



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE ARTES Y HUMANIDADES**

**CARRERA DE INGENIERÍA EN PRODUCCIÓN Y DIRECCIÓN EN
ARTES MULTIMEDIA**

TEMA:

Estudio de la Incidencia de los Métodos de Planificación Familiar sobre el Incremento de Embarazos en Adolescentes y Desarrollo de una Aplicación para Dispositivos Móviles Educativa sobre el Control de la Natalidad

AUTORA:

Carriel Solarte Paulina Andrea

**Trabajo de Seminario de Graduación
Previo a la Obtención del título de:
INGENIERA EN PRODUCCIÓN Y DIRECCIÓN EN ARTES
MULTIMEDIA**

TUTOR:

Chóez Ortega David Ulises

Guayaquil, Ecuador

2014



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE ARTES Y HUMANIDADES**

**CARRERA DE INGENIERÍA EN PRODUCCIÓN Y DIRECCIÓN EN ARTES
MULTIMEDIA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por Paulina Andrea Carriel Solarte como requerimiento parcial para la obtención del Título de INGENIERA EN PRODUCCIÓN Y DIRECCIÓN EN ARTES MULTIMEDIA.

TUTOR

Lic. David Ulises Chóez Ortega

REVISORES

Ing. William Quimí Delgado, Mae.

Lcod. Byrone Tomalá, Mgs.

DIRECTOR DE LA CARRERA

Lcdo. Víctor Hugo Moreno

Guayaquil, a los 15 del mes de marzo del año 2014



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE ARTES Y HUMANIDADES**

**CARRERA DE INGENIERÍA EN PRODUCCIÓN Y DIRECCIÓN EN ARTES
MULTIMEDIA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Paulina Andrea Carriel Solarte**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación Estudio de la Incidencia de los Métodos de Planificación Familiar sobre el Incremento de Embarazos en Adolescentes y Desarrollo de una Aplicación para Dispositivos Móviles Educativa sobre el Control de la Natalidad previa a la obtención del Título de INGENIERA EN PRODUCCIÓN Y DIRECCIÓN EN ARTES MULTIMEDIA ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 15 del mes de marzo del año 2014

LA AUTORA:

Paulina Andrea Carriel Solarte



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE ARTES Y HUMANIDADES**

**CARRERA DE INGENIERÍA EN PRODUCCIÓN Y DIRECCIÓN EN ARTES
MULTIMEDIA**

AUTORIZACIÓN

Yo, **Paulina Andrea Carriel Solarte**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: Estudio de la Incidencia de los Métodos de Planificación Familiar sobre el Incremento de Embarazos en Adolescentes y Desarrollo de una Aplicación para Dispositivos Móviles Educativa sobre el Control de la Natalidad, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 15 del mes de marzo del año 2014

LA AUTORA:

Paulina Andrea Carriel Solarte

AGRADECIMIENTO

GRACIAS A DIOS por la vida, la salud, la sabiduría, la paciencia y la perseverancia que me otorgó cada día desde que inicié mi carrera universitaria hasta el día de hoy que he llegado a mi meta.

Gracias infinitas a MI PADRE, Dr. Rogerio Carriel U. y a MI MADRE Sra. Luisa Solarte Cedeño, pilares de mi vida, quienes situaron lo mejor de cada uno en mí, inculcándome desde pequeña que el ser humano íntegro es aquel que sabe converger y cultivar equitativamente la mente y el espíritu; que no puede existir sabiduría sin caridad; que el ser humano no se define solamente por sus competencias como profesional, sino también por sus principios éticos valores cristianos. Queridos padres, gracias por haberme apoyado incansablemente, esto es una victoria tan suya como mía.

Gracias de corazón a MI NOVIO Luis Daniel Veintimilla Franco, quien fue mi compañero incondicional en esta lucha. Gracias por estar a mi lado en cada circunstancia, siempre con la palabra justa, la mente positiva y el corazón dulce. Gracias por creer en mí cuando había dificultades y por restablecer mi corazón con entusiasmo cuando el final se veía lejano. Tú eres tan parte de este logro como yo misma.

Gracias a MIS AMIGOS, bendiciones que llegaron a mi vida en los primeros meses del pregrado. Inseparables a través de los años universitarios aprendimos que la amistad y el trabajo no tienen que ser caminos separados. Juntos, hombro con hombro, nos apoyamos en las debilidades y sin dejar nunca a nadie atrás, todos estamos cumpliendo el mismo sueño rodeados de los que ahora son más que amigos, son hermanos del corazón. Gracias Ariana, Ginger, Evelyn, Hugo, Adrián, Marcelo, Melanie, Nagib.

Gracias a todos mis ángeles, seres de luz que Dios decidió poner en mi camino y en el de muchos de mis compañeros, seres humanos admirables a quienes tuve la bendición de conocer y quienes de varias maneras me ayudaron a llegar a este día: Dra. Lourdes Estrada de Soria, Mgs. Shirley Reyes, Ph. D. Raúl Larrea (+), Ing Wellington Villota y mi tutor Lic. David Chóez.

A todos GRACIAS, ya que sin ustedes este proyecto no hubiera podido ser.

Paulina A. Carriel Solarte

DEDICATORIA

A DIOS, mi Padre Espiritual, quien me inspiró a sumergirme en este proyecto de carácter sensible y humanitario de nuestra sociedad actual.

A MIS PADRES quienes me apoyaron sin condición en mi vida académica y a quienes deseo enorgullecer una vez más.

A MI NOVIO, mi compañero de proyecto no oficial, quien además de asesorarme técnicamente, me infundió de valor y de perseverancia para dar siempre lo mejor de mí y poder cumplir mi objetivo.

A las adolescentes, quienes son la razón de ser de este proyecto. A ellas he dedicado desde el primer día mi esfuerzo y profesionalismo, para mediante mis conocimientos, poder ofrecer una propuesta que contribuya con la disminución de esta problemática social.

A todo aquel quien esté participando en la lucha contra el embarazo adolescente y pueda utilizar mi trabajo como base o inspiración para presentar diferentes proposiciones de solución, que sigan ayudando a mermar este problema en nuestro país.

Paulina A. Carriel Solarte

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

LECTOR / DELEGADO

LECTOR / DELEGADO

DIRECTOR DE LA CARRERA



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE ARTES Y HUMANIDADES**

**CARRERA DE INGENIERÍA EN PRODUCCIÓN Y DIRECCIÓN EN
ARTES MULTIMEDIA**

CALIFICACIÓN

**LIC. DAVID ULISES CHÓEZ ORTEGA
PROFESOR GUÍA Ó TUTOR**

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	xx
ABSTRACT.....	xxi
CAPÍTULO 1: EL PROBLEMA.....	3
INTRODUCCIÓN.....	1
1.1.Tema.....	3
1.2. Planteamiento del Problema.....	3
1.3. Justificación del Proyecto.....	4
1.4. Objetivos del Proyecto.....	6
1.4.1. Objetivo General.....	6
1.4.2. Objetivos Específicos.....	7
1.5. Hipótesis.....	7
CAPITULO 2: FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA - MARCO TEÓRICO.....	9
2.1. Marco Histórico.....	9
2.1.1. Los Métodos Anticonceptivos desde la Antigüedad hasta Nuestros Días.....	9
2.1.1.2. Coitus Interruptus y Coitus Reservatus.....	10
2.1.1.3. El Condón Primitivo.....	11
2.1.1.4. Grandes Descubrimientos Contemporáneos: Espermicidas, Ogino, La Píldora y el DIU.....	11
2.1.2. Antecedentes Históricos de la Planificación Familiar.....	13
2.1.2.1. Opresión de la Sexualidad de la Mujer y su Rebelión.....	13
2.1.2.2. Margaret Sanger y su Lucha a Favor del Control de la Natalidad.....	14
2.1.2.3. Descenso de la Edad de la Menarquia.....	15
2.1.3. Antecedentes e Inicios de la Planificación Familiar en Ecuador.....	16
2.1.3.1. La Realidad Cotidiana.....	19
2.1.3.2. En Términos Para el País.....	20
2.1.4. Historia de APROFE.....	21
2.1.4.1.Pioneros Fundadores de APROFE.....	21
2.1.4.2. Primer Local en Guayaquil.....	24
2.1.4.3. El Factor Confianza.....	24
2.1.4.4. ¿La Píldora o el DIU?.....	25
2.1.4.5. Acontecimientos Políticos.....	26
2.1.4.6. La Crisis Interna.....	27
2.1.5. Breve Reseña Histórica de la Telefonía Móvil.....	28
2.1.5.1. Las Generaciones de la Telefonía Inalámbrica.....	29
2.1.5.1.1. Primera Generación (1G).....	29
2.1.5.1.2. Segunda Generación (2G).....	29
2.1.5.1.3. Generación 2.5 G.....	30
2.1.5.1.4.Tercera Generación (3G).....	30
2.1.5.1.5. Generación 4G.....	31
2.2. Marco Conceptual.....	32
2.2.1. El Adolescente.....	32
2.2.2. El Embarazo.....	32
2.2.2.1. Fecundación.....	33

2.2.2.2. Concepción.....	34
2.2.2.3. Anidación	34
2.2.3. Anticoncepción.....	35
2.2.3.1. Naturales	36
2.2.3.2. Barrera	36
2.2.3.3. Hormonales	37
2.2.3.4. DIU	38
2.2.3.5. Esterilización Voluntaria	39
2.2.4. La Planificación Familiar	39
2.2.5. Dispositivos Móviles	39
2.2.5.1. El Teléfono Móvil.....	40
2.2.5.2. El Smartphone	41
2.2.5.3. Sistemas Operativos	41
2.3. Marco Referencial.....	42
2.3.1. Comportamiento Sexual y Reproductivo del Adolescente	42
2.3.1.1. Sexualidad y Fecundidad del Adolescente	42
2.3.1.2. Desarrollo Social.....	43
2.3.1.3. Asesoramiento.....	44
2.3.1.4. Escogencia del Método Anticonceptivo	45
2.3.2. Programas Ecuatorianos a Favor de la Planificación Familiar y Control del Embarazo Adolescente	46
2.3.2.1. Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENIPLA)	46
2.3.2.2. ¡Habla Serio! Sexualidad sin Misterios	46
2.3.2.3. APROFE.....	47
2.3.3. La Instrucción Educativa y su Incidencia en el Conocimiento de los Métodos de Planificación Familiar en Ecuador.....	48
2.3.4. Contraste entre el Conocimiento sobre los Métodos de Planificación Familiar y su Uso Real	51
2.3.5.1. Posesión y Uso del Smartphone.....	54
2.3.5.2. Acceso a Internet	58
2.3.5. Eficacia del Uso del Smartphone como Medio de Información entre los Jóvenes....	53
2.4. Marco Legal.....	64
2.4.1. Constitución del Ecuador	64
2.4.2. Registro Oficial 919	65
CAPITULO 3: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	69
3.1. Tipo de Estudio	69
3.2. Población y Muestra	70
3.2.1. Población.....	70
3.2.2. Muestra	71
3.3. Fuentes de Información	75
3.3.1. Fuentes Primarias.....	75
3.3.2. Fuentes Secundarias.....	75
3.4. Técnicas de Recolección de Datos.....	77
3.4.1. Encuesta	77
3.4.2. Entrevista	78

3.4.3. Observación	78
3.5. Instrumentos.....	79
3.6. Cronograma	81
CAPITULO 4: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	83
4.1. Encuestas.....	83
4.1.1. Tabulación.....	83
4.1.2. Análisis y Representación de los Datos	92
4.1.3. Interpretación de Resultados.....	116
4.2. Observación.....	120
4.2.1. Tabulación.....	120
4.2.2. Análisis y Representación de los Datos	123
4.2.3. Interpretación de Resultados.....	127
4.3. Entrevista a Profundidad	129
CAPITULO 5: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN TÉCNOLÓGICA.....	133
5.1. Descripción del Proyecto	133
5.2. Alcance.....	133
5.3. Especificaciones Funcionales	135
5.3.1. Envío de Datos Mediante Formulario.....	135
5.3.2. Registros y Consultas de Base de Datos	135
5.3.3. Geolocalización y Mapas de Google	136
5.3.4. Enlaces Externos	136
5.4. Módulos de la Aplicación	136
5.4.1. La Institución - APROFE.....	136
5.4.2. Métodos Anticceptivos.....	137
5.4.3. Preguntas	137
5.4.4. Un APROFE Cerca	137
5.4.5. Redes Sociales	137
5.5. Especificaciones Técnicas.....	138
5.5.1. Diseño de Base de Datos	138
5.5.1.1. Descripción de Tablas	140
5.5.1.2. Formatos para Almacenamiento de Información	143
5.5.1.2.1. Integer, Int.....	143
5.5.1.2.2. Varchar	143
5.5.1.2.3. Text.....	143
5.5.1.2.4. LongBlob	143
5.6. Funciones del Aplicativo	143
5.7. Manual de Usuario.....	145
5.7.1. Paso 1: Descarga de la Aplicación	145
5.7.10. Paso 10: Servicios	154
5.7.2. Paso 2: Instalación de la Aplicación en el Dispositivo Móvil	145
5.7.3. Paso 3: Pantalla Principal o Inicio	146
5.7.4. Paso 4: Menú Principal	146
5.7.5. Paso 5: Menú Redes Sociales y Sitio Web	147
5.7.6. Paso 6: Menú Anticonceptivos.....	148
5.7.7. Paso 7: Menú Preguntas	149
5.7.8. Paso 8: Envío de Pregunta Personal.....	151

5.7.9. Paso 9: Centros	152
5.8. Plan de Mercadeo	155
5.8.1. Estrategias de Servicio	155
5.8.2. Estrategias de Precio	156
5.8.3. Canales de Distribución	158
5.8.4. Promoción	161
5.9. Análisis Financiero	164
5.9.1. Financiamiento del Proyecto	164
5.9.2. Proyecciones de Ventas y Gastos	164
5.9.2.1. Ingresos	164
5.9.2.2. Gastos	166
5.9.3. Flujo de Caja	169
5.9.4. Retorno de Inversión	170
CAPITULO 6: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	172
6.1. Conclusiones	172
6.2. Recomendaciones	173
BIBLIOGRAFÍA	174
ANEXO 1: TECNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	178
7.1.1. Entrevista a la Dra. Abigail Carriel de Roque, Especialista en Gerencia de Servicios de Salud en APROFE	179
7.1.2. Entrevista a la Dra. Glenda San Miguel, Gineco - Obstetra en APROFE	190
7.1. Transcripción de la Entrevista a Profundidad	179
7.2. Modelo de la Encuesta	194
7.3. Matrices de las Observaciones	195

