



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE GRADUADOS

TRABAJO DE TITULACIÓN EXAMEN COMPLEXIVO

PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE MAGISTER EN GERENCIA

CLÍNICA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

TEMA

**PÍLDORA DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA FRENTE A
OTROS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES QUE
ACUDEN A CLÍNICA DEL BOSQUE. PLAN EDUCATIVO**

AUTOR:

OBST. SONIA PATRICIA GÓMEZ CHÁVEZ

TUTOR:

OBST. YAZMÍN GRANDA BARBA. MSc.

AÑO 2016

GUAYAQUIL – ECUADOR

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIAS Y TECNOLOGÍA



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia y Tecnología



SENESCYT
SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS		
TÍTULO Y SUBTÍTULO: “PÍLDORA DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA FRENTE AL RESTO DE ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN A CLÍNICA DEL BOSQUE. PLAN EDUCATIVO”.		
AUTOR: OBST. SONIA PATRICIA GÓMEZ CHÁVEZ	TUTOR: OBST. YAZMÍN GRANDA Msc.	
	REVISOR: OBST. NORMA SARANGO Msc.	
INSTITUCIÓN: UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL	FACULTAD: CIENCIAS MÉDICAS	
CARRERA: “MAESTRIA EN GERENCIA Y CLÍNICA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA”		
FECHA DE PUBLICACIÓN: DICIEMBRE 2016	No. DE PÁGS: 60	
ÁREAS TEMÁTICAS: SALUD		
PALABRAS CLAVE: Adolescentes, Embarazo no planificado, Enfermedades de transmisión sexual, Píldora de anticoncepción de emergencia.		
RESUMEN: El uso de la PAE y los diferentes métodos anticonceptivos en adolescentes es motivo de estudio como herramienta útil para prevenir y disminuir las tasas de embarazos no planificados, ETS y morbimortalidad materna e infantil. Por eso la importancia de enseñar el uso correcto de anticonceptivos. Metodología. Utilizada en este estudio es analítico, cuantitativo, transversal de diseño no experimental, realizado en la Clínica del Bosque de Quito. La muestra corresponde a 100 historias clínicas de adolescentes que acuden a consulta externa de enero a junio del 2016 en la que se extrae variables demográficas, sociales, de salud y educacionales que influyen en el uso de PAE y otros métodos. Los datos fueron analizados por la técnica Chi cuadrado de Fisher y Pearson. Resultados y Conclusiones: La edad promedio de las participantes fue de 17.9 años, solteras el 86%, instrucción secundaria el 53%, el 18% tiene abortos provocados, el 48% a usado PAE alguna vez, el 50% usa preservativo. Se debe impulsar el uso de métodos de largo plazo como el implante subdérmico porque se observa que no hacen uso indiscriminado de PAE por lo cual se propone un plan educativo mediante talleres y uso de redes sociales.		
No. DE REGISTRO (en base de datos):	No. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web)		
ADJUNTO PDF:	☒ SI	☐ NO
CONTACTO CON AUTOR/ES: Sonia Gómez	Teléfono: 0998944988	E-mail : sopagocha@yahoo.es
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	Nombre: SECRETARIA DE LA ESCUELA DE GRADUADOS	
	Teléfono: 2288086	
	E-mail: egraduadosug@hotmail.com	

: Av. Whymper E7-37 y Alpallana, edificio Delfos, teléfonos (593-2) 2505660/1; y en la Av. 9 de octubre 624 y Carrión, edificio Promete, teléfonos 2569898/9. **Fax: (593 2) 2509054**

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del estudiante, Sonia Patricia Gómez Chávez, el Programa de Maestría / Especialidad Gerencia y Clínica en Salud Sexual y Reproductiva, nombrado por el Decano de la Facultad de Ciencias Médicas CERTIFICO: que el estudio analítico transversal del examen complejo titulado. LA PAE FRENTE A OTROS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN A CLÍNICA DEL BOSQUE PLAN EDUCATIVO, en opción al grado académico de MAGISTER en Gerencia y Clínica en Salud Sexual y Reproductiva, cumple con los requisitos académicos, científicos y formales que establece el Reglamento aprobado para el efecto.

Atentamente


Obs. Yasmín Granda Barba MSC.

TUTOR

Guayaquil, Diciembre 2016

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por estar siempre presente en mis pensamientos y darme la fuerza para continuar en el día a día.

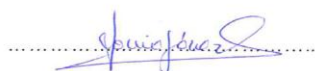
De manera especial a la Universidad de Guayaquil por haberme permitido dar esta oportunidad y concluir este trabajo pendiente hace ya mucho tiempo. A mi tutora Obst. Yazmín Granda por compartir sus conocimientos y guiarme en este proceso crucial en mi vida profesional. A todas las personas que directa e indirectamente participaron conmigo.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo al ángel más grande del cielo que sé que me está cuidando y protegiendo mi madre Leonor Chávez que me motivo a culminar el sueño que tenía pendiente. A mi amado esposo Luis Muñoz por la comprensión y amor dedicado a mí, a mis hijos Luis Emilio y Anabella que son la razón de mi ser y mi esperanza de vida, esperando ser un ejemplo para ellos y que sepan comprender por mis ausencias y falta de tiempo que no les dedique con el único objetivo de culminar con la realización del presente trabajo.

DECLARACIÓN EXPRESA

“La responsabilidad del contenido de esta Tesis de Grado, me corresponden exclusivamente; y el patrimonio intelectual de la misma a la UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL”



FIRMA DE AUTORA

Obst. Sonia Patricia Gómez Chávez

ABREVIATURAS

(PAE)	Píldora de anticoncepción de Emergencia
(AO)	Anticonceptivos orales
(GO)	Gestágenos Orales
DIU	Dispositivo intrauterino
IVSA	Inicio de vida sexual activa
ETS	Enfermedades de transmisión sexual

INDICE DE CONTENIDO

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIAS Y TECNOLOGÍA	ii
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR	iii
AGRADECIMIENTO	iv
DEDICATORIA	v
DECLARACIÓN EXPRESA	¡Error! Marcador no definido.
ABREVIATURAS.....	vii
INDICE DE CONTENIDO	viii
INDICE DE TABLAS	x
RESUMEN	xii
ABSTRACT.....	xiii
INTRODUCCION	1
PREGUNTA CIENTÍFICA	3
DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	3
JUSTIFICACION	4
OBJETIVOS	4
Objetivo general:	4
Objetivos específicos:	5
NOVEDAD CIENTÍFICA.....	5
CAPITULO I	6
MARCO TEORICO.....	6

1.1.1 Píldora de Anticoncepción de Emergencia (PAE)	6
Descripción de métodos más usados en la adolescencia.....	9
1.2.2 Métodos Naturales	9
1.2.3 Métodos hormonales combinados.....	10
1.2.4 Métodos hormonales solo de progestágenos.....	11
2.1 MARCO METODOLÓGICO	15
2.1.1 Metodología	15
2.1.2 Hipótesis.....	16
2.1.5 Unidad De Análisis	16
2.1.6 Gestión De Datos	16
2.1.8 Criterios Éticos.....	19
3.1 Resultados	20
4.1 Discusión.....	36
CAPITULO V.	40
PROPUESTA.....	40
PLAN EDUCATIVO	40
Justificación.....	40
6.1Conclusiones	43
6.2 Recomendaciones	43
BIBLIOGRAFÍA	45
ANEXOS	50

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de participantes según la edad.....	20
Tabla 2. Frecuencia de participantes según uso de píldora de anticoncepción de emergencia.	20
Tabla 3. Distribución de participantes según uso de gestágenos orales.	21
Tabla 4. Distribución de participantes para la variable uso de PAE en relación a Gestágenos orales	21
Tabla 5. Distribución de las participantes según el uso de preservativo	22
Tabla 6. Relación entre las variables uso de PAE y preservativo.....	22
Tabla 7. Distribución de las participantes según método del ritmo.	23
Tabla 8. Relación entre las variables uso de PAE y método del ritmo.....	23
Tabla 9. Distribución de las participantes según coito interruptus.....	24
Tabla 10. Relación entre las variables uso de PAE y coito interruptus	24
Tabla 11. Distribución de las participantes según uso de inyectables.....	25
Tabla 12. Relación entre las variables el uso de PAE e inyectables	25
Tabla 13. Distribución de las participantes según uso de implantes subdérmicos	26
Tabla 14. Relación entre uso de PAE e implante subdérmico	26
Tabla 15. Distribución de usuarias que usan parches	27
Tabla 16. Relación de participantes entre uso de PAE y parches	27
Tabla 17. Distribución de usuarias de DIU.....	28
Tabla 18. Relación entre el uso de PAE y DIU	28

Tabla 19. Distribución de participantes según el estado civil.	29
Tabla 20. Relación entre uso de PAE y estado civil	29
Tabla 21. Distribución de participantes según nivel de instrucción.....	30
Tabla 22. Relación de participantes de PAE según el nivel de instrucción. ...	30
Tabla 23. Distribución de participantes según edad de inicio de la vida sexual activa.....	31
Tabla 24. Frecuencia de participantes según número de parejas sexuales....	31
Tabla 25. Distribución de las participantes según enfermedades de transmisión sexual.....	32
Tabla 26. Relación entre usuarias de PAE y enfermedades de Transmisión sexual	33
Tabla 27. Distribución de usuarias según número de gestas.....	33
Tabla 28. Distribución de usuarias según número de partos	34
Tabla 29. Distribución de usuarias según número de cesáreas.....	34
Tabla 30. Distribución de usuarias según número de abortos	35
Tabla 31. Frecuencia de usuarias de PAE en relación con el número de abortos.....	35

RESUMEN

El uso de la píldora anticonceptiva de Emergencia y los diferentes métodos anticonceptivos en los adolescentes ha sido motivo de estudio en los últimos años como herramienta útil para prevenir y disminuir las tasas de embarazos no planificados, enfermedades de transmisión sexual y morbilidad materna e infantil. Por eso la importancia de enseñar el uso correcto de anticonceptivos. Metodología: Utilizada en este estudio es cuantitativo analítico transversal de diseño no experimental, realizado en la Clínica del Bosque en Quito. La muestra corresponde a 100 historias clínicas de adolescentes que acuden a consulta externa entre enero a junio del 2016 en las que se procede a extraer variables demográficas, sociales, de salud y educacionales que influyen en el uso de píldora de anticoncepción de emergencia (PAE) y otros métodos. Los datos fueron analizados por la técnica de Chi cuadrado de Fisher, Chi cuadrado de Pearson. Resultados y Conclusiones: La edad promedio de las adolescentes fue de 17.9 años, solteras el 86%, instrucción secundaria el 53%, el 18% tiene abortos provocados, el 48% han usado PAE alguna vez, el preservativo lo usan el 50%. Se debe de promover el uso de métodos de mayor largo plazo como el implante subdérmico porque se observa que con este método no hacen uso indiscriminado de PAE, por lo cual se propone un plan educativo mediante charlas y talleres de capacitación.

