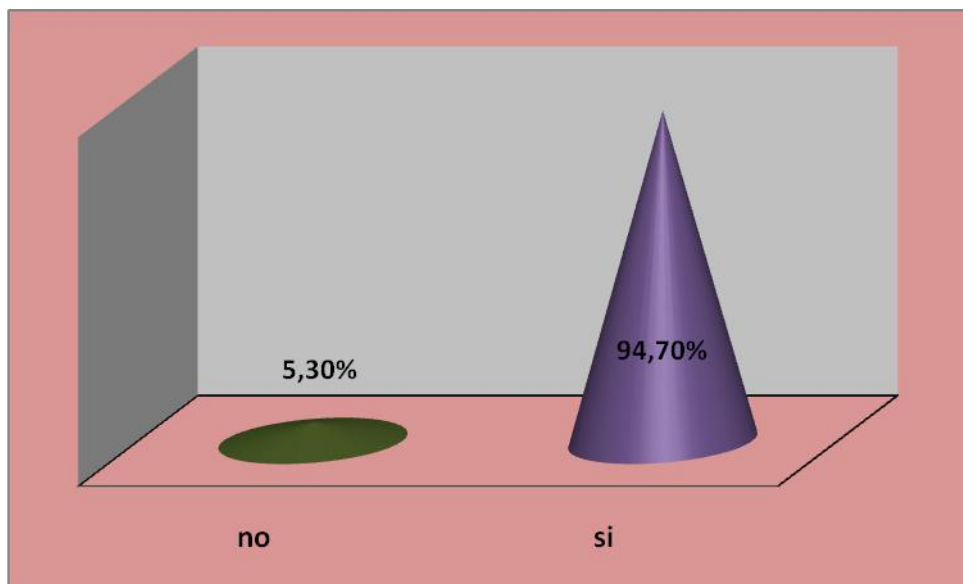
Conoce VIH –SIDA	Frecuencia	Porcentaje
No	8	5,30%
Si	125	94,70%
Total	133	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaborado por Autores

Gráfico 19.- Distribución de los resultados. Según conocimiento de

VIH – SIDA



Se puede constatar según el gráfico # 19 que un 94,70% del 100% de los estudiantes poseen conocimiento sobre el VIH- SIDA, mientras que el 5,30% desconoce de la enfermedad.

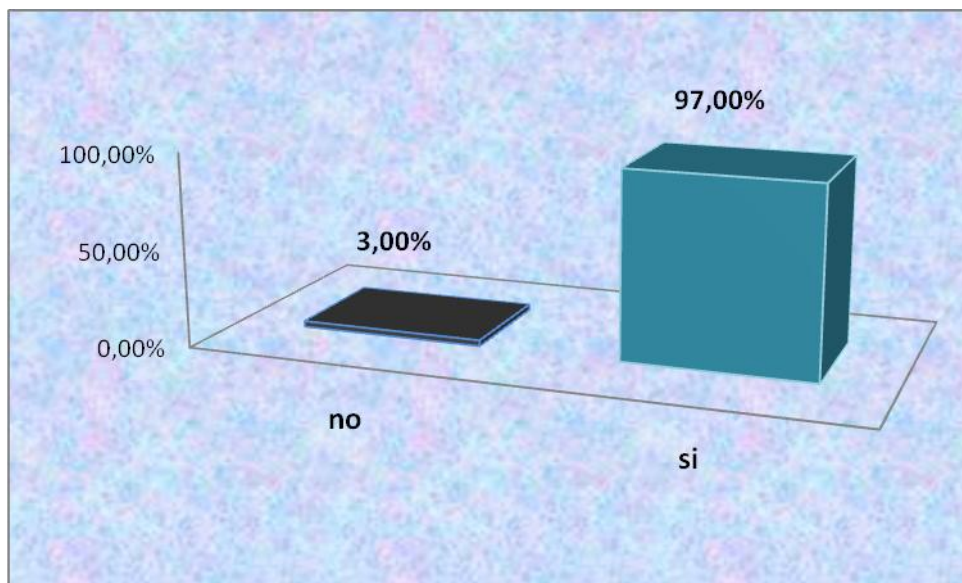
Tabla 20.- Distribución de los resultados. Según conocimiento de la forma de contagio del VIH -SIDA

Conoce la forma de contagio del VIH-SIDA	Frecuencia	Porcentaje
No	5	3,00%
Si	128	97,00%
Total	133	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaborado por Autores

Gráfico 20.- Distribución de los resultados. Según conocimiento de la forma de contagio VIH – SIDA



Según los resultados el gráfico # 20 nos muestra que un alto porcentaje que corresponde al 97,00% afirma conocer sobre la forma de contagio del VIH – SIDA, y en un menor porcentaje desconoce la forma, representado por el 3,00%.