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 <i>Primer Directorio de APROFE</i>	23
Tabla 2 <i>Estadísticas de de Alfabetización</i>	50
Tabla 3 <i>Total Porcentaje de Conocimiento sobre Planificación Familiar</i>	52
Tabla 4 <i>Población Femenina que Sí y No conoce de Planificación Familiar por Grupos de Edad</i> 52	
Tabla 5 <i>Población Femenina que Sí y no conoce de Planificación Familiar por Nivel de Instrucción</i>	53
Tabla 6 <i>Sólo Población Femenina que Usa los Métodos de Planificación Familiar</i>	53
Tabla 7 <i>Distribución de Métodos Anticonceptivos Gratuitos en Centros de Salud Pública</i>	67
Tabla 8 <i>Parámetros para Fórmula de la Muestra</i>	73
Tabla 9 <i>Valor de z: Nivel de Confianza</i>	73
Tabla 10 <i>Valores para la Fórmula de la Muestra del Presente Caso de Estudio</i>	74
Tabla 11 <i>Detalle de Instrumentos Utilizados en Técnicas de Recolección de Datos</i>	80
Tabla 12 <i>Detalle las Actividades del Cronograma</i>	81
Tabla 13 <i>Totales de Adolescentes Encuestadas por Rango Edad</i>	83
Tabla 14 <i>Nivel de Conocimiento de los Métodos Anticonceptivos</i>	83
Tabla 15 <i>Primera Instrucción de las Adolescentes sobre Métodos Anticonceptivos</i>	84
Tabla 16 <i>Fuentes de Información sobre los Métodos Anticonceptivos</i>	84
Tabla 17 <i>Nivel de Asistencia a la Consulta Ginecológica</i>	85
Tabla 18 <i>Frecuencia de Asistencia a la Consulta Ginecológica</i>	85
Tabla 19 <i>Motivos de las Adolescentes para Asistir a la Consulta Ginecológica</i>	86
Tabla 20 <i>Motivos de las Adolescentes para No Asistir a la Consulta Ginecológica</i>	86
Tabla 21 <i>Centros de Salud a los que Asisten las Adolescentes para la Consulta Ginecológica</i>	87
Tabla 22 <i>Adolescentes Sexualmente Activas</i>	87
Tabla 23 <i>Nivel de Utilización de los Métodos Anticonceptivos por las Adolescentes Sexualmente Activas</i>	87

Tabla 24 <i>Métodos Anticonceptivos Usados por las Adolescentes</i>	88
Tabla 25 <i>Motivos de las Adolescentes para No Usar los Métodos Anticonceptivos</i>	89
Tabla 26 <i>Nivel de Conocimiento sobre la Píldora de Emergencia</i>	89
Tabla 27 <i>Adolescentes que Poseen Smartphone</i>	90
Tabla 28 <i>Marca del Smartphone de las Adolescentes</i>	90
Tabla 29 <i>Acceso al Internet al Menos Una vez a la Semana por las Adolescentes</i>	91
Tabla 30 <i>Aceptación de una Posible Aplicación para Dispositivos Móviles sobre Centros de Salud y Salud Sexual y Reproductiva</i>	91
Tabla 31 <i>Total de Mujeres que Asistieron a la Consulta Ginecológica – Feb 12</i>	121
Tabla 32 <i>Total de Mujeres Jóvenes que Asistieron Acompañadas a la Consulta Ginecológica – Feb 12</i>	121
Tabla 33 <i>Identidad del Acompañante de la Joven que Asiste a la Consulta Ginecológica – Feb 12</i>	121
Tabla 34 <i>Total de Mujeres que Asistieron a la Consulta Ginecológica– Feb 15</i>	122
Tabla 35 <i>Total de Mujeres Jóvenes que Asistieron Acompañadas a la Consulta Ginecológica – Feb 15</i>	122
Tabla 36 <i>Identidad del Acompañante de la Joven que Asiste a la Consulta Ginecológica – Feb 15</i>	122
Tabla 37 <i>Detalle de los Campos de la Tabla “APROFE”</i>	140
Tabla 38 <i>Detalle de los Campos de la Tabla “MET_ANTICONCEP”</i>	140
Tabla 39 <i>Detalle de los Campos de la Tabla “FORMULARIO”</i>	141
Tabla 40 <i>Detalle de los Campos de la Tabla “PREGUNTA”</i>	141
Tabla 41 <i>Detalle de los Campos de la Tabla “CONSEJO”</i>	141
Tabla 42 <i>Detalle de los Campos de la Tabla “PUBLICIDAD”</i>	142
Tabla 43 <i>Detalle de los Campos de la Tabla “CENTRO”</i>	142
Tabla 44 <i>Detalle de los Campos de la Tabla “SERVICIO”</i>	142
Tabla 45 <i>Costos de Promoción para la Aplicación para Móviles</i>	163

Tabla 46 <i>Ingresos Anuales</i>	165
Tabla 47 <i>Maquinarias y Equipos</i>	166
Tabla 48 <i>Muebles y Equipos de Oficina</i>	166
Tabla 49 <i>Personal Operativo</i>	167
Tabla 50 <i>Gastos Generales de Producción</i>	168
Tabla 51 <i>Capital de Trabajo</i>	168
Tabla 52 <i>Flujo de Caja</i>	169
Tabla 53 <i>TIR - VAN</i>	170
Tabla 46 <i>Ingresos Anuales</i>	171

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 <i>Porcentaje de Asistencia Escolar</i>	49
Gráfico 3 <i>Porcentaje de Alfabetización</i>	49
Gráfico 4 <i>Porcentaje de Personas que Tienen Celular Activado</i>	54
Gráfico 5 <i>Porcentaje de Personas que Tienen Celular Activado – Por Sexo</i>	55
Gráfico 6 <i>Porcentaje de Personas que Tienen Teléfono Inteligente (Smartphone)</i>	56
Gráfico 7 <i>Porcentaje de Personas que Tienen Teléfono Inteligente (Smartphone) – Por Sexo</i> ...	57
Gráfico 8 <i>Porcentaje de Personas que Tienen Teléfono Inteligente (Smartphone) – Por Grupos de Edad</i>	57
Gráfico 9 <i>Porcentaje de Personas que en los Últimos 12 Meses han Usado Internet</i>	58
Gráfico 10 <i>Porcentaje de Personas que en los Últimos 12 Meses han Usado Internet – Por Sexo</i>	58
Gráfico 11 <i>Porcentaje de Personas que en los Últimos 12 Meses han Usado Internet – Por Grupos de Edad</i>	59
Gráfico 12 <i>Lugar de Uso del Internet</i>	60
Gráfico 13 <i>Lugar de Uso de Internet por No Pobres</i>	61
Gráfico 14 <i>Lugar de Uso de Internet por Pobres</i>	61
Gráfico 15 <i>Frecuencia del Uso de Internet a Nivel Nacional</i>	62
Gráfico 16 <i>Razones de Uso del Internet</i>	63
Gráfico 17 <i>Diagrama de Gantt – Cronograma para el Trabajo de Campo</i>	81
Gráfico 18 <i>Nivel de Conocimiento de los Métodos Anticonceptivos</i>	92
Gráfico 19 <i>Primera Instrucción de las Adolescentes sobre Métodos Anticonceptivos</i>	93
Gráfico 20 <i>Fuentes de Información sobre los Métodos Anticonceptivos</i>	95
Gráfico 21 <i>Nivel de Asistencia a la Consulta Ginecológica</i>	97
Gráfico 22 <i>Frecuencia de Asistencia a la Consulta Ginecológica</i>	98
Gráfico 23 <i>Motivos de las Adolescentes para Asistir a la Consulta Ginecológica</i>	99

Gráfico 24 <i>Motivos de las Adolescentes para No Asistir a la Consulta Ginecológica</i>	101
Gráfico 25 <i>Centros de Salud a los que Asisten las Adolescentes para la Consulta Ginecológica</i>	103
Gráfico 26 <i>Adolescentes Sexualmente Activas</i>	104
Gráfico 27 <i>Nivel de Utilización de los Métodos Anticonceptivos por las Adolescentes Sexualmente Activas</i>	105
Gráfico 28 <i>Métodos Anticonceptivos Usados por las Adolescentes</i>	107
Gráfico 29 <i>Motivos de las Adolescentes para No Usar los Métodos Anticonceptivos</i>	109
Gráfico 30 <i>Nivel de Conocimiento sobre la Píldora de Emergencia</i>	110
Gráfico 31 <i>Adolescentes que Poseen Smartphone</i>	112
Gráfico 32 <i>Marca del Smartphone de las Adolescentes</i>	113
Gráfico 33 <i>Acceso al Internet al Menos Una vez a la Semana por las Adolescentes</i>	114
Gráfico 34 <i>Aceptación de una Posible Aplicación para Dispositivos Móviles sobre Centros de Salud y Salud Sexual y Reproductiva</i>	115
Gráfico 35 <i>Porcentaje Total de Mujeres que Asistieron a la Consulta Ginecológica – Feb 12</i> ..	123
Gráfico 36 <i>Porcentaje de Mujeres Jóvenes que Asistieron Acompañadas a la Consulta Ginecológica – Feb 12</i>	124
Gráfico 37 <i>Identidad del Acompañante de la Joven que Asiste a la Consulta Ginecológica – Feb 12</i>	124
Gráfico 38 <i>Porcentaje Total de Mujeres que Asistieron a la Consulta Ginecológica – Feb 15</i> ..	125
Gráfico 39 <i>Porcentaje de Mujeres Jóvenes que Asistieron Acompañadas a la Consulta Ginecológica – Feb 15</i>	126
Gráfico 40 <i>Identidad del Acompañante de la Joven que Asiste a la Consulta Ginecológica – Feb 15</i>	126
Gráfico 41 <i>Organigrama Funciones del Aplicativo</i>	144

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 <i>Asa de Lippes</i>	16
Ilustración 2 <i>Generaciones de Telefonía</i>	31
Ilustración 3 <i>Fecundación</i>	33
Ilustración 4 <i>Concepción</i>	34
Ilustración 5 <i>Anidación</i>	35
Ilustración 6 <i>Métodos Anticonceptivos de Barrera</i>	37
Ilustración 7 <i>Métodos Anticonceptivos Hormonales</i>	38
Ilustración 8 <i>Dispositivo Intrauterino Ubicado en la Matriz</i>	38
Ilustración 9 <i>Tipos de Dispositivos Móviles</i>	40
Ilustración 10 <i>Base de Datos de la Aplicación para Móviles de APROFE</i>	139
Ilustración 11 <i>Pantalla Inicio o Home de la Aplicación</i>	146
Ilustración 12 <i>Menú Principal de la Aplicación</i>	147
Ilustración 13 <i>Menú Redes Sociales y Sitio Web de la Aplicación</i>	148
Ilustración 14 <i>Menú Anticonceptivos de la Aplicación</i>	149
Ilustración 15 <i>Menú Preguntas de la Aplicación</i>	150
Ilustración 16 <i>Envío de Pregunta Personal en la Aplicación</i>	151
Ilustración 17 <i>Submenú Centros y Servicios la Aplicación</i>	152
Ilustración 18 <i>Submenú Centros de la Aplicación</i>	153
Ilustración 19 <i>Submenú Servicios de la Aplicación</i>	154
Ilustración 20 <i>Posición de la Publicidad dentro de la Aplicación</i>	158
Ilustración 21 <i>Ilustración Geográfica del Uso de las Diferentes Marcas de Celulares Inteligentes en Guayaquil</i>	160

ÍNDICE DE ECUACIONES

Ecuación 1 <i>Muestra: Universo Infinito</i>	72
Ecuación 2 <i>Muestra: Universo Finito</i>	72
Ecuación 3 <i>Fórmula de Resultado de la Muestra</i>	74

RESUMEN

En esta tesis de pregrado se presenta una investigación sobre la incidencia que posee la utilización de los métodos anticonceptivos sobre el embarazo adolescente y al mismo tiempo el desarrollo de una aplicación para dispositivos móviles educativa sobre el control de la natalidad.

Para poder llevar a cabo el estudio indicado anteriormente, se han utilizado tres técnicas de recolección de datos: entrevistas a médicos expertos, observaciones de una situación real en una sala de espera de un centro de salud sexual y reproductiva y encuestas aleatorias a una población femenina adolescente, de entre 12 a 19 años.

Los resultados principales que se pudieron observar es que el mayor incidente psicológico y social que limita al adolescente en la expresión y vivencia de su sexualidad son sus padres. Este hecho se enlaza estrechamente con el desconocimiento de los métodos anticonceptivos, ya que empezando por los padres, la sociedad reprime la conducta sexual de adolescente, alegando su inmadurez y conceptos relacionados con la moral. El despertar sexual no puede ser detenido y los adolescentes empiezan sus primeras experiencias siendo inconscientes de las consecuencias que éstas pueden traer.

Para contribuir con la erradicación de la desinformación, se propone una solución informática, que brinde información de interés y que promueva la asistencia de las adolescentes a los centros de salud de APROFE, especializados en salud sexual y reproductiva; basado en la aceptación de las jóvenes de la tecnología y su facilidad de uso y confidencialidad.

Palabras Claves: métodos anticonceptivos, embarazo adolescente, planificación familiar, conducta sexual adolescente, aplicaciones para móviles.

ABSTRACT

This thesis introduces an investigation about the impact of the use of contraceptive methods on teenage pregnancy and the development of an educative mobile devices application about birth control.

To carry through the study indicated previously, it has been used three data collection techniques: interviews to medical experts, observations of a real situation in a waiting room of sexual and reproductive health center and finally, random surveys to feminine population 12 to 19 aged.

The main result that has been observed is that the biggest psychological and social incident that limits to the adolescent in their sexuality experience is their parents. This fact is linked tightly with the ignorance about contraceptive methods, since the parents and society suppress the adolescent sexual behavior, claiming their immaturity and moral concepts. The sexual awakening cannot be stopped and the adolescents begin their first experiences being unaware of the consequences they can bring.

To contribute with the eradication of misinformation, a software solution is proposed, which will provide interesting information and will promote the assistance of the female adolescents to APROFE health centers, specialized in sexual and reproductive health, based on the youth acceptance of technology and the easiness of using and confidentiality.

Keywords: contraceptive methods, teenage pregnancy, family planning, adolescent sexual behavior, mobile device application.

INTRODUCCIÓN

El embarazo adolescente es un tópico muy recurrente en la actualidad por los estados y la sociedad en general. En el Ecuador el porcentaje de embarazos en adolescentes está asociado primordialmente a bajos niveles de instrucción. A pesar de ello, en la última década y sobre todo en los últimos cinco años, según los censos poblacionales, el nivel de instrucción de las mujeres ha aumentado significativamente. Específicamente, el conocimiento sobre métodos anticonceptivos es muy alto dentro de la población femenina. En contraste el embarazo en adolescentes también incrementó.

Este punto inicia los cuestionamientos para conocer y entender cuáles son los motivos por el que a pesar de existir conocimiento sobre métodos anticonceptivos, el embarazo adolescente sigue en aumento. Es de vital interés saber cuál es el nivel de comprensión por parte de las adolescentes sobre los métodos de planificación familiar, qué son y cómo se usan. También es necesario saber qué o cuáles son los mayores incidentes que influyen en su comportamiento sexual. Al mismo tiempo, se evaluará el impacto que tiene la tecnología sobre las adolescentes. Se puntualizará para qué la usan y con qué frecuencia, de manera que se pueda sustentar una solución informática que ayude a contrarrestar algunos de los problemas que se irán revelando.

Gracias a su detalle, este estudio investigativo generará datos e información relevante que podrá ser usada como base de otros estudios o como sustento para nuevas propuestas de solución.

CAPÍTULO 1

CAPÍTULO 1: EL PROBLEMA

1.1. Tema

Estudio de la Incidencia de la Utilización de los Métodos de Planificación Familiar en las Adolescentes y Desarrollo de una Aplicación para Dispositivos Móviles Educativa sobre el Control de la Natalidad.

1.2. Planteamiento del Problema

¿Cuáles son los motivos por el que las adolescentes sexualmente activas no hacen uso eficaz de los métodos anticonceptivos familiar para evitar embarazos no planificados?

El desconocimiento de los métodos de planificación familiar y el incremento de los embarazos en adolescentes es solamente el punto de partida de muchas problemáticas. Según los datos del INEC, las mujeres con nivel de instrucción alto, a pesar de ser adolescentes, tienen un conocimiento del 81,1% de los métodos de planificación familiar, pero contradictoriamente en 10 años el embarazo adolescente aumentó de 19,7% a 22%.¹ Por lo tanto es indispensable el conocer cuáles son las causas que llevan a las jóvenes sexualmente activas a ignorar las metodologías de planificación familiar.