Palabras claves: Píldora Anticonceptiva de Emergencia, Adolescentes, Embarazo no planificado, Enfermedades de transmisión sexual.

ABSTRACT

The use of Emergency Contraceptive Pili and different contraceptive methods in adolescents has been studied in recent years as a useful tool to prevent and reduce the rates of unwanted pregnancies, sexually transmitted diseases as well as maternal and child morbidity and mortality. Therefore, the importance of teaching proper use of contraceptives is commended. Methodology: This investigation is a cross-sectional analytical study no experimental, made at Clinical del Bosque in Quito. The sample corresponds to 100 medical records of adolescents attending outpatient clinic between January and June 2016 in which we proceed to extract demographic, social, health and educational variables that influence the use of PAE and other methods. The analyzed data was performed by using Chi Square Fisher, Pearson Chi Square technique. Results and Conclusions: The average age of the adolescents is 17.9 years old, 86% are single, 53% are in high school, 18% have induced abortions, 48% have eventually used PAE, condoms are used by 50%. Therefore, we should encourage the use of more long-term methods such as the implant because it is observed that there is no discrimination the use of PAE, in which this teaching process should be through public media.

Keywords: Emergency Contraceptive Pili, Contraception, Adolescents, Unwanted pregnancy, sexually transmitted diseases.

INTRODUCCION

En la actualidad en el Ecuador y mundo entero a puesto énfasis en el grupo de adolescentes que cada vez inician sus relaciones sexuales a más temprana edad que conlleva a factores de riesgos como lo es el embarazo no planificado, enfermedades de transmisión sexual (ETS), deserción escolar entre otros. Se ha visto que los adolescentes al ser un grupo vulnerable con cambios fisiológicos, emocionales y sociales no se responsabilizan frente a un uso adecuado de anticoncepción.

Para la OMS el uso de anticonceptivos ha aumentado en muchas partes del mundo, especialmente en Asia y América Latina, pero sigue siendo bajo en al África subsahariana. A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un 54% en 1990 a un 57.4% en 2014. (ONU noticias, 2009)

El uso de los métodos anticonceptivos se ha impulsado mucho a nivel mundial para los adolescentes. Pero no hay un conocimiento claro en este grupo humano sobre el uso adecuado de la píldora de anticoncepción de emergencia (PAE) que tiene como objetivo fundamental evitar el embarazo no deseado pero a la vez no es un método de continuidad.

En América Latina y el Caribe, en los últimos años se han adoptado estrategias distributivas de la Píldora de anticoncepción de emergencia (PAE), como una estrategia para disminuir los abortos ilegales y la consecuente mortalidad materna, siempre y cuando esté acompañado de planes de educación, asesoría e información; (Martín, 2004) en otros países como en Estados Unidos no se puede acceder a PAE sin receta médica en menores de 17 años, la venta es libre para mayores de 18 años y según el modelo de salud del país, levonorgestrel puede o no ser cubierto por el estado o su plan de seguro de salud. (Lindsay, Joseph, Stanford, & Jann, 2012) (Lim, Iheagwara, Legano, & Coupey, 2008)

En el 2006, el INEC reporta que, a nivel país, el 92,5% de las mujeres en edad fértil conoce algún método anticonceptivo, pero la prevalencia de su uso en las adolescentes es de 49,4%, lo que puede explicar la alta tasa de embarazos no planificados. (Izaguirre, 2010)

Por eso en el Ecuador, según el R. O. No. 919 del 25 de Marzo de 2013 – Decreto No. 00002490 señala en el artículo 2.- “Los Establecimientos del Sistema Nacional de Salud, proveerán la información y asesoría sobre el uso de métodos anticonceptivos; y entregarán los mismos de acuerdo al Nivel de Atención, incluida la anticoncepción oral de emergencia (AOE), a toda la población en general, especialmente a adolescentes, jóvenes, hombres y mujeres que lo requieran. La edad, la etnia, el sexo, la identidad sexo-genérica, la condición migratoria, el nivel de instrucción no serán, en ningún caso, condicionamientos para brindar esta información. Ninguna persona requiere autorización de sus familiares o de su pareja para acceder a la misma.... Art 3.- El Ministerio de Salud Pública proveerá información, asesoría y entregará métodos anticonceptivos, a través de sus Establecimientos de Salud, siendo obligación de éstos garantizar el acceso a los mismos de forma gratuita y oportuna, incluida la anticoncepción oral de emergencia a toda la población en general, especialmente a adolescentes, jóvenes y mujeres que lo requieran...Este servicio se brindará según el Nivel de Atención, siendo el Primer Nivel el que se encargará de brindar asesoría sobre planificación familiar y anticoncepción en general” (Gobierno Nacional de la República del Ecuador, 2013)

Tampoco hay estudios en el Ecuador porque los adolescentes utilizan la píldora del día después (PAE) como método anticonceptivo alternativo y no adoptan algo más seguro a diferencia de otros países que si lo han hecho.

Es importante saber el comportamiento de adolescentes que tienen acceso a consulta privada en el servicio de planificación familiar para conocer por qué hacen el uso de PAE como método frecuente y no adoptar algo más regular y que no estén en constante riesgo de embarazo no planificado. Si no más bien ayudarlas a elegir correctamente un método a largo plazo tomando en cuenta ciertas características individuales de cada una de ellas.

PREGUNTA CIENTÍFICA

¿El conocimiento sobre la Píldora de anticoncepción de emergencia y sus consecuencias, ayudará a las adolescentes a disminuir su uso indiscriminado frente a los otros anticonceptivos?

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

La Planificación Familiar y el uso de la Píldora de Anticoncepción de Emergencia (PAE) se ha consolidado como tema de interés mundial para la prevención de embarazo no deseado y sus consecuencias sociales, así como evitar enfermedades de transmisión sexual. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la International Federation of Gynecology & Obstetrics (FIGO), 2011 indican el apoyo al uso de PAE (levonorgestrel) para prevenir los abortos y reducir el número de embarazos no planificados sobre todo en los adolescentes. Asegurando su eficacia y excelente tolerancia en lo referente a efectos secundarios.

En el Ecuador los Cuadros de Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT –ECU 2012 se observa un aumento en la fecundidad de los adolescentes (15 a 19 años) lo que indica que la tasa de fecundidad en Ecuador mantiene una edad fértil temprana. Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Ecuador INEC, para el año 2014 la razón de mortalidad materna fue de 49,16 por cada 100.000 nacimientos y la mortalidad infantil su tasa fue de 8.35 por cada 1000 nacidos vivos. Lo que indica las complicaciones obstétricas y perinatales como primeras causas de muerte (INEC, 2014)

Tomando en cuenta la Epidemiología y la importancia del uso correcto de anticoncepción y dentro de estos la (PAE) en la adolescencia, surge la preocupación por crear un sistema de capacitación al grupo de adolescentes comprendidos en las edades de 15 a 19 años que acudan al Servicio de Clínica del Bosque de la ciudad de Quito diseñando un plan educativo de prevención para un adecuado uso de métodos anticonceptivos.

JUSTIFICACION

En América del Sur se calcula que existen alrededor de 80 nacimientos por cada 1000 mujeres entre 15-19 años. En esta región Chile y Perú son los países que presentan niveles más bajos de embarazo en adolescentes; mientras que los primeros lugares son ocupados por Colombia, Ecuador y Venezuela; países en los que más del 20% de sus adolescentes son madres o están embarazadas (MSP, 2007) (Ortíz & Segovia, 2014)

El Riesgo de embarazos no planificado, mortalidad materna e infantil y enfermedades de transmisión sexual son indicadores importantes del desarrollo humano sobre todo en el grupo de adolescentes de 15 a 19 años que son motivo del estudio. En este sentido existe gran interés a nivel mundial en brindar una atención integral y responsable para facilitarles información necesaria en el uso correcto de la PAE, que no es un método de continuidad y más bien está dirigido como una segunda oportunidad de no embarazarse después de una relación sexual de riesgo.

En esta investigación se determina los factores que inciden en el comportamiento de uso frecuente de PAE en los adolescentes como método anticonceptivo regular de preferencia de un método sobre otro, susceptible de ser modificado para alcanzar y lograr cambios de responsabilidad frente al uso correcto de anticoncepción. Para alcanzar metas establecidas por organismos internacionales como OMS y por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador para lograr la reducción de Embarazos no deseados, aborto provocado y reducción de morbilidad materna – infantil.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar el uso de la Píldora de Anticoncepción de Emergencia (PAE) frente a otros anticonceptivos en adolescentes que acuden a la Clínica del Bosque de enero a junio del 2016 para diseñar un Plan Educativo de prevención que permita elegir un método anticonceptivo adecuado.

Objetivos específicos:

1. Investigar los fundamentos Teóricos sobre el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes.
2. Comparar la frecuencia de uso de PAE con los diferentes métodos anticonceptivos de las pacientes analizadas.
3. Diseñar un plan Educativo de prevención que permita un conocimiento adecuado del uso de los métodos anticonceptivos.

NOVEDAD CIENTÍFICA

Se propone realizar un Plan educativo, el mismo que estará compuesto por 4 talleres de capacitación mediante charlas educativas, creación de tríptico y realización de spot publicitario en Facebook que facilite mejorar el conocimiento de las jóvenes y a la vez ayude en investigaciones futuras en centros de atención privada garantizando que la adolescente tome las decisiones correctas para optar por un método anticonceptivo adecuado.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

1.1 TEORIAS GENERALES

1.1.1 Píldora de Anticoncepción de Emergencia (PAE)

Historia

La anticoncepción Hormonal de Emergencia como tal inicia en Holanda en los años de 1960 en el caso de una adolescente de 13 años que fue violada en la mitad del ciclo menstrual en la que usaron dosis altas de estrógeno. (Haspels, 1976)

En 1972 Albert Yuzpe y colaboradores estudian el régimen combinado entre estrógeno y progesterona induciendo cambios endometriales que son incompatibles con la implantación del óvulo conocido como método Yuzpe .En 1973 se inició el uso de levonorgestrel(LNG) solo como anticonceptivo de emergencia en América Latina siendo el método actual de primera elección. (Ellertson, 1996)

Durante años de estudios entre método yuzpe y LNG solo se ha comprobado que no hay riesgo para la salud de las mujeres, por esa razón es aprobada por la OMS, la Federación Internacional de Planificación Familiar(IPPF) , Agencia reguladora de medicamentos de Estados Unidos(Food and Drug administration) (Croxatto, y otros, 2002) lo que indica que el uso de levonorgestrel es un fármaco altamente seguro no existiendo así contraindicaciones médicas. (Quintana, 2013)

Definición

Anticoncepción de Emergencia son aquellos métodos contraceptivos en que las mujeres pueden usar dentro los cinco primeros días de una relación sexual en la que no haya habido protección para evitar un embarazo no planeado y como su nombre lo indica en caso de emergencia y no de forma regular. (OMS, 2016)

Indicaciones de uso de PAE

- En caso de violación
- En una relación sexual sin uso de un método anticonceptivo
- En una relación sexual con uso inadecuado de método anticonceptivo como ruptura o desplazamiento de preservativo.
- Relaciones sexuales en periodo fértil
- Olvido en la toma de anticonceptivos orales
- Falla de Coito interruptus
- Desplazamiento total o parcial de DIU
- Iniciar el anticonceptivo inyectable después del día indicado.(Díaz & Croxatto, 2005)

Régimen de Píldoras de Anticoncepción de Emergencia

Existen 3 tipos.