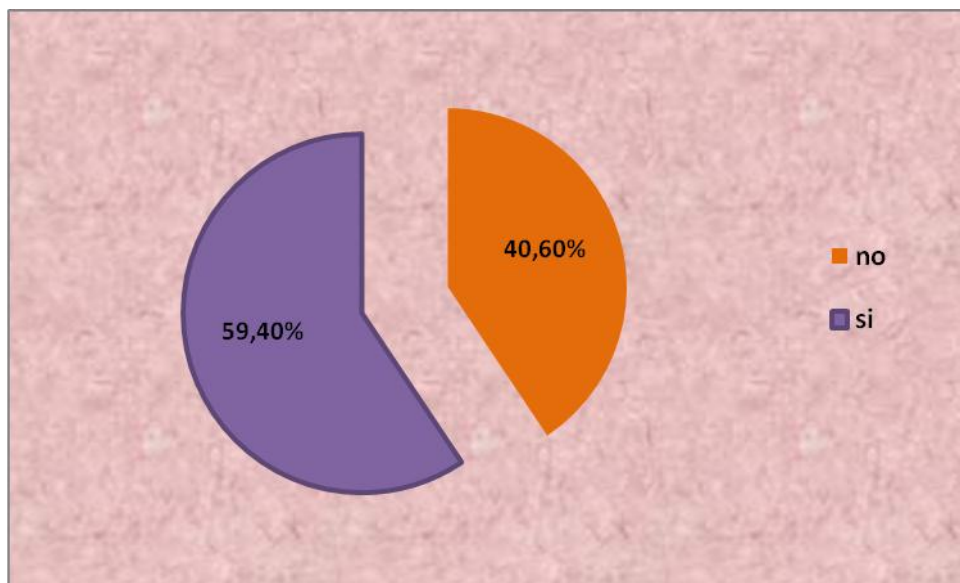
Tabla 21.- Distribución de los resultados. Según conocimiento de Hepatitis B

Conoce la enfermedad Hepatitis B	Frecuencia	Porcentaje
No	54	40,60%
Si	79	59,40%
Total	133	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaborado por Autores

Gráfico 21.- Distribución de los resultados. Según conocimiento de la Hepatitis B



El gráfico # 21 nos indica un porcentaje similar entre las dos respuestas, representando el 59,40% de los encuestados quienes afirman conocer sobre la enfermedad llamada Hepatitis B, y el 40,60% desconocen.

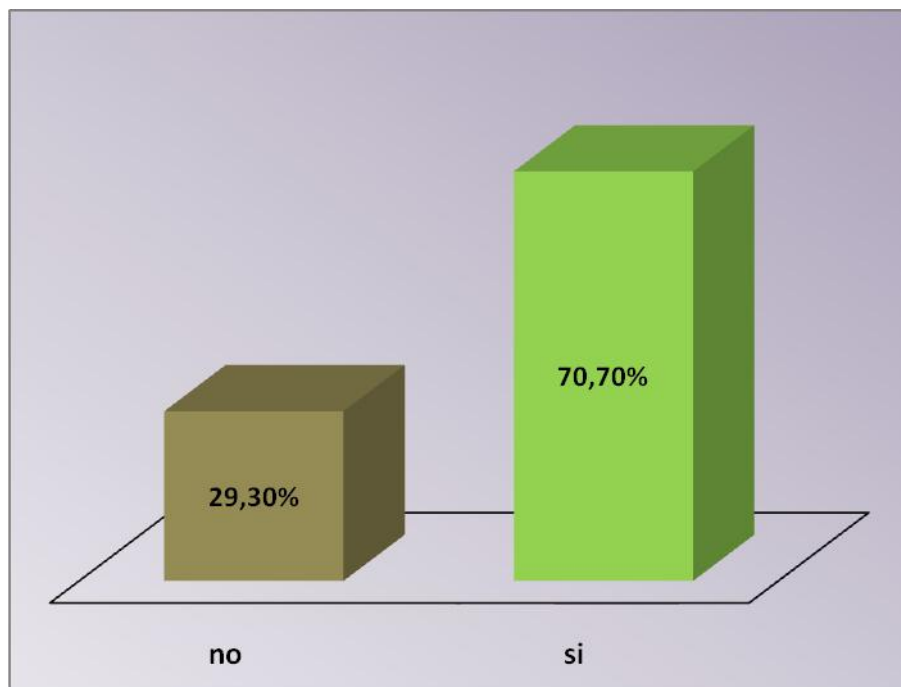
Tabla 22.- Distribución de los resultados. Según conocimiento de la Herpes