Es necesario recalcar el hecho de que la mujer “conozca” sobre la planificación familiar y sus diversos métodos, no es constancia de que ella los está poniendo en práctica. Y se ha enfatizado la palabra “conozca” debido a que no hay nada que de la certeza que la fémina en realidad ha analizado con precaución el verdadero beneficio que aporta el aplicar los métodos de planificación; entre ellos no sólo se encuentra el control de la natalidad, sino la prevención de

¹ Fuente: INEC, Anuario Estadístico 2013

enfermedades de transmisión sexual. Entonces, el segundo cuestionamiento es saber si realmente la adolescente conoce en profundidad los verdaderos beneficios de una correcta planificación familiar y no sólo el uso de los métodos.

En este punto, el enfoque avanza hacia la frecuencia en que las adolescentes asisten a los centros de salud sexual y reproductiva. Teniendo en cuenta que, además de contar con hospitales con secciones de ginecología donde las consultas son gratuitas, en Guayaquil contamos con la Maternidad Enrique Sotomayor y la Asociación Pro Bienestar de la Familia Ecuatoriana (APROFE), ambas instituciones sin fines de lucro, donde los precios de los servicios médicos son mínimos. Hay que considerar que el asistir al centro de salud no se resume simplemente en tratar con un problema ya suscitado, sino de prevenirlos, mediante un correcto suministro de la información, que es otorgada por el médico, zanjando así la probabilidad de que ésta sea distorsionada por personal descalificado, como podrían ser los amigos o personas con experiencia en la vida sexual cercanas a la adolescente.

1.3. Justificación del Proyecto

El embarazo no planificado y las enfermedades de transmisión sexual son efecto inminente de una escasa o nula atención al cuidado de la sexualidad. Independientemente del hecho de que la mujer sea adolescente o adulta al momento de enfrentarse con un embarazo inesperado, la carencia de planificación previa conduce a la futura madre a diversas problemáticas, como por ejemplo los abortos ilegales, inicio tardío de la atención prenatal, que por consiguiente, conduce a riesgos para el bebé como nacer bajo de peso; sin mencionar las complicaciones que podría sufrir la madre al momento del parto, lo que podría concluir en el fallecimiento de ambos.

Por lo tanto el propósito de este estudio es dar a conocer a la sociedad los motivos por los cuales las adolescentes sexualmente activas que conocen

acerca de métodos de planificación familiar, no hacen uso de los mismos en sus vidas cotidianas. Al mismo tiempo es menester informar a la mujer acerca de los variados métodos con los que se cuenta en la actualidad para prevenir o impedir la fecundación y controlar la natalidad. Así como también es imprescindible motivar a la población femenina a que acuda con regularidad a los centros de atención médica

Del mismo modo es imprescindible motivar a la población femenina a que acuda con regularidad a los centros de atención pública y el modo de llegar a ello es mediante una propuesta informática donde se hace uso de las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) para lograr alcanzar los objetivos trazados.

La propuesta radica en desarrollar una aplicación para dispositivos que además brindar información concreta y confiable, móviles que tenga como su principal enfoque APROFE, una institución ecuatoriana privada sin fines de lucro dedicada a proveer servicios médicos de calidad a bajo costo. (Asociación Pro Bienestar de la Familia Ecuatoriana, 2012) De esta manera se promoverá y facilitará la asistencia a los centros de salud para que la mujer se sienta más confiada y decidida a concurrir a los mismos.

La principal beneficiaria al adoptar los métodos de planificación familiar es la adolescente, quien mejorará su calidad de vida en grandes dimensiones. Si fuere su decisión de iniciar una vida sexual activa, podrá disfrutar de ella en plenitud junto con su pareja, tomando decisiones responsables sobre su salud sexual y reproductiva, las cuales les permitirán proyectarse en el futuro y les facilitarán el poder cumplir con todas sus metas de vida. Entre ellas indudablemente debe estar el desarrollarse académicamente y aportar a la sociedad con sus conocimientos profesionales. Sin un embarazo precoz, el adolescente está en total capacidad para desarrollarse a un ritmo normal,

desarrollarse académicamente y aportar a la sociedad con sus conocimientos profesionales.

Como se mencionó anteriormente uno de los beneficiarios colaterales sería su pareja, que gozaría de las mismas condiciones favorables y en segundo lugar tenemos a la familia actual y futura. Si la futura madre y el futuro padre son personas preparadas e instruidas con alto nivel educativo, es consecuencia que sus expectativas en calidad de vida sean superiores y trabajen arduamente para poder proveer a su descendencia las mejores condiciones. De esta forma se estaría dando un paso adelante para contrarrestar la pobreza, ya que las parejas decidirán cuántos hijos desean y pueden mantener, pudiendo ofrecerles niveles más altos de educación, entre otros beneficios.

Según la Organización Mundial de la Salud la adolescencia es el período entre los 10 a 19 años. Para este caso de estudio se tomará en cuenta como población total a las mujeres guayaquileñas, donde la población tiene un nivel socio-económico de medio a medio alto, en un rango de edad desde los 12 hasta los 19 años. Se determina 12 y no 10 años debido a que esta es la edad en la que generalmente las niñas tienen la menarquia.² (Herrera, Pavia, & Yturriaga, 1994) Es de resaltar que este es un conjunto con el cual cualquier propuesta para contrarrestar esta problemática tendrá mayor efectividad, por referirse a un grupo humano con nivel educativo moderado.

1.4. Objetivos del Proyecto

1.4.1. Objetivo General

Conocer la manera en la que incide el desconocimiento de los métodos de planificación familiar sobre el incremento de los embarazos en adolescentes.

² Primer sangrado vaginal de origen menstrual. (Herrera, Pavia, & Yturriaga, 1994)

1.4.2. Objetivos Específicos

- Conocer las causas de la por las que las adolescentes sexualmente activas asisten irregularmente a los centros de atención médica.
- Desarrollar una aplicación para dispositivos móviles que promueva el conocimiento sobre los métodos de planificación familiar y motive la asistencia a los centros de salud.
- Facilitar el conocimiento de los servicios médicos ofrecidos en APROFE y la ubicación de los centros de salud más cercanos a la localización de la mujer.

1.5. Hipótesis

Las adolescentes sexualmente activas no usan los métodos anticonceptivos debido a la desinformación y temores mal infundados con respecto al funcionamiento de los mismos, concluyendo en embarazos no deseados.

CAPÍTULO 2

CAPITULO 2: FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA - MARCO TEÓRICO

2.1. Marco Histórico

2.1.1. Los Métodos Anticonceptivos desde la Antigüedad hasta Nuestros Días

2.1.1.1. Primeras Menciones

Todas las culturas antiguas utilizaron diversos tipos de anticonceptivos para controlar la fertilidad de las mujeres. Como nos relata José María Blázquez Martínez (2000) en su artículo Los Anticonceptivos en la Antigüedad Clásica, Aristóteles ya había caído en la cuenta de que los pueblos que no controlaban su población, es decir, la natalidad, estaban condenados a la pobreza, ya que el exceso de población llevaba a la ruina de un país.

Guillermo Díaz Alonso (1995) refiere que en el primer texto médico del que se tiene noticia, El Papiro de Petri, datado en 1850 antes de Cristo, figuraban ya las recetas anticonceptivas. Una aconsejaba el uso de excremento de cocodrilo mezclado con una pasta que servía como vehículo, usado seguramente como pesario³ insertado en la vagina; El segundo texto importante, El Papiro de Ebers, contiene la primera referencia a un tapón de hilaza⁴ medicado: "Tritúrese con una medida de miel, humedézcase la hilaza con ello y colóquese en la vulva de la mujer.

Estos métodos utilizados en el antiguo Egipto tenían como finalidad atar el esperma o impedir que penetrase en el útero mediante tapones vaginales

³ Aparato utilizado en la medicina para corregir el descenso de la matriz. Tomado de Wikipedia Enciclopedia Libre. Recuperado el 7 de Febrero de 2014 de <http://es.wikipedia.org/wiki/Pesario>

⁴ Hilado, porción de fibra textil reducida a hilo. Tomado de Word Reference. Recuperado el 7 de Febrero del 2014 de <http://www.wordreference.com/definicion/hilaza>

con sustancias ácidas. John Riddle (1995) acota que también existía la costumbre de enterrar a los muertos con recetas de métodos de barrera para evitar embarazos no planificados en la otra vida.

2.1.1.2. Coitus Interruptus y Coitus Reservatus

Existen dos formas de retiro. Coitus interruptus es el nombre en latín de la forma de retiro que incluye la eyaculación después de retirarse. Coitus reservatus es el nombre en latín del retiro que no incluye eyaculación. Ambas formas se han utilizado desde la antigüedad para evitar embarazos y también por otras razones. (Bullough & Bullough, 1987)

Ningún documento científico escrito por algún griego o romano menciona el *coitus interruptus*, que sin embargo sí lo menciona la Biblia, Génesis 38, 8 – 10. La cita textual a continuación es tomada de La Biblia de Estudio – Dios Habla Hoy (2000):

“Entonces Judá dijo a Onán: “Llégate a la mujer de tu hermano, y cumple con ella tu deber como cuñado, y levanta simiente a tu hermano.” Y Onán sabía que la simiente no sería suya. Acontecía que cuando se llegaba a la mujer de su hermano, derramaba su semen en tierra para no dar simiente a su hermano. Pero lo que hacía era malo ante los ojos del Señor. También a él le quitó la vida.” (p. 57)

Desde entonces, muchos judíos y cristianos devotos creen que es un pecado eyacular sin función reproductiva, ya sea en el caso del retiro, la masturbación u otras formas de actividad sexual. Fuera pecado o no, hacia fines del Siglo XIX el coitus interruptus era uno de los métodos anticonceptivos más usados en el mundo. (D’Emilio & Freedman, 1988)

2.1.1.3. El Condón Primitivo

Ana Martos (2010) menciona que la representación más antigua que se conoce de un hombre usando un condón durante el acto sexual está pintada en la pared de una cueva en Francia. Tiene entre 12,000 y 15,000 años de antigüedad. También en Egipto se encontró una ilustración de un condón, y tiene más de 3,000 años. No obstante, es difícil discernir a través de la ilustración cuál era la intención del egipcio con el condón. Tal vez lo utilizaba por razones sexuales o rituales, o tal vez por las dos.

Según Ana Martos (2010), los condones más antiguos se encontraron en Inglaterra, en las ruinas del Catillo Dudley. Habían sido elaborados de tripa de animal y se databan en 1640 aproximadamente, según los cálculos. Martos (2010), también relata que en 1843, al patentar la vulcanización del Caucho por Charles Goodyear, los condones de goma se empezaron a fabricar. No obstante, todavía es posible conseguir los condones elaborados a partir de intestino de oveja, pero se deben desechar después de su uso por única vez.

2.1.1.4. Grandes Descubrimientos Contemporáneos: Espermicidas, Ogino, La Píldora y el DIU

Además del condón, también los espermicidas ya eran conocidos desde la antigüedad. Spallanzi descubre en 1977 que el PH de una solución de semen se disminuía al añadir vinagre, y como consecuencia, los espermatozoides perdían su eficacia. De esta forma comienza el desarrollo de un espermicida. Más adelante, en 1885, el inglés Walter Rendel fabricó el primer óvulo anticonceptivo, elaborado a partir de la base de manteca de

cacao y quinina⁵. En América, a finales del siglo XIX, algunos estadounidenses pusieron a disposición tampones vaginales compuestos por la mencionada manteca de cacao sumado al ácido bórico. (Díaz Alonso, 1995)

Según Grimmes (2000), fue en Alemania de 1909 donde se diseñaron los primeros dispositivos que van introducidos en el útero con finalidades anticonceptivas. Se fabricaban con tripa de gusano de seda y aunque daban resultado, las infecciones eran frecuentes e inevitablemente culminaban en la muerte. Grimmes (2000) continúa y menciona que en 1926, el alemán Ernst Grafenberg inventa un DIU⁶ en forma de anillo con una abertura, creando una G. Tuvo amplia difusión y uso satisfactorio.

La espiral de Margulies, el primer DIU de segunda generación fue introducido en 1960. Dos años después, Lippes creó un DIU en forma de doble S, llamado comúnmente “el espiral” que es todavía el más usado y el primero que se elaboró con un hilo colgante de nylon. (Díaz Alonso, 1995)

En 1920, la teoría moderna del período estéril fue forjada por Kysaky Ogino y Knauss. Así mismo, en Alemania, Van del Velde establece el método de la temperatura basal en 1984. Y una variante de este método basado en la secreción del mucus es desarrollado por Dorairaj. (Díaz Alonso, 1995)

Según Angela Franks (2005), es a partir de 1950 que el doctor Gregory Pincus y el doctor John Rock comenzaron a realizar diferentes trabajos con compuestos hormonales, y en 1956 el doctor Pincus anuncia en Puerto Rico el descubrimiento de la píldora. (Franks, 2005)

⁵ Quinina o chinchona, alcaloide natural, blanco y cristalino, con propiedades analgésicas, utilizada como compuesto principal para el tratamiento contra la malaria. Tomado de Verem A. Recuperado el 7 de Febrero del 2014 de http://www.verema.com/blog/exquiso_me/962706-que-quinina

⁶ Dispositivo Intrauterino. Tomado de Wikipedia Enciclopedia Libre. Recuperado el 7 de Febrero de del 2014 de es.wikipedia.org/wiki/Dispositivo_intrauterino

2.1.2. Antecedentes Históricos de la Planificación Familiar

2.1.2.1. Opresión de la Sexualidad de la Mujer y su Rebelión

Sherfey (1966) menciona que en la antigüedad la abstinencia era un método muy importante sobre todo para las mujeres que entendían la conexión entre el coito vaginal y la reproducción. En muchas culturas se esperaba que las mujeres practiquen la abstinencia después de la menarquia (los primeros períodos menstruales). De este modo, el futuro marido estaría seguro de que era el padre de los hijos.

A lo largo de la historia, la verdadera motivación de mantener virgen a la novia y fuera de la vida pública a la mujer fue asegurarles a los hombres que su paternidad era legítima. Irónicamente, esta misma motivación es la que dio lugar al criterio moral sexual que favorece al hombre y a la proliferación de la prostitución en la mayoría de las culturas. (Bullough & Bullough, 1987)

La abstinencia como método anticonceptivo en el matrimonio fue el estandarte del Movimiento de Maternidad Voluntaria que se llevó adelante en Norteamérica durante la década de 1870, encabezado por feministas como Elizabeth Cady Stanton y Susan B. Anthony. (D'Emilio & Freedman, 1988) Las sufragistas creían que las parejas casadas debían abstenerse de tener relaciones sexuales para controlar el tamaño de sus familias. (McLaren, 1990)

Como relatan los hermanos Vern y Bonnie Bullogh (1987), la abstinencia de las mujeres casadas como método anticonceptivo, provocó que los hombres casados recurrieran todavía más a la prostitución, lo cual a su vez generó epidemias de infecciones de transmisión sexual hacia fines de siglo XX.