Método de LNG: consiste en administrar 1 píldora de levonorgestrel de 1,5 mg en una sola toma o una píldora de levonorgestrel de 0,75 mg cada 12 horas por 24 horas es decir dos dosis en un día.. Método Yuzpe: consiste en administra una dosis de 100 mcg de etinil estradiol más 500 mcg de LNG, repetir la misma dosis 12 horas más tarde es decir dos dosis en un día. También puede usarse, por cada dosis, 4 píldoras anticonceptivas combinadas que contengan 30 mcg de etinil estradiol y 150 mcg 0,15 mg) de LNG. Método de acetato de ulipristal: Administra una sola dosis de 30 mg de acetato de ulipristal.(Ortíz & Segovia, 2014). El método de LNG es el más seguro y menos complicado para administrar en adolescentes.

Eficacia Anticonceptiva

Al utilizar la PAE dentro de las primeras 72 horas después de una relación sexual sin protección, la tasa estimada de embarazos es de 1,1% a 1,3% para el LNG y 3,2% para el régimen Yuzpe. Por lo tanto mientras más rápido se tome la PAE más efectivo será su resultado, ninguno de los dos métodos es 100% efectivo pero con uso adecuado puede proteger hasta en un 99%. (Trumper, 2007) Lo que nos da como pauta que se inicie rápidamente el uso de PAE con las adolescentes con alto riesgo de embarazo.

Cuadro de eficacia de Anticoncepción oral de emergencia

LEVONORGESTREL(LNG)		METODO YUZPE	
Día: 1 a 3	91 – 69%	Día 1-3:	72.8%
Día: 4	83%	Día 4-5:	77.2%
Día: 5	31%		

Fuente: Guías médicas y de entrega de servicios en América Latina y el Caribe 2013, FLASGO.
Elaborado por Gómez Sonia.

La PAE y su relación con el aborto

El embarazo comienza en la implantación y no tiene un efecto que impida la misma. La PAE no es un producto abortivo, sino anticonceptivo, pues impide o dificulta la anidación del embrión en el útero, etapa que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros organismos de investigación, constituye el verdadero momento de inicio de la vida humana. (OMS, 2004)

Por consiguiente la píldora de emergencia se conoce científicamente que no es abortiva, que su acción solo retrasa o adelanta la ovulación de acuerdo al ciclo menstrual en que se encuentre la mujer.

La PAE no tienen efecto sobre el endometrio, y en consecuencia, su mecanismo de acción no está a este nivel, lo cual descarta la posibilidad de que impida la implantación, o que sea un método para interrumpir un embarazo lo cual ha generado mucho debate. (Távora,L, 2010)

Corroborando con lo expresado en líneas anteriores, la PAE ha sido motivo de muchas controversias por muchos organismos.

La PAE y tolerancia en los adolescentes

No hay razones clínicas por las cuales haya que restringir el uso PAE en adolescentes, ya que es seguro para cualquier mujer, independientemente de su edad. No se han reportado tasas más altas de efectos secundarios que entre mujeres adultas. Pero si es importante que conozcan métodos seguros de continuidad.

1.2 TEORIAS SUSTANTIVAS

Descripción de métodos más usados en la adolescencia

1.2.1 Preservativo o condón masculino.-

Es un método de barrera, su material de elaboración es el látex siendo el único que puede evitar infecciones de transmisión sexual y un alto grado de protección para VIH. Al poseer este material al condón no se lo debe exponer al sol, calor excesivo ni tampoco se deben utilizar aceites ni lubricantes. (Secretaria de Salud, 2002) .También requiere un correcto uso para la colocación con el pene en erección de igual manera su retiro debe ser apenas eyacule. La mayor dificultad que tienen los adolescentes es la vergüenza al comprarlo y la no disponibilidad en el momento del acto sexual que no es planeado. El grado de eficacia es 88% pero por mal uso puede caer su falla hasta el 12%. (Quintana, 2013).

1.2.2 Métodos Naturales

Coito interruptus.

Más que un método anticonceptivo es una práctica muy frecuente entre los adolescentes. Consiste en retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación sin embargo ya durante la relación sexual hay eliminación de espermatozoides previo a la eyaculación y la mujer puede quedar embarazada. Su efectividad es del 75% - 80%. Puede producir insatisfacción durante el acto sexual (Peña, Aspilcueta, Calderón, & Alzamora, 2008)

Método del Ritmo.

De acuerdo a la OMS consiste en observar el ciclo menstrual durante un lapso de 6 meses, restar 18 días de la duración más corta del ciclo (primer día fértil estimado) y restar 11 días del ciclo más largo (último día fértil estimado) (OMS, 2015) Para que el método natural sea más efectivo es importante usar el ritmo o calendario, observar la filancia del moco cervical que es más líquido y transparente y la temperatura basal de cuerpo en ovulación es más elevada. Estos 3 métodos juntos se llaman método sintotérmico. (OPA Office of population Affairs, 2016)

Hay que tomar en cuenta que una de las ventajas es que no tiene costo, es aceptado religiosamente, no tiene efectos secundarios. Pero tiene muchas desventajas pues la mayoría de mujeres no tienen un ciclo menstrual regular, no protege de ETS y requiere la colaboración de la pareja.

Dispositivo intrauterino DIU (T de Cu)

Es un método que se colocará dentro del útero , La T de Cu 380 A es un método de larga duración de 5 a 10 años con una tasa de eficacia de 99.8% , debe ser colocado por un profesional de la salud, está indicado para las adolescentes con ciertas características como mantener una pareja estable, ideal después de haber tenido un hijo (Martinez M;Navalón Z;LabradorR, 2015), es importante indicar al adolescente que este método no previene de ETS y que después de la colocación pueden presentar ciertos cambios en su patrón menstrual.

1.2.3 Métodos hormonales combinados

Tabletas Anticonceptivas.

Hay muchas presentaciones de píldoras anticonceptivas la más aceptada es la combinación de 30mcg de Etinilestradiol (EE) y 150mcg de levonorgestrel dependiendo del caso de la adolescente se puede también utilizar 30mcg de EE y 3mg de drospirenona o 35mcg de EE y 2 mg de acetato de ciproterona. Hay que tomar en cuenta el criterio de elegibilidad de la OMS.

Se debe administrar 1 comprimido diario a partir del primer día de la menstruación de acuerdo a la presentación farmacéutica la toma será de 21 días con un descanso de 7 días y reiniciar al octavo día un nuevo ciclo. En las presentaciones de 28 días no hay descanso. La hemorragia por privación se inicia en los días de descanso para las presentaciones de 21/7 pero en las de 28 píldoras sin contenido hormonal lo harán en los días que estén en la toma de pastillas de placebo. Las ventajas es puede ayudar a las adolescentes con ciertos tratamientos como ovario poliquístico y dismenorreas. La desventaja es olvidarse de la toma diaria a la misma hora y la no discrecionalidad de método, no protege frente a las ETS. (Quintana, 2013) (Rodriguez, 2015)

Inyectables.

Su presentación es ampolla inyectable de 1 ml de solución oleosa que contiene 5 mg de Valerato de Estradiol y 50 mg de Enantato de Noretisterona, el objetivo es suprimir la ovulación y espesar el moco cervical ,su aplicación debe ser el primer día de ciclo y posteriormente cada mes con diferencia máximo de 3 días. Sus ventajas es un método discreto y cómodo para las adolescentes, no es costoso, está dentro de los métodos reversibles para la fecundidad. Dentro de las desventajas no protege de ETS, puede producir sangrados irregulares, variación de peso. Para sus indicaciones hay que contemplar el criterio de elegibilidad de la OMS. (MINSA del Perú, 2015)

Parches Anticonceptivos

Es un método hormonal combinado (AHC) Contiene 0,6 mg de norelgestromina y 0,75 mg de Etinil Estradiol, que libera diariamente 20 µg de Etinil Estradiol y 150 µg de norelgestromina. (Jick, Hagberg, & Kaye, 2010).

Tiene una eficacia similar a los gestágenos orales combinados 0.8 embarazos por cada 100 mujeres. Su presentación vienen en forma de parches en un total de 3 para ser aplicados el primer día de la menstruación y cambiarlo cada semana por un total de 3 semanas, durante la cuarta semana se producirá sangrado por privación.

Los sitios de colocación del parche en el cuerpo serán la espalda, abdomen, brazos y parte alta del tórax. Las ventajas del método es por su duración semanal ayuda a no olvidarse pero su desventaja es el costo y no protege de ETS. (Quintana, 2013)

1.2.4 Métodos hormonales solo de progestágenos

Implantes Subdérmicos. (Implanon)

Es un anticonceptivo hormonal de larga duración (3 años) compuesto por un progestágeno (etonorgestrel) de liberación continua y controlada, es una barra flexible que se coloca a nivel subdérmico en el brazo que menos se emplea. Es ideal en adolescentes que tiene dificultad en el cumplimiento con la toma de

tabletas anticonceptivas o aplicación de inyecciones, su tasa de eficacia es 99%, se lo puede retirar en cualquier momento y la paciente recobra rápidamente su fertilidad. Las desventajas del método es su costo al momento de la aplicación, solo lo debe aplicar un profesional de la salud capacitado, puede presentar sangrado escaso o abundante muchas veces esta es la causa de abandono del método. Pero en general es bien tolerado por las adolescentes. (Garrido, Oliver, Muñoz, & Dominguez, 2014)

Píldora solo con gestágeno

Esta píldora está compuesta de 75 mcg de desorgestrel , su presentación es de 28 tabletas que se toman diariamente sin descanso, debe iniciarse el primer día de la menstruación, no disminuye la densidad mineral ósea en las adolescentes, ideal para pacientes que no pueden tomar estrógenos, sus desventajas es que pueden olvidar la toma diaria, no protege frente a ETS. (Quintana, 2013)

La adolescencia es una etapa de transición comprendida entre los 10 y 19 años periodo en el cual tienen muchas curiosidades sobre el sexo. Según el Fondo de población de la Naciones Unidas se estima que durante este periodo el embarazo no deseado en adolescentes y las ETS están en estrecha relación a una falta de educación sexual por carecer de conocimientos técnicos necesarios en la toma de decisiones responsables al estar rodeados de falsas creencias y ciertos tabúes generados en su entorno social. (UNFPA, 2016) . Factores que influyen de gran manera para que el tema de planificación familiar en las adolescentes no sea tratado abiertamente.