Conoce la enfermedad Herpes	Frecuencia	Porcentaje
No	39	29,30%
Si	94	70,70%
Total	133	100,00%

Fuente: Encuesta

Elaborado por Autores

Gráfico 22.- Distribución de los resultados. Según conocimiento de la Herpes



En el gráfico # 22 se observa que del 100% de los encuestados, el 70,70% afirman tener conocimientos sobre la enfermedad Herpes, y el 29,30% no conocen la enfermedad.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES

- Luego de la realización de las encuestas, hemos concluido que los adolescentes poseen información sobre el uso de métodos anticonceptivos y las enfermedades de transmisión sexual, que reciben mediante, amigos familiares, maestros, y medios de comunicación.
- La mayoría de los adolescentes considera que el medio por el cual reciben más información son en conversaciones que muchas veces influyen en su conducta sexual.
- La información que brinda esta institución no está planificada, sólo aparece en algunos puntos del programa de biología de tercer año de ciclo básico; debería ser más profunda e iniciarse a más temprana edad.
- En los medios de comunicación comúnmente no se educa, se exalta la parte sexual, relacionándolo con otros temas como el adulterio. Propician a los adolescentes pero no asesoran para evitar embarazos, o sobre el uso correcto de métodos anticonceptivos.
- La información que reciben los adolescentes en general, no es suficiente, ni se da con la amplitud que debería ser; ésta se limita sólo a lo esencial, conocen sólo el preservativo como método anticonceptivo y el SIDA como enfermedad de transmisión sexual.
- Nosotros antes de realizar la investigación, considerábamos que el hecho de ver a nuestro alrededor jóvenes de nuestra edad o menores embarazadas tenía como principal causa la falta de información, actualmente.
- Según las respuestas dadas el problema sobre el riesgo reproductivo se encuentra en que los adolescentes al momento de actuar no se cuidan, piensan en disfrutar el momento sin pensar en las consecuencias que un hijo representa, como dejar de estudiar y tener que comenzar a trabajar para satisfacer sus necesidades.

- La razón principal por la cual los Adolescentes utilizan métodos de planificación familiar, es porque no desean tener hijos a temprana edad, en especial el condón en la mayor parte de los encuestados.
- Según los resultados encontrados es notable, que los adolescentes tienen acceso a adquirir métodos sin previa consulta médica, obteniendo estos por la compra en farmacias.

RECOMENDACIONES

- Para poder responder a las dudas de los adolescentes a más de brindar charlas, se podría hacer la entrega de una guía.
- En las instituciones educativas se deberían realizar proyectos enfocados directamente a la sexualidad, más no como charlas ocasionales.
- Mayor difusión en medios de comunicación, familia, maestros, sobre temas relacionados con la sexualidad que ayuden a los adolescentes a iniciar su vida sexual con responsabilidad y respeto.
- Las unidades de salud deben promover campañas sobre este tema, y exista una mejor acogida para este grupo de edad.

CAPITULO V

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1 Recursos humanos

4.1.1 Investigadores

- Diana Cabrera.
- Rosario Alba.

4.1.2 Directora de tesis:

- Lic. Mercedes Cruz.

4.2 Recursos materiales

- Computador
- Hojas de papel bon
- Libros
- Fichas
- Copias
- Empastados
- Transporte
- Carpetas, etc.