2.1.2.2. Margaret Sanger y su Lucha a Favor del Control de la Natalidad

A comienzos del Siglo XX, la idea de la anticoncepción oral había desaparecido del universo de la medicina convencional. Recién se reintrodujo bien entrada la segunda mitad del siglo. La mujer que hizo esto posible fue Margaret Sanger. (Riddle, 1992)

En el New York de 1910, la Ley de Comstock prohibía y penalizaba el aborto y todos los métodos de anticoncepción, tachándolos con orígenes diabólicos. En estas circunstancias surge la figura de Sanger, enfermera profesional, quien en sus inicios trabajaba en el East Side de New York, sector densamente poblado por inmigrantes, cuyas familias numerosas sobrevivían en lamentables condiciones. (Franks, 2005)

Sexta entre once hermanos, vio morir a su madre de 49 años, víctima de la tuberculosis por la extrema debilidad provocada por la sucesión de embarazos no deseados, los pocos cuidados y el exceso de trabajo. En el hospital donde ayudaba a traer al mundo a miles de criaturas, observaba con tristeza como la mayoría de las mujeres al terminar el alumbramiento le rogaban por métodos para evitar nuevos embarazos. Algunas de ellas llegaban desangrándose, posiblemente por abortos ilegales. Por este motivo falleció una paciente con la cual Margaret simpatizaba y desde ese día se juró a sí misma hacer algo efectivo para cambiar el panorama. (Franks, 2005)

Como nos relata Franks (2005) En 1916, Sanger inauguró la primera clínica de control de natalidad en los EE. UU. Por lo que fue condenada a prisión por 30 días, después de los cuales volvió a abrir su clínica. En 1952 viajó a la India a un cónclave en el cual resolvieron fundar la Federación internacional de Planificación Familiar (IPPF), entidad privada, sin fines de

lucro ideada para promover la idea de la regulación de la fecundidad al resto del mundo. Durante las décadas de 1940 y 1950, hizo un estricto seguimiento de las investigaciones sobre anticonceptivos y financió personalmente algunos trabajos de investigación.

En 1956, la publicación Science anunció el éxito de los ensayos clínicos del Dr. Pincus y el Dr. Rock, descubridores de la píldora anticonceptiva. Cuatro años más tarde, la FDA⁷ aprobó la distribución de la misma, con su primer nombre comercial Enovid.

2.1.2.3. Descenso de la Edad de la Menarquia

Uno de los principales motivos para que los adolescentes practiquen la abstinencia hoy en día es evitar embarazos no planificados. Según Mary Jane Sherfey (1966), en el pasado, era común que las mujeres jóvenes pudieran explorar su sexualidad con juegos sexuales que incluían la penetración vaginal sin correr el riesgo de quedar embarazadas porque la menarquia no les llegaba hasta más avanzada la adolescencia.

Durante el siglo pasado, hubo una disminución radical en la edad promedio de la menarquia, y esa es una de las razones del reciente aumento de embarazos adolescentes en occidente. (D'Emilio & Freedman, 1988) En la Edad Media, la edad promedio de la menarquia era posiblemente alrededor de los 20. En otras palabras, por más apasionados que fueran los jóvenes como Romeo y Julieta, era muy improbable que su conducta tuviera "serias consecuencias". (Sherfey, 1966)

Hacia 1840, la edad promedio de la menarquia había descendido a los 17-18 años. Y hoy en día la edad promedio en la cual las jóvenes tienen su

⁷ Agencia de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (Food and Drugs Administration). Tomado de Wikipedia Enciclopedia Libre. Recuperado el 7 de Febrero de del 2014 de es.wikipedia.org/wiki/Administración_de_Alimentos_y_Medicamentos

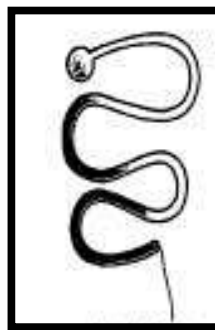
primer período es 12.5 años. Los fisiólogos creen que la anticipación de la menarquia tiene que ver con una mejor nutrición y con factores de tipo genético y ambiental. (Herrera, Pavia, & Yturriaga, 1994)

A pesar de los tabúes impuestos por la sociedad en todos los tiempos, siempre ha existido la actividad sexual entre adolescentes y pre adolescentes. Los jóvenes de la actualidad tienen el mismo interés natural en explorar su sexualidad, pero es mucho más sencillo que descubran cuáles son las consecuencias de tener relaciones sexuales sin protección.

2.1.3. Antecedentes e Inicios de la Planificación Familiar en Ecuador

Jenny Estrada (1996) relata que en la década de los 60 se empezó a hablar del tema de la píldora⁸ en el Ecuador. En primer lugar se distribuía entre círculos médicos y luego en determinado círculo social femenino que por razones económicas era el único con acceso al revolucionario método para el control de la fecundidad, así como también al *asa de Lippes* (dispositivo intrauterino más conocido como *el espiral*) (Ver Ilustración 1).

Ilustración 1 *Asa de Lippes*



⁸La píldora anticonceptiva (también conocida como "la píldora") es una píldora de consumo diario con hormonas que alteran el funcionamiento del cuerpo para prevenir el embarazo. Tomado de Teens Health from Nemours. Recuperado el día 9 de Febrero del 2014 de http://kidshealth.org/teen/en_espanol/sexual/contraception_birth_esp.html

En Ecuador aún requerían de prescripción médica y su costo era elevado. Además, la falta de información generaba temores hacia la composición de contenido hormonal de la píldora. Según se comentaba, su ingestión provocaba aumento de peso, celulitis, irritabilidad en el carácter, dolores de cabeza, depresión del deseo sexual, temiéndose que en caso de embarazo, se produjese deformidades en el feto; que el *espiral* causaba hemorragias y generaba cáncer. Y que ambos eran métodos abortivos. (Estrada, 1996)

A más de la desinformación, existía resistencia por parte de las propias mujeres para dar el paso hacia una nueva opción reguladora de su fecundidad, la anterior generación, que reemplazó sin problemas las lavativas vaginales⁹ de las abuelas por supositorios, las jaleas y el diafragma, lo hicieron tratando únicamente de evitar mayor número de embarazos no deseados.

Jenny Estrada (1996) narra este cambio fundamental de la mujer de aquella época de la siguiente forma:

A la mujer actual, le tocaba asumir el reto de un proceso auto liberador integral, del cual formaba parte la voluntad de recuperar, para sí misma, el derecho secularmente invalidado del ejercicio pleno de su sexualidad, independientemente del deber de la maternidad, lo que de suyo implicaba romper ataduras mentales, religiosas y culturales. (p. 22)

Lo que acontecía es que el tratar de cuestiones sexuales, por aquellos años, continuaba siendo un tabú y menciona Jenny (Estrada) (1996) que “hasta las

⁹Lavativa o ducha vaginales un enjuague que sirve para limpiar la vagina por dentro, normalmente con líquidos con alto contenido de bicarbonato de sodio o vinagre. Tomado de Cómo Hacer Para?. Recuperado el 11 de Febrero del 2014 de <http://salud.comohacerpara.com/n3421/que-es-la-ducha-vaginal.html>

parejas de adultos solían cohibirse cuando por alguna razón se abordaba el tema en público.”

Jenny Estrada (1996) continúa su relato, describiendo la forma en que los niños de la época eran criados, aletargando su instinto natural de curiosidad y lo mismo continuaba cuando llegaba la adolescencia y este ímpetu de conocer crecía con la llegada de los cambios físicos, como por ejemplo la primera menstruación en la mujer. Ella lo narra de la siguiente forma:

Considerando el predominio de la influencia religiosa, a los niños se los educaba adormeciendo su sana curiosidad infantil, con invenciones de cuentos fantásticos sobre el origen de la vida. A pretexto de cuidar de la inocencia, hasta el auto – reconocimiento de los órganos sexuales y otras partes de su cuerpo, era severamente castigado. El aislamiento propio de la adolescencia provocaba suspicacias, llegando al extremo de catalogar, enfermedad temporal y vergonzante, el hecho biológico de la menstruación. Y desde los textos bíblicos parecía dimanar una especie de culpabilidad imperdonable hacia la mujer, débil y desobediente, causante del pecado original y la expulsión del paraíso terrenal. (p. 22)

A falta de educación sexual, predominaban los mitos populares transmitidos por empleadas domésticas, casi siempre de procedencia campesina. Intentar un diálogo franco entre madres e hijas o maestras y alumnas, equivalía a una grave falta de respeto. De modo que al traspasar el umbral de la pubertad, sólo quedaban tres opciones: El reducido espacio de las confidencias entre amigas, el cambio clandestino de escasa literatura ilustrativa y la imaginación.

Como cuenta Jenny Estrada (1996), en esos tiempos la virginidad y el pudor destacaban como virtudes indispensables del género femenino, destinado a

cumplir el rol social pasivo. En el varón se alentaba la actividad sexual, premiando desde temprana edad sus atropellos y deslealtades. Bajo el criterio de que el placer sexual se disfrutaba fuera de casa, la esposa, llena de hijos, era la reina del hogar y la “querida” seguía teniendo símbolo de estatus; la prostitución se fomentaba legalmente; los valores morales se manejaban a conveniencia de los hombres, en abierto menosprecio a las capacidades y sentimientos de la mujer.

Pocas eran las parejas dispuestas a correrse el riesgo de una relación prematrimonial, sabiendo que acabarían en forzado casamiento o en aborto clandestino para satisfacer convencionalismos sociales; puesto que la pérdida de la virginidad y el hecho de ser madre soltera, estigmatizaban de por vida a la mujer. De tal modo, el romántico idilio de adolescencia desembocaba sin mayor reflexión en matrimonio, dentro del cual, privadas de sus elementales derechos, las esposas debían cumplir deberes conyugales, con la angustia siempre latente de embarazos indeseados. Y en ese sentido, intuían las ventajas del cambio que se estaba generando en otras sociedades. No por rechazo a la maternidad en sí misma, sino por el llamado instintivo de su propia naturaleza, reprimida del goce normal de la sexualidad como una expresión fundamental de amor y vida.

2.1.3.1. La Realidad Cotidiana

Estas realidades comunes a los estratos socioeconómicos medios y altos se tornaban en drama diario para mujeres de sectores populares, absolutamente sometidas a la voluntad del varón, y obligadas prácticamente desde su infancia, a aceptar con sumisa resignación las cargas del rol doméstico, sin ningún tipo de ayuda, a más del maltrato, y no pocas veces, el abuso sexual dentro del propio ámbito familiar. Recién adolescentes, creyendo liberarse de la opresión paterna y sin pensar que el hecho de elegir pareja aumentaría su dependencia del varón, se unían sin

respaldo legal “en compromiso”, esmerándose en complacer a un marido dominante, que en la mayoría de los casos, luego de satisfacer sus apetitos sexuales, respondería con trato violento y al ver incrementado el número de hijos no deseados, se marcharía del hogar, abandonándolas a su suerte. (Estrada, 1996)

Como relata Estrada (1996), en esta triste circunstancia, prematuramente envejecidas, carentes de autoestima y huérfanas de orientación para evitar los sucesivos embarazos no deseados, las mujeres de nuestro pueblo, con promedios de cinco a seis hijos por familia, recurrían a los consejos de comadronas y curanderas de los barrios marginales expertas en brebajes y remedios supuestamente efectivos para interrumpir los embarazos, terminando la mayoría de veces en abortos que minaban su salud o cegaban sus vidas.

Los hombres, inconscientes de sus responsabilidades paternas, no convenían con la abstinencia en los días fértiles, ni con el uso del preservativo (condón) y tan pronto el deseo los acercaba a otra mujer, adquirirían nuevo “compromiso”, repitiendo la historia y ensanchando el círculo de la pobreza, en el que miles de criaturas nacerían y crecerían sometidas a toda clase de violencias y desdichas.

2.1.3.2. En Términos Para el País

La población de Guayaquil que en los años cincuenta sumaba alrededor de 350.00 habitantes, a comienzos de los años sesenta, prácticamente se había duplicado por el éxodo masivo de campesinos, que al no encontrar atención a sus necesidades elementales en el cultivo, buscaban la esperanza en la ciudad, engrosando el llamado suburbio Oeste con nuevos asentamientos a los cuales pertenecían, entre otros, el populoso barrio del Cristo del Consuelo y la Ciudadela El Cisne, mientras el tugurio central

albergaba un buen porcentaje de la migración proveniente de la región interandina.

Las fuentes de trabajo escaseaban y las entidades de servicio público eran insuficientes para responder a las demandas de las áreas marginales donde las condiciones de supervivencia digna no cumplían los mínimos requisitos. Como ajeno al problema, el Estado prescindía de los índices demográficos en relación a la economía y a los planes de desarrollo. Los líderes políticos, más preocupados de sus resultados electorales que de los seres humanos, tampoco parecían interesados en el tema. Las Universidades esquivaban la materia y ni siquiera los conflictos sociales que la superpoblación estaba causando ya en otras ciudades del continente, servían de elemento comparativo para tratar de implementar políticas poblacionales en el nuestro. (Estrada, 1996)

De este modo, lo que en el medio familiar era asunto limitado a decisión de una pareja, en términos de país adquiría connotaciones diferentes. Y mientras más se retrasara su comprensión, más graves resultarían para el Ecuador los problemas de los años venideros.

2.1.4. Historia de APROFE

2.1.4.1. Pioneros Fundadores de APROFE

Las circunstancias que se han descrito previamente eran temas recurrentes de conversación entre dos jóvenes médicos y amigos que coincidentes en algunos puntos de vista sobre los problemas del crecimiento demográfico incontrolado y la paternidad irresponsable en los países latinoamericanos, se plantearon la idea de emprender algún tipo de gestión que diera a conocer los beneficios de la planificación familiar. (Estrada, 1996)

Se trataba del doctor Francisco Parra Gil, médico endocrinólogo porteño, recién llegado de Harvard Medical School, quien había la oportunidad de observar cercanamente los avances de métodos anticonceptivos por vía oral, desde la fase experimental. Y el doctor Paolo Marangoni Soravia, médico cirujano nacido en Italia quien en el año 1955 había viajado hasta Ecuador para atender la salud de su padre y desde entonces residía en Guayaquil. (Diario Expreso, 2009)

Según narra Jenny Estrada (1996), ambos amigos concordaban en el planteamiento de fondo, pero Parra daba mayor énfasis a la investigación científica y a la gestión médica de acción directa para ayudar a la mujer; mientras Marangoni, con su visión planetaria y futurista del problema, lo ubicaba en plano demográfico, preocupándose intensamente del factor socioeconómico y del desarrollo en relación a la sobrepoblación.

En diálogos informales con Alton Hembra, por entonces Cónsul de los Estados Unidos en Guayaquil, se enteraron de una próxima visita que la doctora Ofelia Mendoza, socióloga hondureña, funcionaria de la RHO (Región del Hemisferio Occidental) y Asesora para el área, efectuaría a Guayaquil. Deseosos de conocerla, los pioneros lograron un memorable encuentro, el cual es descrito a continuación por uno de ellos, recogido por Jenny Estrada (1996) en una entrevista personal transcrita en su libro:

“Esperábamos a un personaje, tal vez de impresionante figura y de actitudes autosuficientes, cuando un sábado por la tarde llegó esa pequeña mujer mestiza, de casi humilde apariencia y sencillas expresiones. Bastaron diez minutos para darnos cuenta de que se trataba de una autoridad en la materia y de un ser muy especial. (...) Su visita nos impulsó a darle forma al proyecto de una asociación privada sin fines de lucro, a través de la cual podríamos acceder al reconocimiento y a las donaciones de la Federación Internacional de

Planificación Familiar (IPPF) para la Región del Hemisferio Occidental (RHO), (...) (p. 29)

Comprometidos con su propósito, Parra y Marangoni, convocaron al grupo de amigos más cercanos. (Estrada, 1996) Les expusieron los objetivos, proponiéndoles integrarse como miembros voluntarios de una entidad particular de acción social, eminentemente filantrópica, sin orientaciones de carácter político, religioso ni discriminatorio, a la cual identificarían con el nombre de Asociación Pro Bienestar de la Familia Ecuatoriana (APROFE). (Ver Tabla 1)

Tabla 1 Primer Directorio de APROFE

Primer Directorio	
Presidente	Dr. Paolo Marangoni Soravia
Vicepresidente	Rafael Dillon Balda
Director Científico	Dr. Francisco Parra Gil
Vocales	Alberto Lantermo Ceresa Jaime Aspiazu Seminario Cecilia Robles de Alvarado Dra. Esther Avilés Nugué Felipe Costa Echeverría Dr. Alfonso González Troncoso Arq. Xavier Quevedo García
Secretario	Diego Maruri Rodríguez
Sindico	Dr. Antonio Parra Gil

Fuente y Elaboración: Estrada J. (1996) *APROFE. Tres Décadas de Servicio. Historia de la Planificación Familiar en el Ecuador*. Guayaquil, Ecuador. Offset Abad Cía. Ltda.