Los métodos de anticoncepción para los adolescentes deben ser dirigidos exclusivamente a este grupo con ciertas normas e indicaciones como ventajas y desventajas para su edad. Tomando en cuenta la aceptabilidad de acuerdo a la frecuencia de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, riesgos de adquirir una ETS, conocer ciertas características de responsabilidad de la paciente al administrar un método, costos, posibles efectos secundarios. (Quintana, 2013) Tomar en cuenta siempre el criterio de elegibilidad de la OMS.

1.3 REFERENTES EMPIRICOS

Según el estudio realizado en México (Leiva, y otros, 2010) que evaluó mediante investigación científica el conocimiento y el uso del PAE; en el que participaron 1550 estudiantes de los cuales el 45% poseía un conocimiento correcto sobre el uso de PAE, lo que nos indica que el 55 % desconoce su uso revelando el desconocimiento de los adolescentes.

En Buenos Aires evaluaron el conocimiento, utilización y obtención de PAE en 450 adolescentes; demostrándose que el 28% poseía conocimientos suficientes sobre la PAE. (Szames, Vásquez, & Discacciati, 2012), Pero se debe tomar en cuenta que el desconocimiento es una cifra más alta en los adolescentes.

(Rubio, 2008) Realizó un estudio transversal en Bucaramanga, a través de una entrevista personal a 300 adolescentes de 10 a 19 años en donde encontró el 4% de conocimiento específico en métodos anticonceptivos, en este caso el conocimiento es bajo sobre el conocimiento de métodos en general.

En Ecuador se han encontrado algunos estudios relacionados pero no iguales como por ejemplo sobre el conocimiento de PAE. En Otavalo, (Alba & Cabrera, 2011) entrevistaron a 133 adolescentes, encontrando que el 87.20% desconoce el uso de los anticonceptivos.

El estudio de (Orozco, 2012) en Guayaquil el mismo que indica que se encuesta a 120 adolescentes de los cuales el 6% no tenían ningún conocimiento sobre métodos anticonceptivos, el 27% conocían los preservativos y el 26% sobre anticonceptivos orales. En el mismo estudio con respecto a información adecuada de Planificación familiar del total de las participantes el 28% ha utilizado anticonceptivos orales, el 24% preservativos, el 21 inyectables, el 19% no ha usado ningún método, el 6% DIU y el 2% otros como los implantes subdérmicos y Naturales.

En Cuenca según el estudio (Lituma, 2015) indica que el IVSA está entre los 14-16 años en un 73.3% de los cuales el 35% corresponden al sexo femenino. En este mismo estudio se determinó que el 80.6% de encuestadas responden que la

PAE evita el embarazo y el 25.7% están en desacuerdo con el uso de la PAE y entre este porcentaje el 66.7% piensan que causa aborto

En lo referente a los estudios previos que se han realizado acerca del tema a nivel de Latino América y en Ecuador es fácil observar el alto porcentaje de desconocimiento y el uso correcto de la PAE y los demás métodos anticonceptivos, dándonos una idea clara de la falta de información que necesitan.

CAPITULO II

2.1 MARCO METODOLÓGICO

2.1.1 Metodología

Se realizó un estudio analítico transversal. Se tomó la información del 100% de las pacientes que acudieron entre enero a junio 2016 por planificación familiar, con elementos cuantitativos de índole social de la población de estudio tales como edad de las usuarias, estado civil, grado de instrucción, inicio de vida sexual activa, enfermedades de transmisión sexual, paridad y el método anticonceptivo que usa.

Las variables utilizadas en este estudio fueron cuantitativas cuyos resultados nos ayudaron a identificar el uso de PAE frente a otros métodos anticonceptivos y poder dar soluciones informativas al grupo de adolescentes para que escojan correctamente el adecuado.

El lugar de estudio se llevó a cabo en la Clínica del Bosque de la ciudad de Quito, la población estudiada son el adolescentes de 15 – 19 años que acuden a la consulta externa en busca de planificación familiar.

Criterios de inclusión

- Adolescentes de 15 a 19 años que son las que pueden acceder al servicio en forma espontánea.
- Pacientes que acuden a Planificación familiar
- Pacientes con Historia clínica completa

Criterios de exclusión

- Pacientes menores de 15 años y mayores de 19 años
- Pacientes en estado de gestación
- Pacientes con Historia clínica incompleta

2.1.2 Hipótesis

Los métodos anticonceptivos frente a la PAE son más eficaces y confiables como contraceptivos.

2.1.3 Universo y Muestra

El universo y la muestra están comprendidos por 100 pacientes que acudieron en el periodo de enero a junio del 2016 a consulta externa de planificación familiar de Clínica del Bosque en Quito.

2.1.4 Técnicas e instrumentos

Las usuarias del estudio son las que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. El instrumento utilizado son las historias clínicas de las que extrajeron las variables ya antes mencionadas.

2.1.5 Unidad De Análisis

El análisis se realizó en todas las adolescentes de 15 a 19 que acudieron a la consulta externa de la Clínica de Bosque de la ciudad de Quito, son estudiantes de secundaria y universitarias de extracto social y económico medio alto, de estado civil solteras en su mayoría que acudieron en el periodo enero - junio del 2016.

2.1.6 Gestión De Datos

Se elaboró, construyó y validó una base de datos a partir de las historias clínicas, la misma se procedió al análisis estadístico con el programa JASP; complementando con el programa SPSS V 22.0 en observancia del mandato constitucional de priorizar el uso de software propietario.

Para el análisis general de las variables cuantitativas, se realizó un análisis descriptivo con medidas de tendencia central que se presentaron en tablas.

Para hallar las diferencias entre la distribución de frecuencia en las variables se realiza la prueba de contraste de hipótesis con la prueba de Ji cuadrado o Fisher según correspondió con un intervalo de confianza del 95% y un valor $p < 0.05$ para establecer diferencias con significancia estadística.

2.1.7 Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	INSTRUMENTO
Edad	Tiempo transcurrido a partir de nacimiento hasta el momento	Tiempo transcurrido.	15 a 19 años	Historia Clínica
Estado civil	Situación física de una persona en relación a otra.	Soltera, casada Divorciada Unión libre	Si No	Historia Clínica
Instrucción	Periodo de escolaridad	Secundaria Superior	Si No	Historia Clínica
Inicio de Vida Sexual Activa.	Edad de su primera relación sexual	Edad de inicio	Años	Historia Clínica
Métodos Anticonceptivos	Métodos para evitar embarazo	-Gestágenos orales -PAE -DIU -Preservativo	Si No	Historia Clínica

		-Ritmo -Coito interruptus -Implantes subdérmicos -Inyectables -Parches		
Número de parejas sexuales	Cantidad de parejas con las que mantienen sexo.	Cantidad en número	1 - 5	Historia Clínica
Enfermedades de Transmisión sexual	Enfermedades que hayan contraído a través de relaciones sexuales.	Ninguna Candidiasis vaginal Gardnerella vaginalis HPV Vaginosi mixta Gonorrea	Si No	Historia Clínica
Paridad	Número de veces que una mujer haya estado en	Gestas Partos	Número de gestas, partos, abortos o	Historia Clínica

	gestación	Abortos	cesáreas	
		Cesáreas		

Fuente: Datos de la investigación

Elaboración: Gómez, Sonia. 2016.

2.1.8 Criterios Éticos

Por las características de esta investigación, que es eminentemente revisión documental no se cometió ninguna violación de los principios bioéticos fundamentales.

El acceso a la información, se ampara principalmente en la Ley orgánica de transparencia y acceso público a la información pública del Ecuador Ley 24, emitida Registro Oficial Suplemento 337 de 18-may.-2004. Artículo 81 de la Constitución Política de la República.

CAPITULO III

3.1 Resultados

Se presenta la información de 100 pacientes adolescentes atendidas en la Clínica del Bosque que acudieron a la consulta externa de planificación familiar comprendidas en las edades de 15 a 19 años.

Tabla 1. Distribución de participantes según la edad.

	Años	PAE SI	PAE NO
Promedio	17,9	17.9	18.1
Desvío estándar	1,0		
Mediana	18	1.0	1.8
Rango	(15-19)	1.8 (15-19)	1.8 15-19

Fuente: Dpto de Estadística Clínica del Bosque Quito

Elaboración:.. Gómez, Sonia. 2016

El promedio de edad de las participantes fue de 17,9 años; con un rango de 15 a 19 años, pero también identificamos el promedio de edad de las pacientes que usan PAE siendo este el de 17.9 años y las pacientes que no usan PAE fue de 18.1 años.

Tabla 2. Frecuencia de participantes según uso de píldora de anticoncepción de emergencia.

PÍLDORA ANTICONCEPTIVA DE EMERGENCIA	Frecuencia	Porcentaje
No	52	52%
Si	48	48%
Total	100	100%

Fuente: Dpto. de Estadística Clínica del Bosque Quito

Elaboración:.. Gómez, S. 2016

En relación al uso de la PAE en adolescentes que son la mitad (48%) lo habrán usado al menos una vez en la vida

Tabla 3. Distribución de participantes según uso de gestágenos orales.

GESTÁGENOS ORALES	Frecuencia	Porcentaje
No	84	84%
Si	16	16%
Total	100	100%

Fuente: Dpto. de Estadística Clínica del Bosque Quito

Elaboración:.. Gómez, S. 2016

Con respecto a la distribución de las pacientes según el uso de gestágenos orales el 16% reportaron que si lo usan.

Tabla 4. Distribución de participantes para la variable uso de PAE en relación a Gestágenos orales

		Gestágenos orales		Total
		No	Si	
PAE	No	37	15	52
	Si	47	1	48
Total		84	16	100

Prueba exacta de Fisher 0.00 Estadísticamente significativo

Fuente: Dpto. de Estadística Clínica del Bosque Quito

Elaboración:.. Gómez, S. 2016

En relación con la frecuencia de uso de PAE y el uso de Gestágenos Orales, se encontró una asociación con significancia estadística, encontrándose mayor frecuencia de uso de PAE en quienes no usan este método. (OR: 0,05 IC 95%:0,006-0,41La probabilidad de que una mujer tome gestágenos orales y no use PAE es alta (95%)

Tabla 5. Distribución de las participantes según el uso de preservativo

PRESERVATIVO	Frecuencia	Porcentaje
No	50	50%
Si	50	50%
Total	100	100%

Fuente: Dpto. de Estadística Clínica del Bosque Quito

Elaboración: Gómez, Sonia. 2016

En relación al uso de preservativo en las participantes reportaron que el 50% lo utilizan como método anticonceptivo.