4.3 Presupuesto

INSUMOS	CANTIDAD	COSTO
- Internet (búsqueda de información)		USD 250.00
- Hojas de papel bon.	1000	USD 10.00
- Impresiones	1000	USD 290.00
- Copias (información).	500	USD 10.00
- Fichas.	50	USD 10.00
- Copias (encuesta).	1000	USD 30.00
- Computadora (pasar contenido).		USD 100.00
- Transporte.		USD 150.00
- Empastado.	5	USD 150.00
- Intervención (capacitación).		USD 200.00
- Imprevistos.		USD 200.00
-	TOTAL	USD 1850.00

TIEMPO / ACTIVIDADES	NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				DICIEMBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elaboración del anteproyecto																																																				
Revisión del anteproyecto																																																				
Presentación del anteproyecto a las autoridades																																																				
Corrección del anteproyecto																																																				
Aprobación del anteproyecto																																																				
Construcción de instrumentos																																																				
Validación de los instrumentos																																																				
Aplicación de los instrumentos																																																				
Análisis de datos																																																				
Elaboración de la propuesta (guía de capacitación sobre Uso de métodos anticonceptivos y su relación con el Riesgo Reproductivo)																																																				
Elaboración del borrador del informe final																																																				
Redacción del informe final																																																				
Presentación del informe final (defensa)																																																				

4.4 Cronograma de Actividades

BIBLIOGRAFIA

1. ALCALDIA OTAVALO, SIDENPE 2008, Publicación de estudios realizados, paginas 35 – 40.
2. BORRERO W, Diccionario Enciclopédico, Editorial Océano 1889, Página 189.
3. BOERO, GASTÓN (2007). Libros "El Sentido del Sexo"; 2da edición, capitulo sexualidad.
4. Biblioteca de Consulta Microsoft Encarta 2008.
5. Diario La Hora, Ibarra, Lunes 11 de septiembre – 2006 pág. A3
6. ENDEMAIN Ecuador 2009
7. FRANSECA L, Libro de Principios de Anatomía y Fisiología_ "Tórtora", 1ra edición , paginas 144 – 148.
8. (MSP) Folleto Métodos Anticonceptivos
9. PIAGET & INHELDER, Sexualidad en adolescentes, 1ra edición 1977, pagina 278.
10. RODRIGUEZ E, Capítulo "Educación Sexual", Enciclopedia Integral 2da edición.
11. THIBODEAU GA, Patton KT. Estructura y función del cuerpo humano. 10ª edición. Madrid: Harcourt, Brace 1998, página 392.
12. THIBODEAU GA, PATTON KT. Estructura y función del cuerpo humano. 10ª ed. Madrid: Harcourt Brace 1998, página 395.
13. GALARRAGA M, Sexualidad y adolescencia, 1ra Edición 2008, pagina 22 y 23.

LINCOGRAFIA

1. <http://www.UNFun.org/spanish/News/fullstorynews.asp?NewsID=16764>
2. http://www.cna.gov.ec/_upload/Plan_Prevencci3n_Embarazo_Adolescente.pdf
3. <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEZVFVVIzYQLJtUBJu.php>
4. <http://www.slideshare.net/noche2009/salud-reproductiva-metodos-anticonceptivos>
5. http://bibmed.ucla.edu.ve/Edocs_bmucla/textocompleto/TWP630C322001.pdf
6. http://www.populationaction.org/Publications/Reports/A_World_of_Difference/AWOD_Spanish.pdf
7. www.adolescentesperolavida.edu.uy
8. www.reproline.jhu.edu/spanish/1fp/1methods.htm
9. www.tnrelaciones.com/anexo/sexo/metodos.html
10. www.mundopadres.com
11. http://es.wikipedia.org/wiki/Planificaci3n_familiar
12. <http://www.misrespuestas.com/que-es-la-planificacion-familiar.html>
13. <http://familydoctor.org/online/famdoces/home/women/contraceptive/126.html>
14. http://www.msp.gov.ec/dps/pichincha/images/stories/norma_de_planif._fam._msp_2009_vers._prelim._capitulo_adolescentes.pdf
15. <http://vidaeducacion.org/2010/06/03/100601-iniciativa-derechos-de-infancia-adolescencia-y-salud-uruguay-acuerdo-msp-inau-udelar-soc-pediatrica/>

A N E X O S

POBLACIÓN EN ESTUDIO



MUESTRA EN ESTUDIO

APLICACIÓN DE ENCUESTAS



AYUDA EN LA APLICACIÓN DE ENCUESTAS



ENCUENTRO CON LAS AUTORIDADES