2.1.4.2. Primer Local en Guayaquil

Como nos relata Jenny Estrada (1996), en la esquina de las calles Chimborazo y Cañar alquilaron el piso alto de una casa propiedad de la familia Iturralde. A comienzos de 1966, el personal de la clínica – oficina de APROFE, estaba constituido por un médico, una obstetriz, una asistente de oficina y un conserje.

Según la investigación realizada por la escritora y periodista Estrada sobre encuestas realizadas en la época, la mayoría de mujeres de los sectores populares que recurrían al aborto, no eran solteras sino casadas o comprometidas en uniones libres, que por ignorancia y angustia ante el número exagerado de hijos, frenaban de ese modo su fertilidad. Hacia ellas dirigieron la estrategia de los primeros mensajes y las invitaciones a la clínica APROFE, donde se les brindaría atención médica gratuita y educación sobre la planificación familiar a quienes voluntariamente se acercasen a solicitarlo. Sin embargo, los días transcurrían sin reportar ninguna novedad.

2.1.4.3. El Factor Confianza

Los directores habían pasado por alto el factor confianza. Necesitaban una mujer, identificada con los problemas de muchas mujeres y dispuesta a emplearse a fondo para ayudarlas. Recordaron el papel desempeñado por la Dra. Ofelia Mendoza en otro momento y a otro nivel y decidieron encomendar el rol de promotora a doña Mercedes Miño Avilés. (Estrada, 1996)

Conforme relata la escritora Estrada (1996), por ese tiempo, Antonieta Merizalde de Villalobos había cumplido 18 años de casada, cuando doña Mercedes Miño le habló de los dispositivos intrauterinos, como eficaces

controles de la natalidad, y la invitó a visitar la recién inaugurada clínica de APROFE. Su unión matrimonial era muy buena, pero la crianza de los hijos demandaba demasiados sacrificios económicos y no era posible continuar incrementando la familia, a riesgos de deteriorar la armonía del hogar. Cinco días después tomó la decisión y se la comunicó a su esposo quien estuvo de acuerdo. El día previsto concurrió a la dirección indicada.

Sin proponérselo, había pasado a formar parte de la historia institucional en calidad de primera usuaria voluntaria de los servicios de planificación familiar con los que APROFE ponía en marcha su tarea.

2.1.4.4. ¿La Píldora o el DIU?

Al finalizar el primer mes de labores, el libro de registros sumaba 11 pacientes, todas ellas multíparas¹⁰. Según Estrada (1996), solo un 10% en compañía de su pareja. El 90% daba direcciones falsas, por temor a ser descubiertas por sus maridos y al momento de decidir, escogían el dispositivo intrauterino para evitarse el mismo problema, ya que la píldora las podía poner en evidencia y además, si se olvidaban de tomarla en la forma indicada o si se equivocaban en contar los días, tampoco podrían tener seguridad.

Temían despertar acciones violentas en sus hombres o ser víctimas de acusaciones y golpizas frente a los hijos. De igual modo, buscaban protegerse de cualquier comentario que significara problemas o dudas sobre su fidelidad conyugal. Era la primera vez que hacían algo importante sin pedir permiso. Por otra parte, necesitaban comprobar si el método realmente era efectivo y eso tomaría más tiempo todavía.

¹⁰ Mujer que ha dado a luz más de una vez. Tomado de Doctissimo. Recuperado el 9 de Febrero del 2014 de <http://bebe.doctissimo.es/enciclopedia-del-embarazo/multipara.html>

2.1.4.5. Acontecimientos Políticos

El periodista Ugo Stornaiolo (1999) describe que el Ecuador había vivido, desde julio de 1963 hasta marzo de 1966 un régimen dictatorial militar. La izquierda ecuatoriana recibía instrucciones de los países de la órbita socialista y todo aquello que pareciese vinculado a planes y proyectos de procedencia o dependencia estadounidense, era motivo de rechazo violento y suma oposición.

Por las veladas intenciones que suponían camufladas en los programas de APROFE, y sin investigar los móviles de sus pioneros en Ecuador, la izquierda los iba clasificando como sospechosos aliados del imperialismo yankee o agentes a sueldo de la CIA, dedicados a experimentar drogas y métodos de esterilización con nuestro pueblo.

El 1º de septiembre del año 1968, triunfando en elección democrática, el Dr. José María Velasco Ibarra asume por quinta vez la presidencia y escoge al Dr. Francisco Parra Gil como Ministro de Salud. (Estrada, 1996) Al término del año 1968, APROFE opera con dos clínicas en Guayaquil, una en Cuenca y otra en Quito. La entidad obtiene prestancia y el alto cargo que ocupa su Director Científico, al frente del Ministerio de Salud, alienta halagadoras perspectivas para la implementación de una política poblacional en el país.

Sin embargo, como relata Estrada (1996), en enero de 1969, una entrevista concedida por el Presidente Velasco Ibarra al Dr. Marangoni, revela que el anciano mandatario es enemigo declarado de la planificación familiar, basado en la convicción de que, mientras más poblado esté el territorio nacional, mejores serán nuestras opciones de impulsar la agricultura y progresar. Esta posición intransigente del Jefe de Estado, echa por tierra

las expectativas y limita al propio Ministro de Salud en el apoyo que podría brindar a la Asociación, desde su cargo.

En julio de 1970, la situación del país toma un giro inesperado. La crisis económica se agudiza y el Dr. José María Velazco Ibarra disuelve el Congreso y se proclama dictador. (Stornaiolo, 1999)

Según el historiador Ugo Stornaiolo (1999), el 16 de febrero de 1972 el país se convulsiona nuevamente con el derrocamiento del cinco veces Presidente del Ecuador, depuesto por un golpe militar.

2.1.4.6. La Crisis Interna

El Dr. Francisco Parra ha quedado cesante en sus funciones de Ministro de Salud y se reintegra a su puesto de Director Científico de APROFE. La periodista Estrada (1996) describe que los años que ha permanecido alejado por motivo de su elevado cargo lo han desvinculado de los aspectos internos. La plantilla del personal es prácticamente desconocido para él y muchas de las metas que originalmente se trazaron, han sido modificadas o ampliadas en el transcurso del tiempo. El protagonismo asumido por Marangoni ha impuesto un sistema de jerarquía vertical, centrando las decisiones en una sola persona, convertida en especie de símbolo representativo de la institución.

Por otra parte, el nuevo Ministro de Salud anuncia cambios y piensa que existiendo un Departamento de Salud Materno Infantil, las entidades de planificación familiar pueden extender la oferta de servicios adicionales para las madres y sus niños. O las organizaciones no gubernamentales dedicadas a la planificación familiar acatan las nuevas políticas o rompen con el titular del Ministerio del cual depende su gestión.

El Secretario de Estado ha sido terminante en una entrevista con el Dr. Marangoni, pidiéndole la apertura de servicio pediátrico y odontológico en cada clínica de la entidad, para lo cual habría que hacer modificaciones en las mismas, relata Estrada (1996). Y esa conclusión a la que el Director Ejecutivo ha arribado prontamente, no parece ser compartida por el Director Científico de APROFE.

Por estas y otras razones, las discrepancias entre los dos amigos se van haciendo irreconciliables y terminan por provocar una crisis interna. Durante algunas sesiones, el directorio considera ambos puntos de vista, hasta conocer la renuncia presentada por el Dr. Francisco Parra Gil, pionero fundador, a la que se suman la de su hermano Dr. Antonio Parra, síndico de la Asociación y las de otros miembros fundadores. Finalmente, lamentando su separación, el directorio acepta la renuncia. Esta ruptura que ha significado el fin de la mistad entre los dos pioneros. (Estrada, 1996)

2.1.5. Breve Reseña Histórica de la Telefonía Móvil

Alexander Graham Bell se hizo famoso por ser considerado por varias décadas como el inventor del teléfono. Ahora sabemos que en realidad solo fue el primero en patentarlo en 1876 y que su verdadero inventor fue Antonio Meucci, quien lo llamó *Teletrófono*. Desde el teléfono más antiguo con micrófono de carbón hasta los modernos teléfonos fijos de los años 70, no hubo otro gran invento hasta que un trabajador de Motorola, Martin Cooper inventó el primer radioteléfono en 1973. Cooper fue el pionero en esta tecnología, a quien con frecuencia le llaman "el padre de la telefonía celular". A pesar de ya poseer la tecnología fue Japón en 1979 el primero en poner a disposición del público sistemas comerciales de telefonía móvil a través de la compañía NTT.

Los países nórdicos introdujeron un sistema celular similar a AMPS (Advanced Mobile Phone System), pero no fue sino hasta diez años después de su creación, que se pudo gozar de un servicio comercial de telefonía celular en EE.UU., país que por fin se había puesto de acuerdo para poner reglas adecuadas para la regulación del mencionado servicio. En 1983, el primer sistema se puso en marcha en Chicago.

De esta forma, la tecnología móvil se dispersó como una alternativa a la telefonía convencional. Tuvo gran aceptación por lo que al poco tiempo de establecerse se empezó a saturar el servicio, por lo que hubo la necesidad de desarrollar otras formas de acceso múltiple al canal y transformar los sistemas de análogos a digitales, con el objetivo de dar cabida a más usuarios.

2.1.5.1. Las Generaciones de la Telefonía Inalámbrica

2.1.5.1.1. Primera Generación (1G)

Los autores Huidrovo, Millán y Roldán (2005) en su libro Tecnologías de Telecomunicaciones definen que esta generación apareció en 1979 y se caracterizó por ser analógica y estrictamente para voz. La calidad de los enlaces era muy mala. La tecnología se basaba en celdas y la transferencia de una a otra era imprecisa y la seguridad no existía. La tecnología predominante era la AMPS (Advanced Mobile Phone System).

2.1.5.1.2. Segunda Generación (2G)

Esta fue la primera generación digital y pareció en 1990. Usaba protocolos de codificación más sofisticados y se sigue empleando actualmente en los sistemas de telefonía celular. Las tecnologías predominantes son la GSM (Global System for Mobile Communications), la IS-136 (conocido también como TIA/EIA136 o ANSI-136), la CDMA

(Code Division Multiple Access) y PDC (Personal Digital Communications), usado sólo en Japón.

Los protocolos de esta generación soportan velocidades de información más rápidas por voz, pero son limitadas en transferencia de datos. Ofrece servicios como fax y SMS (Short Message Service) y diferentes niveles de encriptación. (Huidrovo Moya, Millán Tejedor, & Roldán Martínez, 2005)

2.1.5.1.3. Generación 2.5 G

Se puede decir que esta generación apareció en el 2001, pero no todos los proveedores de servicios de telecomunicaciones la usaron, como por ejemplo Japón, que en 2001 pasó directamente de la 2G a la 3G.

La generación 2.5 G extendió las características de la generación anterior contando con tecnologías como GPRS (General Packet Radio System), HSCSD (High Speed Circuit Switched), EDGE (Enhanced Data Rates for Global Evolution), IS-136B e IS-95Bm entre otros. (Huidrovo Moya, Millán Tejedor, & Roldán Martínez, 2005)

2.1.5.1.4. Tercera Generación (3G)

Según Javier García y Gregorio Morales (2012), esta generación se caracteriza por la convergencia de voz y datos con acceso inalámbrico a internet, es decir, es apta para aplicaciones multimedia y grandes transmisiones de datos. Los protocolos soportan altas velocidades y están encauzados para aplicaciones con audio (mp3¹¹), video en movimiento, video conferencia y acceso rápido a internet, entre otros. En

¹¹ Es un formato de compresión de audio digital. Tomado de Wikipedia Enciclopedia Libre. Recuperado el 7 de Febrero del 2014 de es.wikipedia.org/wiki/MP3

Japón apareció en el 2001; en Europa y el resto de Asia en el 2002 y posteriormente en EE.UU y demás países. La tecnología utilizada es la UMTS (Universal Mobile Telecommunications System). Aunque estaba destinada a la telefonía móvil, desde algunos años los proveedores de telefonía móvil ofrecen servicios exclusivos de conexión a Internet mediante un módem USB¹² sin necesidad de adquirir un teléfono móvil, como por ejemplo, computadoras y tablets¹³.

2.1.5.1.5. Generación 4G

Fue desarrollada en el 2006 y está basada totalmente en el Protocolo de Internet (IP, Internet Protocol). Esta generación se utiliza en un sentido amplio para definir varios tipos de acceso móvil de banda ancha, no sólo de de telefonía celular, tanto en lugares interiores como zonas exteriores, con alta calidad y óptima seguridad, permitiendo la oferta de servicios de cualquier clase en cualquier momento y en cualquier lugar con el mínimo costo posible. (García Rodrigo & Morales Santiago, 2012)

Ilustración 2 Generaciones de Telefonía



¹² Universal Serial Bus. Estándar industrial para estandarizar la conexión de periféricos. Tomado de Wikipedia Enciclopedia Libre. Recuperado el 7 de Febrero del 2014 de http://es.wikipedia.org/wiki/Universal_Serial_Bus

¹³ Es una computadora portátil de mayor tamaño que un teléfono inteligente con la que se interactúa principalmente con los dedos. Tomado de Wikipedia Enciclopedia Libre. Recuperado el 7 de Febrero del 2014 de <http://es.wikipedia.org/wiki/Tablet>

2.2. Marco Conceptual

2.2.1. El Adolescente

En un inicio, la OMS (1980) consideraba la adolescencia como el período que comprende entre los 10 y 19 años, el cual generalmente abarca el tiempo desde el inicio de la pubertad hasta la mayoría de edad legal. Luego en 1985, Año Internacional de la Juventud, las Naciones Unidas definió “juventud” como el período entre los 15 y 24 años de edad. (Organización Mundial de la Salud, 1986)

Este lapso empieza a mediados de la adolescencia y podría impedir considerar debidamente las características especiales y necesidades de los adolescentes. Por lo que se combinó los dos períodos en uno sólo, que va desde los 10 a 24 años de edad. Dentro del cual, cuando fuere necesario, se podría considerar tres grupos quinquenales de edad: de 10 a 14, de 15 a 19 y 20 a 24 años de edad. Sin embargo, en la práctica, los vocablos “adolescente”, “jóvenes” y “juventud” son intercambiables. (Organización Mundial de la Salud, 1986)

La OMS (1986) menciona que ésta es una etapa psicológica que coincide con la etapa post- puberal de la adolescencia, ligada a los procesos de interacción social, definición de identidad y a la toma de responsabilidad. Es por esto que la situación de juventud no es pareja, sino que depende del grupo social al que pertenezca el individuo.