Tabla 6. Relación entre las variables uso de PAE y preservativo

		PRESERVATIVO		Total
		No	Si	
PAE	No	28	24	52
	Si	22	26	48
Total		50	50	100

Chi cuadrado de Pearson 0.423 no significativo

Fuente: Dpto. de Estadística Clínica del Bosque Quito

Elaboración: Gómez, Sonia. 2016

En relación al uso de PAE y preservativo en las participantes se reportaron que el uso entre las dos es casi similar por lo que no hay una significancia estadística pero combinan los dos métodos. Si bien no se encontró una significancia estadística llama la atención que un poco más del 50% de pacientes que usan preservativo usan en forma concomitante la PAE y el preservativo.

Tabla 7. Distribución de las participantes según método del ritmo.

RITMO	Frecuencia	Porcentaje
No	89	89%
Si	11	11%
Total	100	100%

Fuente: Dpto. de Estadística Clínica del Bosque Quito

Elaboración: Gómez ,Sonia. 2016

En relación a la Distribución de las participantes según el método del ritmo se reportó que el 11% lo utilizan como método anticonceptivo.

Tabla 8. Relación entre las variables uso de PAE y método del ritmo

		RITMO		Total
		No	Si	
PAE	No	49	3	52
	Si	40	8	48
Total		89	11	100

Prueba exacta de Fisher 0.112 no significativo

Fuente: Dpto. de Estadística Clínica del Bosque Quito

Elaboración: Gómez, Sonia. 2016

En relación al uso entre PAE y método del ritmo en las participantes se reportaron que no es significativo estadísticamente por el tamaño de la muestra. Pero un 8% de las participantes usan combinado este método.

Tabla 9. Distribución de las participantes según coito interruptus

COITO INTERRUPTUS	Frecuencia	Porcentaje
No	87	87%
Si	13	13%
Total	100	100%

Fuente: Dpto. de Estadística Clínica del Bosque Quito
Elaboración: Gómez, Sonia. 2016

En relación a la tabla de distribución de las participantes según el uso de coito interruptus se reportó que el 13% lo utilizan como método anticonceptivo.

Tabla 10. Relación entre las variables uso de PAE y coito interruptus

		COITO INTERRUPTUS		Total
		No	Si	
PAE	No	43	9	52
	Si	44	4	48
Total		87	13	100

Prueba exacta de Fisher 0.239 no significativo

Fuente: Dpto. de Estadística Clínica del Bosque Quito

Elaboración: Gómez, Sonia. 2016

Según la relación del uso de PAE frente al uso del coito interruptus entre las participantes no se encontró significativa en relación a la muestra.

Tabla 11. Distribución de las participantes según uso de inyectables

INYECTABLE	Frecuencia	Porcentaje
No	92	92%
Si	8	8%
Total	100	100%

Fuente: Dpto de Estadística Clínica del Bosque Quito

Elaboración:.. Gómez, Sonia. 2016

En relación al uso de inyectables en las participantes se reportó que el 8 % lo usan como método de planificación familiar.

Tabla 12. Relación entre las variables el uso de PAE e inyectables

		INYECTABLE		Total
		No	Si	
PAE	No	48	4	52
	Si	44	4	48
Total		92	8	100

Prueba exacta de Fisher 1.0 no significativo

Fuente: Dpto. de Estadística Clínica del Bosque Quito

Elaboración:.. Gómez, Sonia. 2016

En relación al uso de PAE frente al uso de inyectables se indica que estadísticamente no hay significancia pero en esta muestra también hay adolescentes que combinan los dos métodos.

Tabla 13. Distribución de las participantes según uso de implantes subdérmicos

IMPLANTE SUBDERMICO	Frecuencia	Porcentaje
No	92	92%
Si	8	8%
Total	100	100%

Fuente: Dpto. de Estadística Clínica del Bosque Quito

Elaboración:.. Gómez, Sonia. 2016

En relación al uso de implantes subdérmicos en las participantes se reportó que el 8% lo utilizan.

Tabla 14. Relación entre uso de PAE e implante subdérmico

		IMPLANTE SUBDERMICO		Total
		No	Si	
PAE	No	44	8	52
	Si	48	0	48
Total		92	8	100

Prueba exacta de Fisher 0.0 es significativo

Fuente: Dpto. de Estadística Clínica del Bosque Quito

Elaboración:.. Gómez, S. 2016

Significativo, las personas que usan implante subdérmico tienen menos probabilidad de usar también PAE, con una diferencia que alcanzó significancia estadística.

Tabla 15. Distribución de usuarias que usan parches

PARCHES	Frecuencia	Porcentaje
No	99	99%
Si	1	1%
Total	100	100%

Fuente: Dpto. de Estadística Clínica del Bosque Quito

Elaboración. Gómez, Sonia. 2016

En relación a la distribución de las usuarias que usan parche como método anticonceptivo se reportó que el 1% lo utilizan.

Tabla 16. Relación de participantes entre uso de PAE y parches

		PARCHES		Total
		No	Si	
PAE	No	51	1	52
	Si	48	0	48
Total		99	1	100

Prueba exacta de Fisher 1.0 no significativo

Fuente: Dpto. de Estadística Clínica del Bosque Quito

Elaboración:. Gómez, Sonia. 2016

En relación con la tabla de participantes entre uso de PAE y parches se determinó que no es significativo estadísticamente.

Tabla 17. Distribución de usuarias de DIU

DIU	Frecuencia	Porcentaje
No	99	99%
Si	1	1%
Total	100	100%

Fuente: Dpto. de Estadística Clínica del Bosque Quito

Elaboración: Gómez, Sonia. 2016

Según la distribución de las participantes se reportó que el 1% lo utilizan como método anticonceptivo.

Tabla 18. Relación entre el uso de PAE y DIU

		DIU		Total
		No	Si	
PAE	No	51	1	52
	Si	48	0	48
Total		99	1	100

Prueba exacta de Fisher 1.0 no significativo

Fuente: Dpto. de Estadística Clínica del Bosque Quito

Elaboración: Gómez, Sonia. 2016

En relación al uso entre la PAE y el DIU se encontró que no es significativo estadísticamente. No hay una relación entre las usuarias que toman PAE y usan el dispositivo intrauterino.

Tabla 19. Distribución de participantes según el estado civil.

ESTADO CIVIL	Frecuencia	Porcentaje
Divorciada	1	1,0
Unión Libre	1	1,0
Casada	4	4,0
Unión libre	8	8,0
Soltera	86	92,0
Total	100	100

Fuente: Dpto. de Estadística Clínica del Bosque Quito

Elaboración:.. Gómez, Sonia. 2016

En relación con el estado civil de las participantes, se encontró que la mayor cantidad de asistentes a la consulta externa se identificaron como solteras (92%)

Tabla 20. Relación entre uso de PAE y estado civil

		ESTADO CIVIL			
		Casada	Divorciada	Unión libre	Soltera
PAE	No	3	1	3	40
	Si	1	0	0	43
Total		4	1	3	83

Chi – cuadrado de Fisher 0.31; no significativo

Fuente: Dpto. de Estadística Clínica del Bosque Quito

Elaboración:.. Gómez, Sonia. 2016

En relación al uso de PAE y el estado civil podemos observar que el 43% de las mujeres que si toman PAE son solteras.

Tabla 21. Distribución de participantes según nivel de instrucción

INSTRUCCIÓN	Frecuencia	Porcentaje
Secundaria	53	53,0%
Superior	47	47,0%
Total	100	100,0%

Fuente: Dpto. de Estadística Clínica del Bosque Quito

Elaboración:.. Gómez, Sonia. 2016

En relación a la distribución del nivel de instrucción de las participantes se aprecia que el 53% de las asistentes son de instrucción secundaria y el 47% son de instrucción superior.

Tabla 22. Relación de participantes de PAE según el nivel de instrucción.

		INSTRUCCIÓN		Total
		Secundaria	Superior	
PAE	No	29	23	52
	Si	24	24	48
				100

Chi-cuadrado de Pearson 0,56; no significativo

Fuente: Dpto. de Estadística Clínica del Bosque Quito

Elaboración:.. Gómez, Sonia. 2016

En relación con el de uso del método de PAE según el nivel de instrucción no se encontró una diferencia con significancia estadística para el nivel de instrucción secundario y superior su uso es similar.

Tabla 23. Distribución de participantes según edad de inicio de la vida sexual activa.

EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA	Frecuencia	Porcentaje
13	2	2%
14	5	5%
19	5	5%
15	13	13%
16	21	21%
18	23	23%
17	31	31%
Total	100	100%

Fuente: Dpto. de Estadística Clínica del Bosque Quito

Elaboración:.. Gómez, Sonia. 2016

Con relación al Inicio de vida sexual activa se encontró que la mayor cantidad de adolescentes inician la vida sexual activa a los 17 años. (31%)

Tabla 24. Frecuencia de participantes según número de parejas sexuales.

NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES	Frecuencia	Porcentaje
1	62	62%
2	25	25%
3	11	11%
4	1	1%
5	1	1%

Fuente: Dpto. de Estadística Clínica del Bosque Quito

Elaboración:.. Gómez, Sonia. 2016

En relación al número de parejas el 62% de las participantes tiene una sola pareja sexual

Tabla 25. Distribución de los participantes según enfermedades de transmisión sexual

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	Frecuencia	Porcentaje
Candidiasis vaginal	19	19%
Gardnerella vaginalis	11	11%
Gonorrea	1	1%
HPV	12	12%
Ninguna	49	49%
Tricomoniasis	4	4%
Vaginosis mixta	4	4%
Total	100	100%

Fuente: Dpto. de Estadística Clínica del Bosque Quito

Elaboración:.. Gómez, Sonia. 2016

Según las enfermedades de transmisión sexual que no se contagiaron en un 49% . Sin embargo si presentan contagios por Candidiasis vaginal en un 19% pero en tercer lugar está la presencia de HPV en un 12 % de las participantes

Tabla 26. Relación entre usuarias de PAE y enfermedades de Transmisión sexual

		ETS			
		Candidiasis vaginal	Gardnerella vaginalis	Gonorrea	HPV
PAE	No	10	6	0	9
	Si	9	6	1	3
Total		19	12	1	12

Chi – cuadrado de Pearson 0,629; no significativo

Fuente: Dpto. de Estadística Clínica del Bosque Quito

Elaboración. Gómez, Sonia. 2016

Según la relación entre el uso de PAE y las ETS estadísticamente no hay significancia ya que la mayoría de participantes reportaron no haberse contagiado de alguna ETS pero de las usuarias de PAE hay un 19% que si lo hicieron.

Tabla 27. Distribución de usuarias según número de gestas

GESTAS	Frecuencia	Porcentaje
0	75	75%
1	22	22%
2	2	2%
3	1	1%
Total	100	100%

Fuente: Dpto. de Estadística Clínica del Bosque Quito

Elaboración: Gómez, Sonia. 2016

En relación al número de gestas de las participantes que acuden a la consulta de planificación familiar se reportó que 75% no se han embarazado nunca.

Tabla 28. Distribución de usuarias según número de partos

PARTOS	Frecuencia	Porcentaje
0	94	94%
1	5	5%
2	1	1%
Total	100	100%

Fuente: Dpto. de Estadística Clínica del Bosque Quito

Elaboración:.. Gómez, Sonia. 2016

En relación a la distribución de usuarias según el número de partos se reporta que el 94% de las participantes nunca han tenido un parto.