2.2.2. El Embarazo

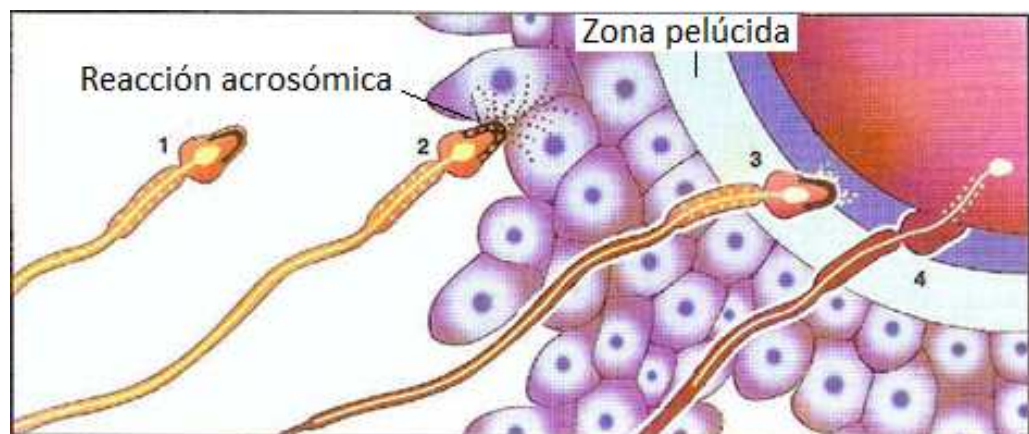
En 1998, el Comité de Aspectos Éticos de la reproducción Humana y la salud de las Mujeres de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia

(FIGO) en 1998, definió al embarazo como la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del blastocisto¹⁴ en el útero (anidación). Solamente después de la anidación se pueden buscar pruebas que contribuyan al diagnóstico del embarazo, mediante la detección de la hCG¹⁵ por sangre u orina, que es producida por la madre en respuesta al feto. (Calaf Alsina, 2005) Para esto es importante definir tres conceptos importantes para aclarar el punto exacto en el que la medicina determina el inicio del embarazo:

2.2.2.1. Fecundación

La definición médica de la fecundación según Rosenfield y Fathalla (1994) en su Manual de la Reproducción Humana, es cuando el espermatozoide contacta al óvulo y sus cubiertas celulares – la corona radiata (capa más interna de las células que rodean al óvulo) y la zona pelúcida (capa proteica densa y translúcida).

Ilustración 3 Fecundación



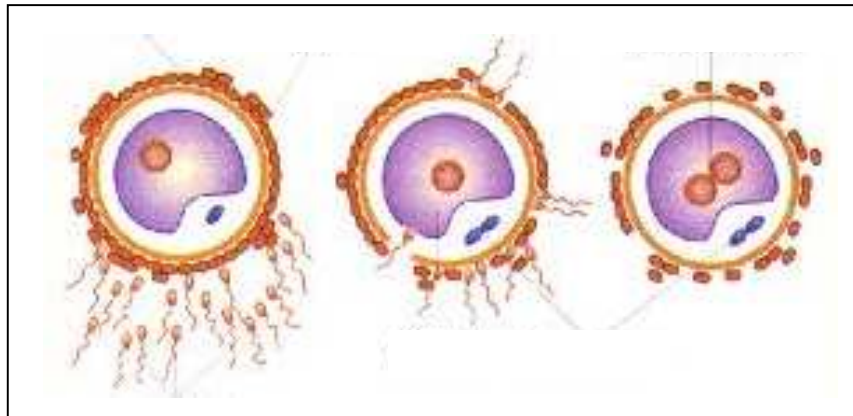
¹⁴ En los mamíferos, estado temprano del desarrollo embrionario. Tomado de Wikipedia Enciclopedia Libre. Recuperado el 7 de Febrero del 2014 de <http://es.wikipedia.org/wiki/Blastocisto>

¹⁵ Gonadotropina coriónica humana. (Rosenfield & Fathalla, 1994)

2.2.2.2. Concepción

Se produce cuando el pronúcleo¹⁶ masculino (cabeza del espermatozoide) y el pronúcleo femenino (núcleo del ovocito¹⁷) se fusionan para crear la nueva célula llamada cigoto¹⁸. (Rosenfield & Fathalla, 1994)

Ilustración 4 *Concepción*



2.2.2.3. Anidación

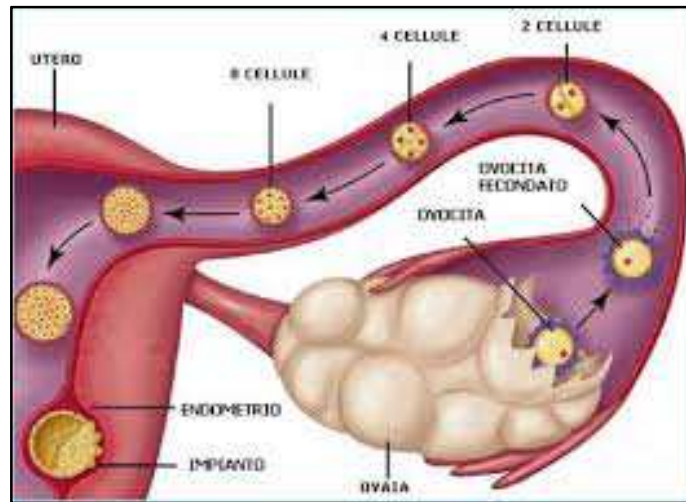
Como mencionan Rosenfield y Fathalla (1994), después de 3 a 4 días de la fecundación el cigoto se ha transformado en blastocisto e ingresado al útero. Durante el quinto y sexto día, el blastocisto empieza a fijarse en el útero. Hacia el día 14, se ha completado la anidación.

¹⁶ El pronúcleo es el núcleo de los gametos. Posee la mitad del número de cromosomas de los núcleos de las otras células no reproductivas. Tomado de Wikipedia Enciclopedia Libre. Recuperado el 7 de Febrero del 2014 de <http://es.wikipedia.org/wiki/Pronucleo>

¹⁷ Óvulo inmaduro liberado por el ovario en cada ovulación. Tomado de Wikipedia Enciclopedia Libre. Recuperado el 7 de Febrero del 2014 de <http://es.wikipedia.org/wiki/Ovocito>

¹⁸ Cigoto o huevo a la célula resultante de la unión del gameto masculino con el gameto femenino. Tomado de Wikipedia Enciclopedia Libre. Recuperado el 7 de Febrero del 2014 de <http://es.wikipedia.org/wiki/Cigoto>

Ilustración 5 Anidación



2.2.3. Anticoncepción

Se habla de anticoncepción (o también llamada “contracepción”) cuando se hace referencia al uso de las técnicas disponibles por parte de individuos o parejas para controlar su fecundidad. (Calaf Alsina, 2005)

Al haber detallado el proceso de embarazo con anterioridad, se puede entender con mayor claridad cuando Calaf (2005) menciona que en la actualidad la mayoría de los métodos o técnicas anticonceptivas están enfocadas en impedir la fecundación. Por otra parte también existen los que impiden la anidación del cigoto en el útero.

Cabe recalcar que ningún método anticonceptivo actual tiene eficacia del 100%, a excepción de la esterilización. (Rosenfield & Fathalla, 1994) A continuación se detallará algunos de los métodos más usados clasificados por grupos:

2.2.3.1. Naturales

Los métodos naturales según Calaf (2005) son aquellos que buscan regular la fertilidad sin necesidad de fármacos. Basándose en el conocimiento del ciclo fértil de la mujer, se evita la eyaculación intravaginal, de modo que no exista fecundación. Entre los métodos más reconocidos en primer lugar está el del Ogino o Ritmo, donde se pretende evitar el coito en los días de ovulación (usualmente a partir del día 14 o 15 después del primer día de menstruación). Este método suele ser usado en conjunto con el método de Billings (observación diaria del moco cervical) y temperatura basal¹⁹.

En esta categoría también se puede contar el mismo embarazo y la lactancia, que son períodos infértiles y el coitus interruptus. Cabe recalcar que de entre todos los métodos estos son los que cuentan con menor porcentaje de eficacia. (Rosenfield & Fathalla, 1994)

2.2.3.2. Barrera

El diafragma, el condón masculino y su versión femenina pertenecen a esta categoría. El objetivo de estos métodos es impedir que el esperma ingrese al útero. Se usan frecuentemente con espermicidas²⁰. (Calaf Alsina, 2005) Es menester hacer énfasis en que el preservativo masculino y femenino son los únicos métodos de anticoncepción que previenen las ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual) y el VIH²¹ debido a que si son usados correctamente, no permiten el contacto genital. (Rosenfield & Fathalla, 1994) (Ver Ilustración 6)

¹⁹ La ovulación puede ser determinada a partir de los cambios en la temperatura basal corporal de la mujer. Tomado de Sociedad Española de Contracepción. Recuperado el 8 de Febrero del 2014 de http://www.sec.es/informacion/guia_anticonceptivos/#ogino

²⁰ Son sustancias químicas que alteran la movilidad o matan los espermatozoides. Tomado de Wikipedia Enciclopedia Libre. Recuperado el 8 de Febrero del 2014 de es.wikipedia.org/wiki/Espermicida

²¹ Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Tomado de Wikipedia Enciclopedia Libre. Recuperado el 8 de Febrero del 2014 de es.wikipedia.org/wiki/Virus_de_la_inmunodeficiencia_humana

Ilustración 6 Métodos Anticonceptivos de Barrera



Condón Femenino y Masculino

Capuchón Cervical

Diafragma

2.2.3.3. Hormonales

Los métodos hormonales tienen diferentes formas de acción. Unos espesan el moco cervical de modo que los espermatozoides no puedan pasar y aumentan la acidez de la vagina, debilitando los espermatozoides. La procedencia más común es evitar la ovulación, menciona Calaf (2005) En esta categoría entra la famosa píldora, los parches, las inyecciones y los implantes subcutáneos. Su eficacia depende de cada método en particular.

La controversial “píldora del día después” es también un método hormonal muy poderoso, que no se recomienda ingerir más de 2 veces en el mismo año, ya que lo que produce depende de la situación: Retrasa la ovulación o impide la implantación del blastocisto en el útero. Provoca cambios hormonales muy drásticos por lo que solo se debe recurrir en caso de emergencia. Ya que la definición médica de embarazo sostenida por la OMS y por la FIGO se define en la anidación, la píldora de emergencia no es considerada abortiva. (Rosenfield & Fathalla, 1994)

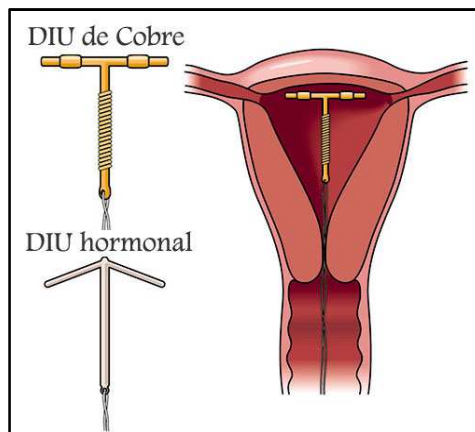
Ilustración 7 Métodos Anticonceptivos Hormonales



2.2.3.4. DIU

El DIU es un pequeño objeto que se introduce en la cavidad uterina. Según Calaf (2005), actúa de distintas formas, entre ellas dificultando el paso de los espermatozoides y produciendo una modificación en el interior del útero que evita el embarazo. El DIU hormonal ejerce también un efecto beneficioso sobre la capa interna del útero (endometrio) disminuyendo la cantidad de sangre de la menstruación.

Ilustración 8 Dispositivo Intrauterino Ubicado en la Matriz



2.2.3.5. Esterilización Voluntaria

Según Rosenfield y Fathalla (1994), estos métodos son definitivos y se recomiendan para parejas con suficiente descendencia o con edad avanzada previniendo embarazos riesgosos. Mediante la ligadura de trompas (mujer) o vasectomía (hombre) se esteriliza al individuo de modo que no podrá tener hijos. La esterilización posee un 100% de eficacia. No son reversibles.

2.2.4. La Planificación Familiar

Como explica Joaquín Calaf (2005), no se debe confundir la anticoncepción con la planificación familiar. El individuo o la pareja, pasa a ser “la familia”, que como base de la sociedad una de sus m es la reproducción, por lo tanto, se utilizan las técnicas anticonceptivas con la nueva finalidad de poder decidir cuántos hijos se desea tener y el momento indicado en el que éstos deban integrarse al núcleo familiar.

2.2.5. Dispositivos Móviles

El dispositivo móvil se define como un aparato de “pequeño” tamaño, con algunas capacidades de procesamiento, con conexión permanente o intermitente a una red, con memoria limitada y posiblemente con capacidad de expansión, que ha sido diseñado específicamente para una función, pero que puede llevar a cabo otras funciones más generales. En la actualidad estos dispositivos están incrementando su porte, por lo que su característica principal es la portabilidad. (Janssen, 2012) De acuerdo con esta definición existen multitud de dispositivos móviles, desde los reproductores de audio

portátiles hasta los navegadores GPS, pasando por los teléfonos móviles, los PDA²²s o las Tablet.

Ilustración 9 Tipos de Dispositivos Móviles



2.2.5.1. El Teléfono Móvil

El teléfono móvil es un dispositivo inalámbrico electrónico basado en la tecnología de ondas de radio, que tiene la misma funcionalidad que cualquier teléfono de línea fija. (MARCOMBO S.A., 1998) Su principal característica es su portabilidad, ya que la realización de llamadas no es dependiente de ningún terminal fijo y no requiere ningún tipo de cableado para llevar a cabo la conexión a la red telefónica. Aunque su principal función es la comunicación de voz, como el teléfono convencional, su

²² Asistente Personal Digital. Un ordenador de bolsillo, organizador personal o una agenda electrónica de bolsillo. Tomado de Wikipedia Enciclopedia Libre. Recuperado el 8 de Febrero del 2014 de es.wikipedia.org/wiki/PDA

rápido desarrollo ha incorporado funciones adicionales como mensajería instantánea (SMS), agenda, juegos, cámara fotográfica, agenda, acceso a Internet, reproducción de video e incluso GPS²³ y reproductor mp3. (MARCOMBO S.A., 1998)

2.2.5.2. El Smartphone

Un “Smartphone” (teléfono inteligente en español) es un dispositivo electrónico que funciona como un teléfono móvil con características similares a las de un ordenador personal, señalan Ilyas y Ahson (2006). Una característica importante de casi todos los teléfonos inteligentes es que permiten la instalación de programas para incrementar el procesamiento de datos y la conectividad.

Otras aplicaciones que suelen estar presentes son las cámaras integradas, la administración de contactos, el software multimedia para reproducción de música y visualización de fotos y video-clips y algunos programas de navegación así como, ocasionalmente, la habilidad de leer documentos de negocios en variedad de formatos como PDF²⁴ y Microsoft Office²⁵. (Ilyas & Ahson, 2006)

2.2.5.3. Sistemas Operativos

Ilyas y Ahson (2006) indican que el sistema operativo es una capa compleja entre el hardware y el usuario, concebible también como una máquina virtual, que facilita al usuario o al programador las herramientas e interfaces

²³ Sistema Global de Navegación por Satélite. Tomado de Wikipedia Enciclopedia Libre. Recuperado el 8 de Febrero del 2014 de <http://es.wikipedia.org/wiki/GPS>

²⁴ Es un formato de almacenamiento de documentos digitales independiente de plataformas de software o hardware. Tomado de Wikipedia Enciclopedia Libre. Recuperado el 8 de Febrero del 2014 de <http://es.wikipedia.org/wiki/PDF>

²⁵ Suite de oficina que abarca e interrelaciona aplicaciones de escritorio, servidores y servicios para los sistemas operativos Microsoft Windows y Mac OS X. Tomado de Wikipedia Enciclopedia Libre. Recuperado el 8 de Febrero del 2014 de http://es.wikipedia.org/wiki/Microsoft_office

adecuadas para realizar sus tareas informáticas, abstrayéndole de los complicados procesos necesarios para llevarlas a cabo. Podemos deducir que el uso de uno u otro S.O determinarán las capacidades multimedia de los dispositivos, y la forma de éstas de interactuar con el usuario. Los autores Ilyas y Ahson (2006) mencionan que existen multitud de opciones, si bien las más extendidas son Symbian, BlackBerry OS, Windows Mobile, y recientemente iPhone OS y el sistema móvil de Google, Android, además por supuesto de los dispositivos con sistema operativo Linux.