Tabla 29. Distribución de usuarias según número de cesáreas

CESAREAS	Frecuencia	Porcentaje
0	97	97%
1	3	3%
Total	100	100%

Fuente: Dpto. de Estadística Clínica del Bosque Quito

Elaboración: Gómez, Sonia. 2016

En relación a la distribución de las participantes y el número de cesáreas se reportó que el 97% no la tiene

Tabla 30. Distribución de usuarias según número de abortos

ABORTOS	Frecuencia	Porcentaje
0	82	82%
1	17	17%
2	1	1%
Total	100	100%

Fuente: Dpto. de Estadística Clínica del Bosque Quito

Elaboración. Gómez, Sonia. 2016

Según la distribución del número de abortos se reporta que el 82% de las participantes no han abortado mientras que el 18% restante si lo han hecho.

Tabla 31. Frecuencia de usuarias de PAE en relación con el número de abortos.

		ABORTOS			Total
		0	1	2	
PAE	No	41	10	1	52
	Si	41	7	0	48
Total		82	17	1	100

Chi – cuadrado de Pearson 0.504 no significativo

Fuente: Dpto. de Estadística Clínica del Bosque Quito

Elaboración:. Gómez, Sonia. 2016

En relación a la frecuencia de PAE y el número de abortos en las participantes se reportó como no significativo.

CAPITULO IV

4.1 Discusión

El embarazo no deseado en el Ecuador ha aumentado y con ello el riesgo de abortos provocados por esta razón el Gobierno y el Ministerio de Salud Pública realizan esfuerzos para disminuir estas tasas decretando el libre acceso a métodos de anticoncepción y en especial a la PAE.

Es difícil para este estudio comparar resultados exactos con otros estudios ya que no existen iguales sino parecidos.

Los resultados en esta investigación son:

Edad promedio de adolescentes que acuden en forma espontánea al servicio de planificación familiar es de 17.9 años teniendo mayor acceso para acudir, tomando en cuenta que la clínica del Bosque es un centro privado dirigido a un nivel social y económico de clase media alta. En el estudio realizado en Quito por (Ortíz & Segovia, 2014) en el que se indica que las adolescentes buscan atención para planificación familiar a los 17 años promedio de forma espontánea y en ambos estudios referente a la edad hay similitud.

Con respecto al **estado Civil** podemos ver que la mayor parte de nuestros participantes son Solteras (92%) teniendo una similitud al estudio de (Leiva, y otros, 2010) en México en el que se analizó que el 93.4% de sus participantes también tienen como estado civil solteros indicándonos que la actividad sexual en adolescentes empieza antes de formalizar una relación estable.

Con respecto al **grado de instrucción** que acuden a la consulta de planificación familiar vemos que el 53% de las asistentes son instrucción secundaria y el 47% de instrucción superior de las cuales el 24% de ambas condiciones usan PAE encontrándose una similitud con el estudio realizado en el Perú por (Peña, Aspilcueta, Calderón, & Alzamora, 2008) . Con respecto a esta variable nos damos cuenta que el acceso y la información de uso de Planificación familiar esta dado a un nivel de mayor educación. Aquí todas las participantes siguen estudiando en el nivel secundario y superior.

De acuerdo a la variable de **uso de PAE** nos damos cuenta que el 48% de las asistentes si han utilizado PAE alguna vez, sola o en conjunto con otro método anticonceptivo ya que se lo toma como emergencia ante el mal uso del método usado o el hecho de una relación sin ninguna protección. Hecho que no se encuentra con similitud en el estudio de (Ortíz & Segovia, 2014) en Quito a pesar de que no es igual se indica que el 22.9 % sabe que la PAE es de emergencia pero el 24.7% considera que es un método de continuidad.

En las variables relacionadas al **uso de los diferentes métodos anticonceptivos y el uso de PAE** podemos resumir que el uso de gestágenos orales en las participantes es del 16% pero que la probabilidad de que una mujer tome PAE es menor.

Con respecto al **uso de preservativo** en nuestra investigación podemos determinar que un poco más del 50% de participantes usan preservativo pero es concomitante con el uso de PAE a pesar de que la muestra sea pequeña y estadísticamente no sea significativa definitivamente llama la atención, lo cual indica que los adolescentes están usando PAE cada vez que se olvidan de usar el preservativo y usando la PAE como método anticonceptivo rutinario. Según el estudio realizado por (Ortíz & Segovia, 2014) se examinó sus resultados sobre conocimiento de métodos anticonceptivos, se encontró que el preservativo (25.3%) es el método más conocido entre los adolescentes, en segundo lugar se encuentra la ligadura (15.4%) y en tercero los anticonceptivos hormonales. Lo que nos indica que el preservativo es el más usado

En relación al resto de métodos anticonceptivos se observa que en la muestra las adolescente también utilizan otros métodos anticonceptivos como ritmo el 11%, coito interruptus el 13%, inyectable 8%, el implante subdérmico el 8%, parches 1% y DIU el 1%. Observándose que a pesar de que nuestra muestra sea pequeña el uso de Implante subdérmico es el que permite a las adolescentes utilizar un método más adecuado por la comodidad del mismo hace que no corran riesgo de embarazo no deseado y tampoco recurran al uso frecuente de PAE.

En relación al estudio realizado por (Orozco, 2012) en el total de adolescentes que encuestaron obtuvieron como resultados 28% ha utilizado anticonceptivos orales,

el 24% preservativos, el 21 inyectables, el 6% Dispositivo intrauterino y el 2% otros como los implantes subdérmicos y Naturales. Concluyendo que los adolescentes no adoptan métodos más seguros como el implante y en el caso de embarazos anteriores el DIU, cuya protección es por un tiempo más largo y dan mayor seguridad por brindar un tiempo prolongado sin que las adolescentes estén preocupadas por cumplir diariamente. Estos últimos datos se relacionan a nuestro estudio.

En el Inicio de Vida Sexual Activa (IVSA) se observa que el 31% de las adolescentes iniciaron su vida sexual activa a los 17 años cercano al estudio realizado en México por (Leiva, y otros, 2010) estudio en el que se observa concordancia y similitud con nuestro estudio en el que también se observa que inician a los 17 años permitiéndonos darnos cuenta que es el grupo atareo donde se debe reforzar e insistir sobre temas de planificación familiar.

En relación a la variable de abortos en las participantes se observó que un 18% de las usuarias tuvieron un aborto provocado y a pesar de que la muestra sea pequeña es bastante alarmante lo que indica, que dentro del grupo de mujeres que quedan embarazadas deciden abortar, frente a esta variable no hay cifras descritas por autores en investigaciones relacionadas al tema de anticoncepción sino únicamente las cifras dadas por organismos internacionales pero consideramos importante exponerlas porque en nuestro estudio todas las participantes que han tenido un aborto este es reportado como provocado.

Los resultados obtenidos en esta investigación si aportan a investigaciones futuras y a programas que se deben plantear a nivel institucional privado y gubernamental porque dan pautas en que métodos tenemos que poner mayor especificidad en los adolescentes.

4.2 Limitaciones y Sesgos

Las limitaciones principales que encontramos en este estudio fue que al ser la Clínica del Bosque un centro privado de atención de salud con pacientes de clase económica y social media alta no podemos comparar con otro grupo socio – económico.

Se procuró evitar sesgos de información y medición, utilizando una metodología uniforme, basada en los criterios de inclusión y exclusión que se tomaron de la base de datos de las historias clínica.

CAPITULO V.

PROPUESTA

PLAN EDUCATIVO

Plan educativo de prevención para uso correcto de métodos anticonceptivos en adolescentes

Justificación

Dentro del plan educativo se encuentra el rol fundamental que realiza la Obstetra como parte del equipo de atención primaria en salud considerándolo como pilar importante de organización en el servicio de salud sexual y reproductivo, captación de pacientes en consulta externa y desde ahí poder dirigir las estrategias comunicacionales para llegar al grupo de adolescentes e impartir conocimientos sobre la importancia del uso de métodos anticonceptivos y su correcto uso para evitar embarazos no deseados y una auto responsabilidad en su vida sexual y reproductiva.

Con este plan educativo lo que pretendemos es lograr disminuir las ideas confusas que tiene las adolescentes al uso indiscriminado de la PAE al pensar que es la salida para un embarazo no deseado al no usar correctamente un método anticonceptivo ya sea por olvido o falta de conocimiento de otros métodos más seguros y la están usándola como rutina.

Objetivo general

Realizar un plan educativo de prevención para uso correcto de anticonceptivos en adolescentes promoviendo el uso correcto de los mismos.

Objetivos específicos

1.-Organizar talleres educativos de capacitación para el uso adecuado de métodos anticonceptivos.

2.- Crear spot publicitario por redes sociales (Facebook) de clínica del Bosque referentes a uso adecuado de métodos anticonceptivos.

3.-Entregar material sobre métodos anticonceptivos mediante tríptico explicativo referente al tema y su correcto uso.

Por esta razón creamos:

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES (VER ANEXO II, III, IV, V)

-Un esquema de 4 talleres cada taller estará estructurado con una duración de 45 minutos que será impartida cada semana en la sala de conferencias de Clínica del Bosque con un lenguaje claro y fácil de comprender por los adolescentes.

-Primer taller: temas abarcados Métodos naturales y de barrera, ventajas y desventajas, taller práctico uso adecuado de preservativo preguntas y respuestas de los asistentes.

-Segundo taller: temas Métodos orales, inyectables y PAE, ventajas y desventajas, taller práctico con materiales físicos de los métodos indicar su uso correcto, preguntas y respuestas de los asistentes.

-Tercer taller: temas Implantes subdérmicos y Dispositivos intrauterinos, ventajas y desventajas, taller práctico video de aplicación y conocer físicamente los métodos motivos de la charla, preguntas y respuestas de los asistentes.

- Cuarto taller: temas de refuerzo de los métodos hablados en conferencias anteriores y realización de examen físico a los adolescentes asistentes ya con indicaciones individuales.

. En la actualidad apreciamos la importancia del uso de las redes sociales en los adolescentes razón por la que también creamos un spot publicitario que se enviará a través del Facebook de la clínica creando la expectativa del uso correcto de los anticonceptivos y la invitación a las conferencias. De esta manera lograremos replicar la invitación a un mayor grupo de usuarios únicamente creando la expectativa para la asistencia y así puedan develar inquietudes de forma gratuita ya que los talleres y charla no tienen costo alguno.

-También crearemos un tríptico explicativo que se colocará en el counter de la recepción para que lo puedan tomar las usuarias del servicio de consulta externa

con imágenes y diálogos cortos de fácil entendimiento para las adolescentes en el que indicamos los métodos más usados pero siempre invitándolas a la asistencia a talleres.