2.3. Marco Referencial

2.3.1. Comportamiento Sexual y Reproductivo del Adolescente

2.3.1.1. Sexualidad y Fecundidad del Adolescente

Según Rosenfield y Fathalla (1994) se pueden distinguir tres patrones de comportamiento sexual temprano y reproductivo en el adolescente: Experiencia sexual y matrimonio tardío; matrimonio y maternidad temprana y etapa de transición.

La primera categoría se encuentra principalmente en los países industrializados, pero también en algunos países en desarrollo. Esta categoría se caracteriza por el comienzo de la experiencia sexual durante los años de mitad y final de la adolescencia: bajo uso de anticonceptivos, alta incidencia de embarazos no deseados en adolescentes no casados, tendencia clara a recurrir al aborto (en su mayor parte legal y relativamente seguro), matrimonio tardío, baja fecundidad y tasas significativas de ETS.

La segunda categoría es casi lo contrario de la primera. Se caracteriza principalmente por el matrimonio a una edad cercana a la menarquia y embarazo temprano y frecuente. El aborto por lo general es ilícito y no

seguro. En algunas áreas hay alta incidencia de ETS, con infertilidad subsecuente debido a atención ineficaz de salud.

La tercera categoría se encuentra principalmente en los ambientes urbanos de las sociedades en transición, entre las etapas 1 y 2. Mayores oportunidades de educación sexual especialmente para las mujeres, los patrones de sexualidad y fecundidad, se encuentran en transición y mezclados. Las limitaciones sociales tradicionales son aún evidentes, pero menos efectivas que en el pasado. La edad de matrimonio se incrementa y la actividad sexual premarital, e embarazo y el aborto aumentan entre los jóvenes. También se incrementa la confianza en los anticonceptivos.

Si hubiera que ubicar a la ciudad de Guayaquil dentro de alguna de las 3 etapas mencionadas previamente, el área urbana quedaría contenida en la tercera etapa (de transición). Mientras que si se toma en consideración las áreas rurales, debido a las características, quedarían contenidas en la segunda etapa.

2.3.1.2. Desarrollo Social

Dos fuerzas contrarias se combinan para prolongar el período de la adolescencia, y crear lo que se ha llamado “la brecha bio-social” en el desarrollo humano, señalan Rosenfield y Fathalla (1994) en su Manual de la Reproducción Humana. Una de esas fuerzas es el comienzo más temprano de la maduración biológica, como se ha mencionado anteriormente en el Marco Histórico.

La otra, es la demanda económica y social sobre los jóvenes para que continúen su educación y adiestramiento hasta los veinte años. Se observa, así mismo, el aumento en la edad de matrimonio. Esos factores indican que

es conveniente estudiar la adolescencia como un fenómeno socio-económico como biológico. (Rosenfield & Fathalla, 1994)

La adolescencia impone demandas específicas sobre la persona. Es el momento cuando los jóvenes deben aceptarse e integrarse al ambiente físico, determinar su función sexual y su sitio adecuado dentro de su cultura, entrar a la edad adulta con la necesaria confianza, autosuficiencia y capacidad para resolver los problemas y enfrentar la vida, alcanzar una posición aceptable en la sociedad, y desarrollar conciencia, responsabilidad, valores y conceptos morales de acuerdo con el medio cultural. Los problemas de salud reproductiva se asocian con todos esos factores. En los países en desarrollo, la adolescencia es un periodo de gran movilidad, debido a la distribución desigual de los recursos sociales y las oportunidades de educación y trabajo productivo.

2.3.1.3. Asesoramiento

Los adolescentes son a menudo presionados por los compañeros para que inicien la actividad sexual antes de estar preparados. Esa presión viene principalmente de los compañeros de la misma edad y sexo, pero también de la pareja del adolescente.

En muchos países persiste todavía el “doble principio” social, que acepta la actividad sexual premarital del adolescente varón, pero desaprueba la relación sexual temprana de la adolescente mujer. (Rosenfield & Fathalla, 1994) El asesoramiento debe preparar a los adolescentes para tomar decisiones informadas sobre el inicio de su actividad sexual.

Rosenfield y Fathalla (1994) mencionan que con frecuencia los adolescentes simplemente no relacionan la actividad sexual y el embarazo. En gran parte de los países en desarrollo la educación familiar sobre el

sexo es insuficiente, y los adolescentes obtienen información sexual errada de los compañeros. (Rosenfield & Fathalla, 1994) El personal de salud debe proveer esa información de forma clara y sin causar desconcierto en el adolescente; debe explicar los efectos médicos de la actividad sexual premarital temprana, la asociación entre múltiples parejas sexuales y el riesgo de contraer ETS y la evidencia que asocia la relación sexual precoz con el riesgo de contraer cáncer cervical. (Sam Soto & Gayón Vera, 2006)

Para los adolescentes sexualmente activos, el asesoramiento se concentra en la recomendación de métodos anticonceptivos. Los jóvenes creen en una serie de mitos acerca de los métodos anticonceptivos que es necesario aclarar en forma terminante. (Rosenfield & Fathalla, 1994)

Los adolescentes casados tienen necesidades especiales, sobre todo en los lugares donde el matrimonio temprano es una tradición cultural. (Rosenfield & Fathalla, 1994) Los riesgos médicos del sexo adolescente, especialmente la maternidad precoz, representan un grave problema para su salud y bienestar. El asesoramiento debe abarcar temas como la presión para procrear y la fecundidad. El personal médico puede, por ejemplo, aconsejar a la pareja posponer el embarazo hasta que la muchacha cumpla los 18 años de edad por lo menos. (Rosenfield & Fathalla, 1994)

2.3.1.4. Escogencia del Método Anticonceptivo

Desafortunadamente, la escogencia de métodos anticonceptivos para los adolescentes es frecuentemente limitada por la renuencia de las sociedades a admitir la actividad sexual adolescente, señalan Rosenfield y Fathalla (1994). Los jóvenes desean privacidad en los servicios de planificación familiar, la solicitud de información personal como dirección y teléfono puede hacer que el adolescente decida posponer la solicitud de servicios anticonceptivos.

2.3.2. Programas Ecuatorianos a Favor de la Planificación Familiar y Control del Embarazo Adolescente

2.3.2.1. Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENIPLA)

Este plan surge como una respuesta a diversas problemáticas como el embarazo adolescente y su incremento, la mortalidad materna y la violencia sexual. Su objetivo es coordinar acciones y programas que ayuden a solucionar y mejorar estas circunstancias. Entre sus objetivos está garantizar el acceso a información y educación sobre sexualidad para hombres y mujeres, garantizar el acceso a servicios integrales de salud con profesionales capacitados; contribuir a cambiar ideas, concepciones y prácticas que no permitan las relaciones de igualdad entre todos y fortalecer la participación ciudadana con respeto y sin prejuicios. (Ministerio de Salud Pública, 2012)

Según el portal web del Ministerio Coordinador del Desarrollo Social del Ecuador²⁶, el plan ha tenido éxito, sobretodo en la campaña en medios masivos, ya que el 70% de la población con acceso a televisión vio la campaña y 7 millones de personas vieron los videos en internet de ENCHUFETV.

2.3.2.2. ¡Habla Serio! Sexualidad sin Misterios

Habla Serio, Sexualidad sin Misterios es la propuesta oficial de la ENIPLA, que se propone establecer nuevos nexos de comunicación entre las personas, la familia, la sociedad y el Estado en materia de sexualidad. Siempre de una manera clara, afectiva y con información veraz. Su

²⁶ Dirección URL : <http://www.desarrollosocial.gob.ec/programa-de-planificacion-familiar-y-la-prevencion-del-embarazo-adolescente/>

propósito principal es naturalizar el diálogo sobre la sexualidad como una forma de promover y garantizar los derechos de las personas a la información sobre salud sexual y reproductiva. Siempre de una manera clara, afectiva y con información veraz. Su propósito principal es naturalizar el diálogo sobre la sexualidad como una forma de promover y garantizar los derechos de las personas a la información sobre salud sexual y reproductiva.

2.3.2.3. APROFE

La Asociación Pro Bienestar de la Familia Ecuatoriana se ha caracterizado por sus múltiples programas sociales de diversas índoles. Siempre enfatizando sus labores para proveer servicios que ayuden a la calidad de vida del ser humano de forma íntegra. Entre los programas vigentes en la actualidad constan: a) Programa de Desarrollo Social y Comunitario en El Morro, Pto. El Morro, Engabao y Pto. Engabao, b) Centro de Rehabilitación de Mujeres, c) Brigadas Médicas, d) APROFE Móvil, e) Centro Comunal y Cultural APROFE y f) Programa de Adultos Mayores.

Los primeros cuatro programas tienen como característica principal brindar servicios médicos relacionados a la salud sexual y reproductiva con énfasis en la planificación familiar. APROFE pone a disposición ginecología, odontología, obstetricia, medicina general y odontología en locaciones estratégicas donde es muy necesaria la atención. Además, cuentan con APROFE Móvil y las brigadas médicas, que se trasladan a recintos y lugares de difícil acceso que no cuentan con servicio médico.

2.3.3. La Instrucción Educativa y su Incidencia en el Conocimiento de los Métodos de Planificación Familiar en Ecuador

Ecuador es un país que ha tenido un alto crecimiento en cuanto a la disminución del analfabetismo y el incremento del nivel educativo en la última década. Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), en el 2010 la asistencia escolar fue de 92,0%, en comparación con el censo del 2001, donde el porcentaje fue de 31,9%. (ver Gráfico 1) De la misma manera, el analfabetismo se redujo, ya que en 2001 del total de ecuatorianos mayores a 15 años el 9,0% de no sabía leer ni escribir, pero en 2010 el porcentaje disminuyó a 6,8%.²⁷ (Ver Gráfico 2 y Tabla 2)

A pesar de ello, una de las falencias que repercuten ampliamente en la calidad de vida de la población es el desconocimiento o insuficiente uso de los métodos de planificación familiar en las personas en etapa reproductiva, lo cual desemboca en varias contrariedades como embarazos no planificados en adolescentes, abortos ilegales, entre otros.

Sólo en el año 2011 hubo 122.301 mujeres ecuatorianas que fueron madres adolescentes.²⁸ Existen multitud de causas de diversas índoles. Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), los determinantes más importantes de este hecho son la pobreza, la violencia de género²⁹, el bajo nivel de instrucción y la etnicidad. (INEC, 2013)

Uno de los efectos sociales que produce el embarazo no planificado es el incremento de adultos no ocupados o, en menor frecuencia, dedicarse a empleos precarios como peones de explotaciones agrícolas o ayudantes de

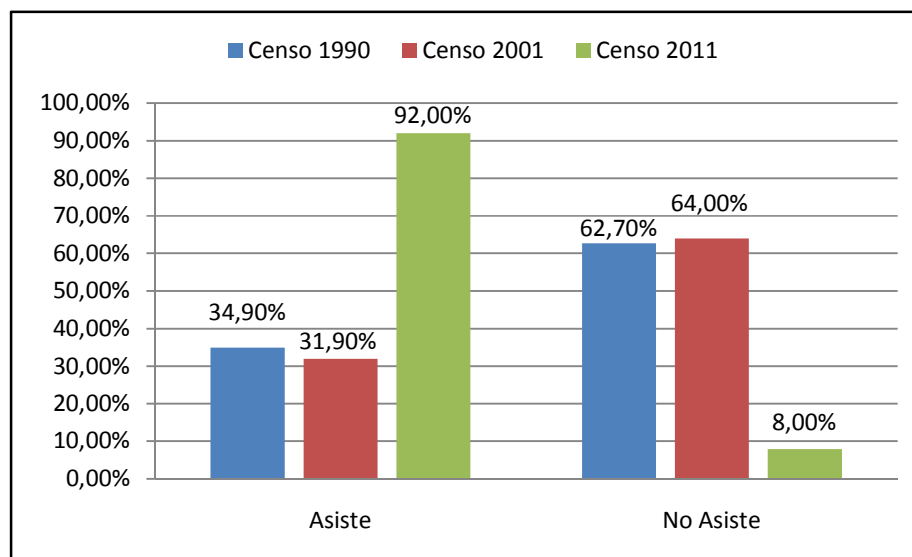
²⁷ Fuente: INEC, Anuario Estadístico 2013

²⁸ Fuente: INEC, Censo de Población y Vivienda (CPV) 2010

²⁹ Violencia física o psicológica ejercida contra cualquier persona sobre la base de su sexo o género. (Kilmartin, 2007)

cocina.³⁰ También se debe contar el aborto ilegal, la mortalidad materna e infantil, todos teniendo como punto de partida una ineficiente o nula planificación familiar. Son gravísimos problemas con los cuales tiene que lidiar nuestra sociedad día a día, que a su vez desencadenan muchas otras adversidades que merman la calidad de vida de la población.

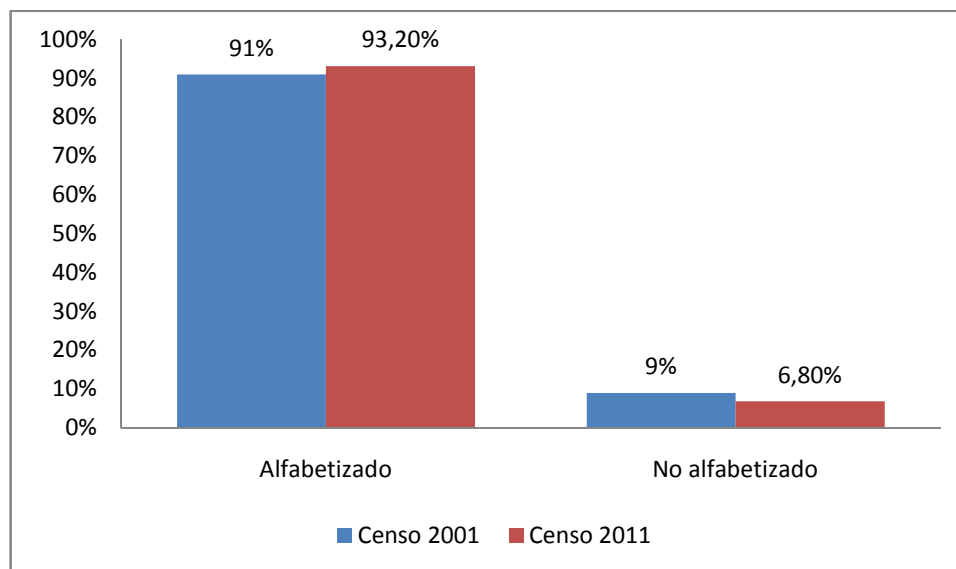
Gráfico 1 Porcentaje de Asistencia Escolar



Fuente y Elaboración: (Instituto Nacional de Estadística y Censos del Ecuador - Dirección de Estudios Estadísticos, 2012)

Gráfico 2 Porcentaje de Alfabetización

³⁰ Fuente: INEC, Censo de Población y Vivienda (CPV) 2010



Fuente: Censo de Población y Vivienda 2001 - 2011

Tabla 2 Estadísticas de de Alfabetización

	Población Total *	Analfabetismo	Porcentaje Analfabetismo	Promedio Porcentual
Censo 2001	<i>Hombres</i>	<i>Hombres</i>	8%	9,0%
	3'971.383	317.710,64		
	<i>Mujeres</i>	<i>Mujeres</i>	10%	
	4'145.205	414.520,5		
Censo 2011	<i>Hombres</i>	<i>Hombres</i>	6%	6,8%
	4'876.511	292.590,66		
	<i>Mujeres</i>	<i>Mujeres</i>	8%	
	5'078.563	406.285,04		

*Población mayor de 15 años

Fuente: Censo de Población y Vivienda 1990 – 2001 - 2011

2.3.4. Contraste entre el Conocimiento sobre los Métodos de Planificación Familiar y su Uso Real

La pobreza es al mismo tiempo causa y efecto del embarazo no planificado y trae como su consecuencia diversos problemas de índole social y cultural. La mujer que proviene de una familia numerosa con precarias situaciones económicas, con mínimo o nulo acceso a la educación, seguirá la cadena de sus predecesores, quienes fueron padres a edad temprana de varios hijos. Si la madre prematura da a luz un bebé y se dedica a criarlo, quedará imposibilitada temporalmente para estudiar y lo más probable es que desista en continuar con su educación. En el mejor de los casos ella proyectará retrasarse unos pocos años mientras su hijo pueda residir sin ella la mayor parte del tiempo. Este círculo sólo puede destruirse mediante la instrucción educativa.