CAPITULO VI

6.1 Conclusiones

El trabajo de investigación sobre la PAE determinó que la edad promedio de relaciones sexuales inicia a los 17 años en el grupo de pacientes en nuestro estudio.

En lo referente al uso de PAE se concluye que las adolescentes un 48% de las usuarias si utilizaron alguna vez en su vida PAE sola o lo combinaron con otro método porque con ese fallaron o simplemente se olvidaron de usar un método de protección y lo utilizan como alternativa.

Con respecto al uso del resto de anticonceptivos concluimos que el preservativo es muy usado entre los adolescentes pero llamando la atención que se usa en concomitancia con la PAE, indicando la falta responsabilidad en la adopción de un método de continuidad.

En relación al uso de implante subdérmico vemos que lo usaron el 8% en nuestro estudio pero nos permite damos cuenta que es el que mayor seguridad les brinda por ser un método a largo plazo permitiéndoles no incurrir en el olvido y no presentan la necesidad de usar la PAE como método alternativo.

6.2 Recomendaciones

Recomendamos que se impulse el plan educativo no solo en nuestro centro de atención sino también a nivel público sobre el uso correcto de anticonceptivos entre adolescentes haciendo que sean más conscientes en su uso correcto.

Hacer uso de medios de comunicación a través de charla educativa, tríptico de fácil visualización, entendimiento y usar los medios de comunicación social como el Facebook para crear en los adolescentes el interés de conocer a través de un profesional de la salud para obtener una información adecuada.

Seguir creando más investigaciones a nivel privado y estatal para poder detectar riesgos y falencias en las adolescentes acerca del grado de conocimiento

y accesibilidad a métodos de contracepción y poder establecer soluciones a tiempo para evitar sus consecuencias.

Promover el uso de método a largo plazo ya que esto permite un mayor control de la natalidad por la comodidad que estos ofrecen a las adolescentes permitiéndoles no estar preocupadas por usar un método que pueden olvidarse con facilidad o porque no les brinda discreción.

BIBLIOGRAFÍA

- Alba, R., & Cabrera, D. (2011). Conocimientos sobre uso de métodos anticonceptivos y su relación con riesgo reproductivos en adolescentes de los quintos y sextos curso del Colegio Técnico Federico Pérez del Cantón Otavalo, Provincia de Imbabura periodo 2009 - 2010. Recuperado el 21 de Octubre de 2016, de Universidad Técnica del Norte: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/662>
- Antona, & A. (2001). "Promoción de la salud y Prevención de Enfermedades Sexuales ". Revista de Estudios de juventud, 55:31 -38.
- Croxatto, HB, Fuentealba, B., Brache, B, Salvatierra, A., y otros. (2002). Effects of the Yuzpe regimen, given during the follicular phase, upon ovarian function. Contraception, 121-128.
- Díaz, S., & Croxatto, H. (2005). Anticoncepción Hormonal de Emergencia. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva, 267-276.
- Ellertson, C. (Junio de 1996). History and Efficacy of Emergency Contraception. International Family Planning Perspectives, 22(2), 52-56.
- Garrido, M., Oliver, R., Muñoz, J., & Dominguez, C. (Diciembre de 2014). Anticoncepción mediante el uso del implante subcutáneo. Cuatro años de experiencia y su repercusión en la mejora de la calidad de vida en mujeres en situación de exclusión total. *matronas hoy*, 6-11.
- Gobierno Nacional de la República del Ecuador. (25 de Marzo de 2013). Decreto N0. 00002490. Registro oficial N0 919. Quito, Pichincha, Ecuador.
- Haspels, A. (1976). Postcoital estrogens in 3016 women. Contraception. PubMed, 375-376.
- INEC. (2014). Instituto Nacional de Estadísticas y Censos Ecuador. Recuperado el 17 de Octubre de 2016, de INEC: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacimientos-defunciones/>

- Izaguirre, L. (Enero de 2010). Diagnóstico de la situación de la promoción, oferta y demanda de la Anticoncepción de emergencia en Loja,Guayas,Pichincha,Esmeraldas y Chimborazo. Obtenido de Fundación Desafío y Coordinadora juvenil por la equidad de Género.: [www.fundaciondesafioec.org/pdf/informe%20diagnostico%20anticoncepción %20de%20emergencia.pdf](http://www.fundaciondesafioec.org/pdf/informe%20diagnostico%20anticoncepcion%20de%20emergencia.pdf)
- Jick, S., Hagberg, K., & Kaye, J. (2010). ORTHO EVRA and venous thromboembolism:and update. *contrception*. Pubmed, 81:452-3.
- Leiva, A., Chávez, R., Atienzo, E., Allen, B., Ramírez, D., & Yunes, E. (2010). Anticoncepción de emergencia en estudiantes mexicanos. *Salud Pública de México*, 156-164.
- Lim, S., Iheagwara, K., Legano, N., & Coupey, S. (2008). Emergency contraception: are pediatric residents counseling and prescribing to teens? *Pediatr Adolesc Gynecol*, 129-134.
- Lindsay, M., Joseph, B., Stanford, M., & Jann, D. (Marzo de 2012). Use of Levonorgestrel Emergency Contraception In Uttah: Is it More than"Plan B"? *Perspectives on Sexual and Reproductive Healt*, IV, 22-29.
- Lituma, G. M. (2015). Conocimientos,Actitudes y prácticas sobre la anticoncepción oral de emergencia en las adolescentes escolarizadas en la ciudad de Cuenca, 2014: Universidad de Cuenca. Recuperado el 21 de Octubre de 2016, de Universodad de Cuenca: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21266/1/TESIS.pdf>
- Martín, A. (2004). La anticoncepción de emergencia en América latina y el Caribe. *Panam Salus Públia*, 16(6), 424-431.
- Martinez M;Navalón Z;LabradorR. (2015). Anticoncepción Intrauterina. *Protocolos SEGO/SEG*, 4-6.
- Mena, M. (2016). Disponibilidad de medicamentos esenciales en Ecuador. *Lancet*, 56-63.

- MINSa del Perú. (2015). Conociendo los métodos anticonceptivos: Planifica tu futuro. Recuperado el 15 de Octubre de 2016, de Planifica tu futuro: www.minsa.gov.pe/
- MSP. (2007). Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes en Ecuador. Recuperado el 17 de Octubre de 2016, de Ministerio de Salud Pública:
<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Plan%20Nacional%20de%20Prevenci%C3%B3n%20del%20Embarazo%20en%20Adolescente%20Ecuador.pdf>
- OMS. (2004). "Recomendaciones sobre prácticas seleccionada para el uso de anticonceptivos". Recuperado el 17 de Octubre de 2016, de Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/es/spr_es.pdf
- OMS. (Mayo de 2015). Planificación Familiar: OMS centro de prensa Nota descriptiva N 351. Obtenido de Oms centro de prensa: <http://www.who.int/medicacentre/factsheets/fs351/es/>
- OMS. (Febrero de 2016). Anticoncepción de Emergencia; OMS Centro de Prensa. Recuperado el 16 de Octubre de 2016, de OMS Centrod de Prensa: <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs244/es/>
- ONU noticias. (9 de Octubre de 2009). *UNFPA* advierte aumento de embarazos adolescentes en América Latina Centro de noticias de la ONU. Recuperado el 17 de Octubre de 2016, de Centro de noticias de la ONU: <http://www.un.org/spanish/News/story.asp?NewsID=16764#.WATD1qThCUI>
- OPA Office of population Affairs. (13 de 09 de 2016). Planificación Familiar hoja informativa: OPA Office of population Affairs. Obtenido de OPA Office of population Affairs: <https://www.hhs.gov/opa/pdfs/hoja-informativa-sobre-la-planificacion-familiar-natural.pdf>

Orozco, C. (15 de Marzo de 2012). Nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos y su relación con el embarazo en adolescentesSCS Recreo - Durán. Propuesta educativa: Universidad de Guayaquil. Recuperado el 21 de Octubre de 2016, de Universidad de Guayaquil: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1020/1/TESIS%20CARMEN%20%20OROZCO.pdf>

Ortíz, A., & Segovia, M. (2014). CONOCIMIENTOS SOBRE EL MECANISMO DE ACCION Y EL USO ADECUADO DEL ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA POR PARTE DE LAS ADOLESCENTES DE 11 A 19 AÑOS DE INSTTUCIONES PARTICULARES Y PÚBLICASDE LAS CIUDADES DE QUITO Y ATACAMES DURANTE EL ES DE OCTUBRE DEL 2013. Recuperado el 16 de Septiembre de 2016, de Repositorio.puce.edu.ec: <http://www.repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7363/11.27.001650>

Pantaleón.C, Q. (2013). Sexualidad y Anticoncepción en la adolescencia. *Pediatría Integral*, 171-184.

Peña, A., Aspilcueta, D., Calderón, J., & Alzamora, L. (2008). Características de los Usuarios que emplean Anticoncepción de emergencia en sedes de INPPARES de Cahimbote y Lima. *Salud,Sexualidad y Sociedad*, 1-11.

Quintana, C. (2013). Sexualidad y anticoncepción en la adolescencia. *Pediatría Integral*, 171-184.

Rodriguez, M. (Mayo de 2015). Anticoncepción ¿Qué necesitan los adolescentes? *Formación continuada de la Sociedad Española, III*, 69-79.

Rubio, C. (2008). Prevalencia del conocimiento en anticoncepción de emergencia hormonal en la población adolescente escolarizada de la ciudad de Bucaramanga :Universidad Industrial de Santander. Recuperado el 21 de Octubre de 2016, de Universidad Industrial de Santander. Facultad de Salud: repositorio.uis.edu.co/jspui/bistream/123456789/10129/2/126011.pdf

Secretaria de Salud. (2002). Introducción a los métodos anticonceptivos: Información general. México: ISBN968-811-927-X.

Szames, C., Vásquez, S., & Discacciati, V. (2012). Conocimiento, utilización y obtención de la anticoncepción hormonal de emergencia por adolescentes en Raush, provincia de Buenos Aires. *Revista Argentina Salud Pública* , 16-22.

Távora, L. (2010). PUESTA AL DÍA SOBRE LOS MECANISMOS DE ACCION DE LA ANTICONCEPCION ORAL DE EMERGENCIA. *FLASOG*, 2-6.

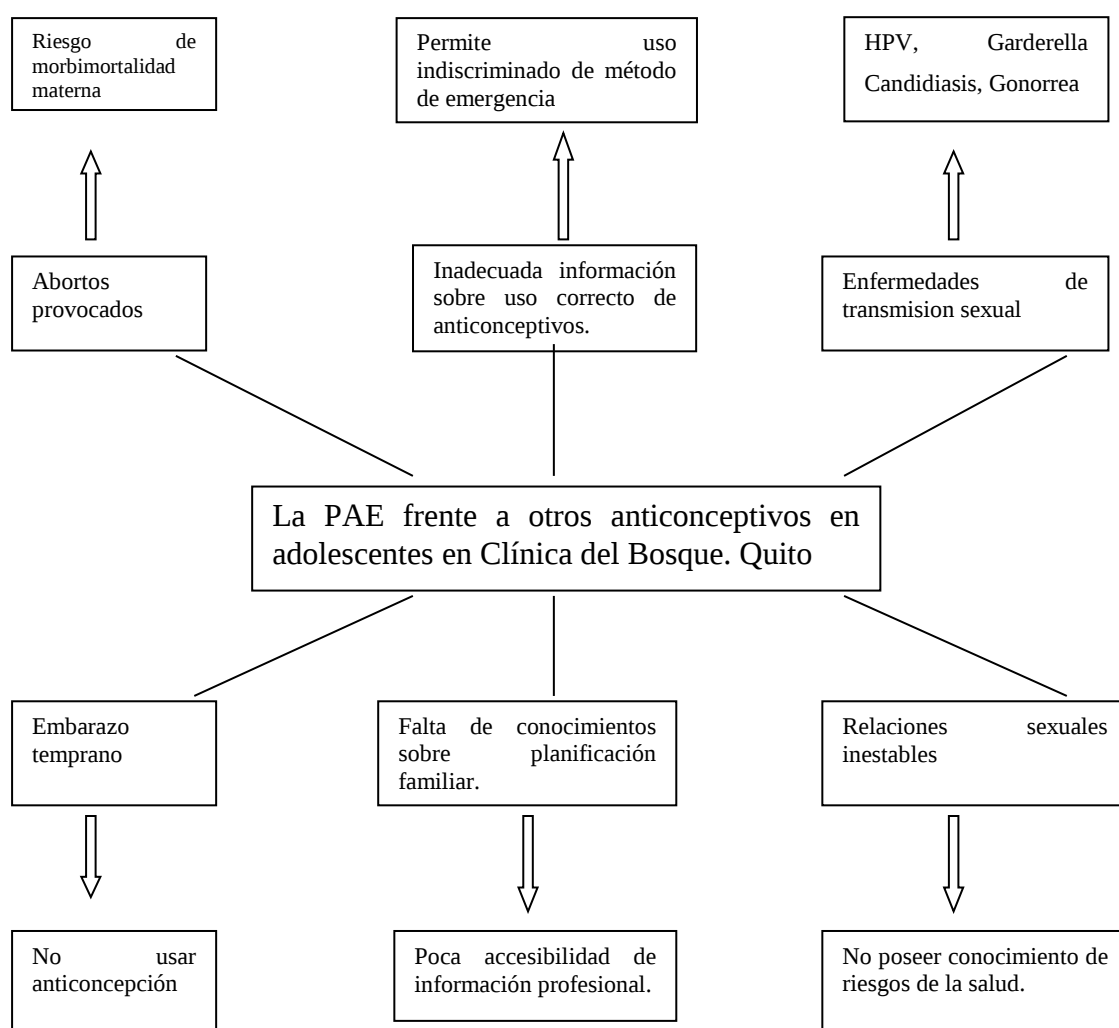
Trumper, E. (2007). Anticoncepción Hormonal de Emergencia: Guía de procedimientos para profesionales de la Salud. Recuperado el 17 de Octubre de 2016, de Guía de procedimientos para profesionales de la Salud:

http://www.msal.gob.ar/saludsexual/downloads/guias%20y%20cuadernos/AHE_gui_a_profesionales%5b2%5d.pdf

UNFPA. (13 de 09 de 2016). UNFPA ECUADOR. Obtenido de <http://www.unfpa.org>

ANEXOS

Anexo 1 Ilustración: Árbol de problemas



Fuente y elaboración: Datos de la investigación. Gómez, Sonia. 2016.

Anexo II

TALLER 1

TEMA	TIEMPO	DIRIGIDO A	RESPONSABLE	LUGAR
Métodos naturales. Ritmo y sintotérmico. Indicaciones Ventajas y desventajas	15 minutos	Adolescentes	Obst. Gómez	Clínica del Bosque
Métodos de barrera. Indicaciones Preservativo ventajas y desventajas. Práctica de colocación adecuada de preservativo	30 minutos	Adolescentes	Obst. Gómez	Clínica del Bosque.

Fuente y elaboración: Datos de la investigación. Gómez, Sonia. 2016.

Anexo III

TALLER 2

TEMA	TIEMPO	DIRIGIDO A	RESPONSABLE	LUGAR
Métodos hormonales. Indicaciones Tabletas e inyecciones. Ventajas y desventajas	20 min	Adolescentes	Obst. Gómez	Clínica del Bosque
PAE, indicaciones ventajas y desventajas. Práctica conocer físicamente los métodos hablados	25 min	Adolescentes	Obst. Gómez	Clínica del Bosque

Fuente y elaboración: Datos de la investigación. Gómez, Sonia. 2016.

Anexo IV

TALLER 3

TEMA	TIEMPO	DIRIGIDO A	RESPONSABLE	LUGAR
Implantes subdérmicos. Indicaciones, Ventajas y desventajas	15 min	Adolescentes	Obst. Gómez	Clínica del Bosque
Dispositivos intrauterinos. Indicaciones, Ventajas y desventajas. Práctica observación de video de colocación.	30 min	Adolescentes	Obst. Gómez	Clínica del Bosque

Fuente y elaboración: Datos de la investigación. Gómez, Sonia. 2016.

Anexo V

TALLER 4

TEMA	TIEMPO	DIRIGIDO A	RESPONSABLE	LUGAR
Recordatorio de Métodos. Ritmo, Barrera Orales, inyectables, PAE Implantes DIU	10 min	Adolescentes	Obst. Gómez	Clínica del Bosque
Control de examen físico	35 min o el requerido.	Adolescentes	Obst. Gómez	Clínica del Bosque

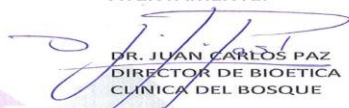
Fuente y elaboración: Datos de la investigación. Gómez, S. 2016.

Quito, 29 de Septiembre del 2016

AUTORIZACION

El comité de Bioética de la clínica del Bosque autoriza a la Obst. Sonia Gómez a que revise el archivo general de historias clínicas de Enero a Junio del 2016 de todas las pacientes que acuden a la consulta externa para planificación familiar.

ATENTAMENTE:



DR. JUAN CARLOS PAZ
DIRECTOR DE BIOÉTICA
CLÍNICA DEL BOSQUE

Clínica del Bosque
Telf. 2432-083
Quito-Ecuador

Dr. Juan Carlos Paz
GINECOLOGO
bro.3 "B" Folio 53 N° 157
cand. 7157

Av. Edmundo Carvajal Oe 5-167 entre Pasaje C y D • Telfs.: 2432-083 / 3319-133
Info@clinicadelbosque.com • Quito - Ecuador

Quito, 24 de octubre del 2016

CERTIFICACION

Certifico que el servicio de Gineco –Obstetricia de la clínica del Bosque aprueba la propuesta académica de la Obst. Sonia Gómez que a través de charla educativa, tríptico y spot para Facebook en la página de la clínica con el objetivo de llegar al grupo de adolescentes para poder impartir el uso correcto y adecuado de métodos de planificación familiar. Estamos seguros de que esta propuesta será de gran importancia para mejorar y disminuir las tasas de embarazo no deseados y sus consecuencias, aportando así en mejorar la salud de nuestro país.

ATENTAMENTE:



DR. JUAN CARLOS PAZ
JEFE DE SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA
CLÍNICA DEL BOSQUE

Dr. Juan Carlos Paz
GINECOLOGO
bro.3 "B" Folio 53 N° 157
cand. 7157

Clínica del Bosque
Telf. 2432-083
Quito-Ecuador

Av. Edmundo Carvajal Oe 5-167 entre Pasaje C y D • Telfs.: 2432-083 / 3319-133
Info@clinicadelbosque.com • Quito - Ecuador



Urkund Analysis Result

Sources included in the report:
Instances where selected sources appear:
0

[Handwritten signature]

Anexo VI. Hoja de base de datos de historia Clínica

Edad	15-19							
Estado civil	Soltera	Casada	Divorciada	Unión libre				
Instrucción	Secundaria	Superior						
Método anticonceptivo que usa	<u>Gestágeno oral</u> Si No	PAE Si No	Preservativo Si No	Ritmo Si No	Coito interruptus Si No	Implante Si No	Inyectable Si No	Parches Si No
N. de parejas sexuales	1 - 5							
ETS	Ninguna Si No	Candidiasis V. Si No	<u>Gardnerella Vaginalis</u> Si No	HPV Si No	<u>Vaginosis mixta</u> Si No	Gonorrea Si No		
Paridad	Gestas	Partos	Abortos	Cesáreas				

Anexo VII. Publicidad para Facebook



SE RESPONSABLE
con
tu sexualidad


Clínica del Bosque

GRATIS
Ven con tu pareja o tus amigos.
Infórmate
0998 944 988

Anexo VIII. Cara anterior de tríptico

DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)

Se lo coloca dentro del útero te brinda seguridad y sobre todo comodidad, al ser un método a largo plazo va a permitir tu cumplimiento en el uso.

MÉTODOS NATURALES

Son métodos que no utilizan ningún componente hormonal y que te vas a controlar a través de las fechas de tus ciclos menstruales, la temperatura y el moco cervical es ideal para las mujeres regulares, pero recuerda que cualquier preocupación o enfermedad pueden cambiar tu ciclo hormonal y puede no ser seguro.

Clinica del Bosque

GRATIS
Ven con tu pareja o tus amigas.
Infórmate
0998 944 988

Dr. Ail. Edmundo Corvalán Cel. 54-67 entre Pje. C y D.
Sector C.C. El Bosque
QUITO • ECUADOR

SE RESPONSABLE
con
tu sexualidad

Anexo IX. Cara posterior de tríptico

MÉTODOS PARA ADOLESCENTES

PRESERVATIVO
Específico que ayuda a controlar la natalidad pero su mayor importancia está en proteger de las enfermedades de transmisión sexual.



PAE LA PÍLDORA DEL DÍA DESPUÉS
Te sacará de un apuro si usaste en forma incorrecta algún método anticonceptivo o tuviste una relación sexual no protegida, pero ella es solo de emergencia, no es para todos los meses.



IMPLANTES SUBDÉRMICOS
Son ideales para tu edad, te brindan seguridad, la anticoncepción es cómoda y discreta; es un método a largo plazo lo colocamos en el brazo y no interfiere en tus actividades cotidianas.



TABLETAS ANTICONCEPTIVAS
Te ayudan en el control de la natalidad pero requieren tu responsabilidad en la toma diaria de las píldoras.



LAS INYECCIONES
Se las aplica cada mes respetando tu ciclo menstrual es cómodo, seguro y te brinda privacidad.



PARCHES ANTICONCEPTIVOS
Te brindan seguridad y comodidad en la colocación; aplicas un parche cada semana en lugares discretos, no se despegan al contacto con el agua y respetan tu ciclo menstrual.