Conforme a la Encuesta de Condiciones de Vida – Quinta Ronda, de la población nacional femenina en edad fértil (15 a 49 años) compuesta por 3'347.862 mujeres el 92,5% asegura tener conocimiento sobre los métodos de planificación familiar (ver Tabla 3). De este grupo el número se reduce a 1'528.788 mujeres que efectivamente hacen uso de cualquiera de los métodos. (Ver Tabla 6).

Es de suma importancia considerar que el hecho de que las mujeres conozcan de la metodología de la planificación no necesariamente implica el uso de la misma. Las variables *Conoce sobre Métodos de Planificación Familiar por Nivel de Instrucción* manifiestan que el porcentaje se incrementa a medida que las mujeres progresan en su nivel de instrucción, de esta forma, el porcentaje más alto se ubica en aquellas mujeres con nivel de instrucción Superior (99,2%). En cambio, el porcentaje de mayor desconocimiento reincide en mujeres cuyo nivel de instrucción es Ninguno. (Ver Tabla 5) Por Grupos de Edad, el menor de los porcentajes de conocimiento de los métodos de

planificación familiar que abarca todos los niveles de instrucción recae en el grupo de 15 a 24 años con un 11,9%. (Ver Tabla 4)

Teniendo como premisa las cifras anteriores, la pregunta que se deriva es: ¿Por qué las adolescentes sexualmente activas no hacen uso de los métodos de planificación familiar, a pesar de conocerlos?

Es necesario hacer ahínco en el incentivo de las mujeres para asistir regularmente a los centros médicos, ya que en ellos no sólo pueden atenderse por alguna enfermedad, sino consultar al médico e informarse sobre temas que ayuden a que su calidad de vida mejore y se pueda proyectar un futuro mejor.

Tabla 3 Total Porcentaje de Conocimiento sobre Planificación Familiar

Conoce	Total	Porcentaje
Sí	3'095.866	92,5%
No	251.996	7,5%
Total	3'347.862	100,0%

Fuente y Elaboración: INEC, ECV – Quinta Ronda 2005/2006

Tabla 4 Población Femenina que Sí y No conoce de Planificación Familiar por Grupos de Edad

Grupos de Edad	Conoce de Planificación Familiar				Total Grupo	
	Sí		No		Total	Porcentaje
	Total	Porcentaje	Total	Porcentaje		
De 15 a 24 años	1'079.687	88,1%	146.512	11,9%	1'226.199	100,0%
De 25 a 39 años	1'355.677	96,0%	56.631	4,0%	1'412.308	100,0%
De 40 a 49 años	660.502	93,1%	48.853	6,9%	709.355	100,0%
Total del Grupo	3'095.866	92,5%	251.996	7,5%	3'347.862	100,0%

*Total general de mujeres que intervienen en el estudio con la interacción de las variables Uso y Práctica del Método Anticonceptivo

Fuente y Elaboración: INEC, ECV – Quinta Ronda 2005/2006

Tabla 5 Población Femenina que Sí y no conoce de Planificación Familiar por Nivel de Instrucción

Nivel de Instrucción	Conoce de Planificación Familiar				Total Grupo	
	Sí		No		Total	Porcentaje
	Total	Porcentaje	Total	Porcentaje		
Ninguno	64.297	64,2%	35.911	35,8%	100.208	100,0%
Primario/Centro Alf.	966.702	87,2%	142.348	12,8%	1'109.050	100,0%
Secundaria	1'351.756	95,2%	68.029	4,8%	1'419.784	100,0%
Superior/Post Grado	713.111	99,2%	5.709	0,8%	718.820	100,0%
Total del Grupo	3'095.866*	92,5%	251.996	7,5%	3'347.862	100,0%

Fuente y Elaboración: INEC, ECV – Quinta Ronda 2005/2006

Tabla 6 Sólo Población Femenina que Usa los Métodos de Planificación Familiar

Tipo de Método	Total	Porcentaje
Ritmo o calendario	237.966	15,6%
Píldora	282.878	18,5%
DIU (espiral, T de cobre)	212.736	13,9%
Condón	65.038	4,3%
Inyección	151.561	9,9%
Ligadura	546.520	35,7%
Retiro	21.809	1,4%
Otro	10.280	0,7%
Total	1'528.788	100,0%

Fuente y Elaboración: INEC, ECV – Quinta Ronda 2005/2006

2.3.5. Eficacia del Uso del Smartphone como Medio de Información entre los Jóvenes

Es oportuno recalcar que esta era está dominada por la tecnología y el ser humano está siendo abrumado por información que viene de todas partes. Estamos expuestos a infinidad de conocimiento al que podemos acceder de

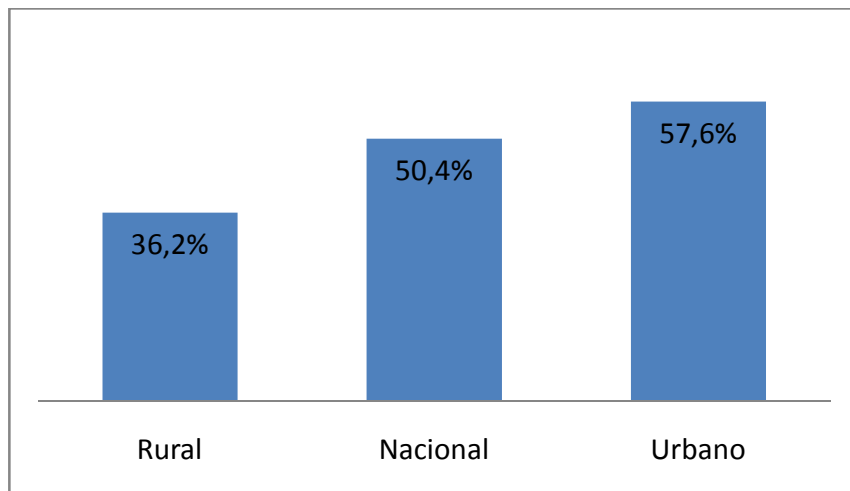
forma sencilla. La tecnología se ha vuelto parte imprescindible en la vida de los jóvenes de la actualidad y de algunos adultos, como lo son los celulares y demás dispositivos inteligentes, y por ende, las aplicaciones para los mismos.

Tomando este indicio como punto de partida, se puede hacer uso de este medio para poner al alcance de la población diversos contenidos, en este caso, que tengan relación con la salud sexual y reproductiva, con temas que ayuden a la población y que motiven la asistencia frecuente a los centros de salud.

2.3.5.1. Posesión y Uso del Smartphone

Según la Encuesta Nacional de Empleo Desempleo y Subempleo – ENEMDUR – Nacional Total (2012) en el total de la población nacional de 5 años y más, el 50,4% tiene al menos un celular activado. De este total, en el área urbana, la cifra asciende a 57,6%. (Ver Gráfico 3) En la provincia del Guayas la cifra corresponde al 54%. De entre la población total nacional que sí tiene celular activado el 52,6% son hombres, mientras que el 48,3% son mujeres. (Ver Gráfico 4)

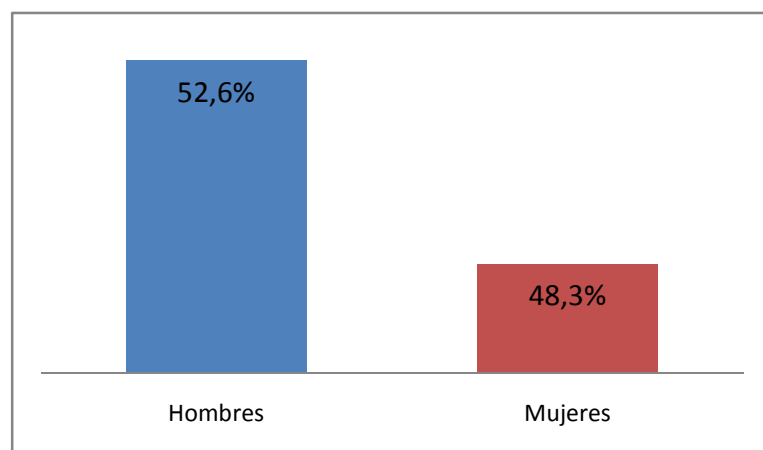
Gráfico 3 Porcentaje de Personas que Tienen Celular Activado



Fuente y Elaboración: INEC 2012

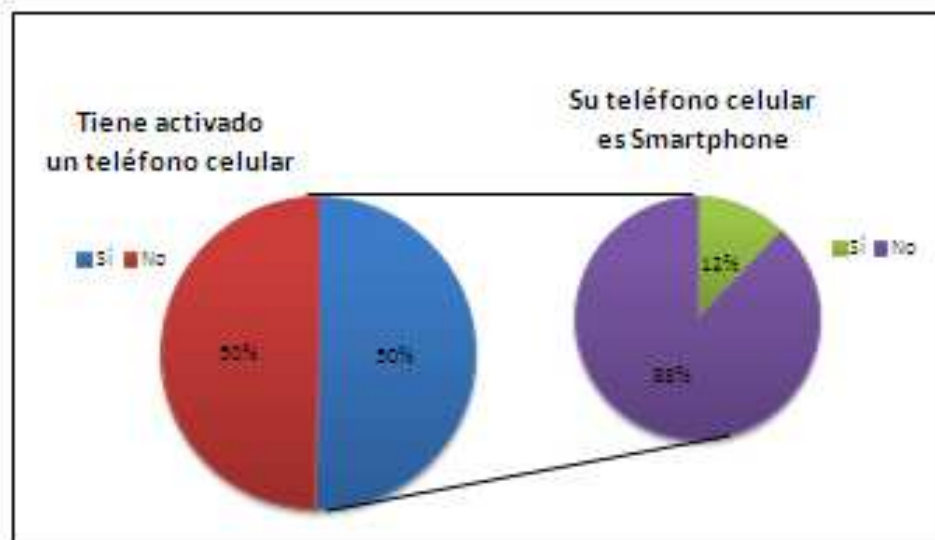
Como se puede observar más de la mitad de la población sea nacional o provincial (Guayas) posee al menos un teléfono celular activado. De este conjunto (nacional) que sí tiene un celular, el 12,2% posee un Smartphone. (Ver Gráfico 5) Del segmento de población que posee Smartphone el 52,7% son hombres y el 47,3% mujeres. (Ver Gráfico 6) Para el caso de estudio es favorable que la diferenciación por sexos no sea demasiado notable.

Gráfico 4 Porcentaje de Personas que Tienen Celular Activado – Por Sexo



Fuente y Elaboración: INEC 2012

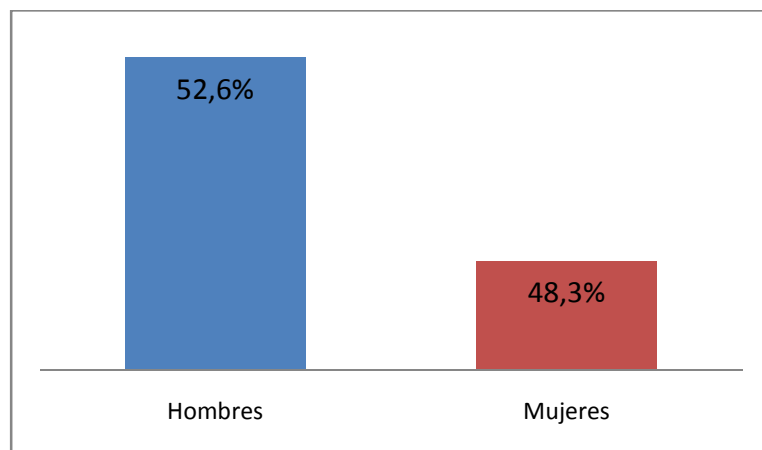
Gráfico 5 Porcentaje de Personas que Tienen Teléfono Inteligente (Smartphone)



Fuente y Elaboración: INEC 2012

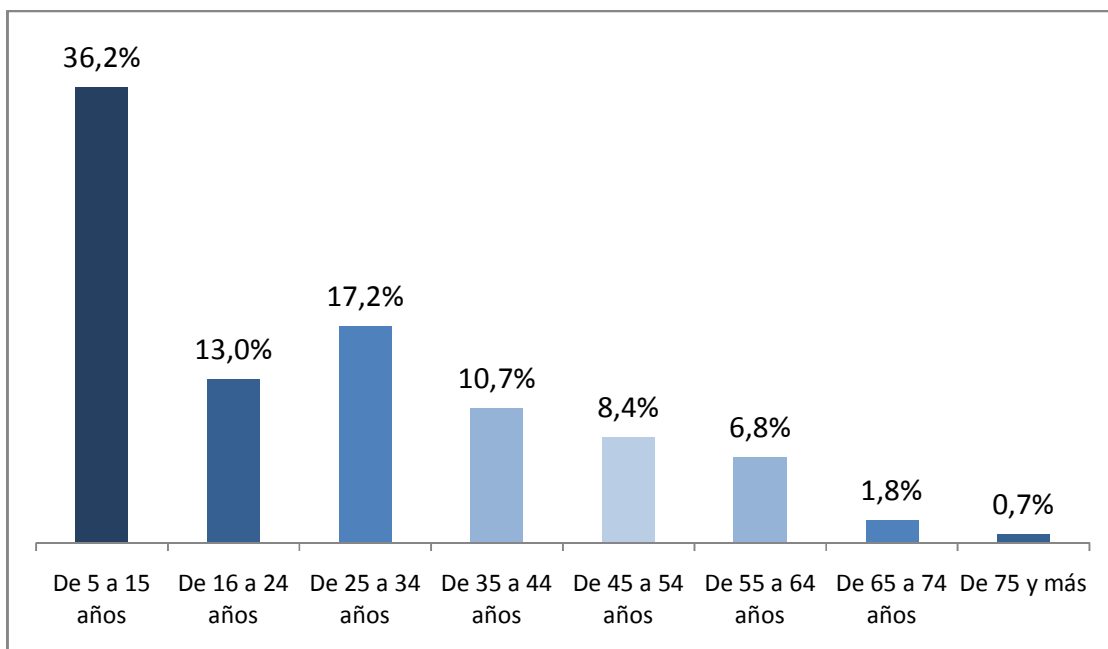
A pesar de que las personas que poseen Smartphone parece un segmento pequeño, es interesante resaltar que si se separa por grupos de edad son los jóvenes, de 16 a 24 años quienes obtienen el mayor porcentaje, con un 17,8%. (Ver Gráfico 7) Otro factor beneficioso es que del porcentaje nacional de personas con Smartphone el más alto lo posee la provincia del Guayas con un 20,8% de su población.

Gráfico 6 Porcentaje de Personas que Tienen Teléfono Inteligente (Smartphone) – Por Sexo



Fuente y Elaboración: INEC 2012

Gráfico 7 Porcentaje de Personas que Tienen Teléfono Inteligente (Smartphone) – Por Grupos de Edad

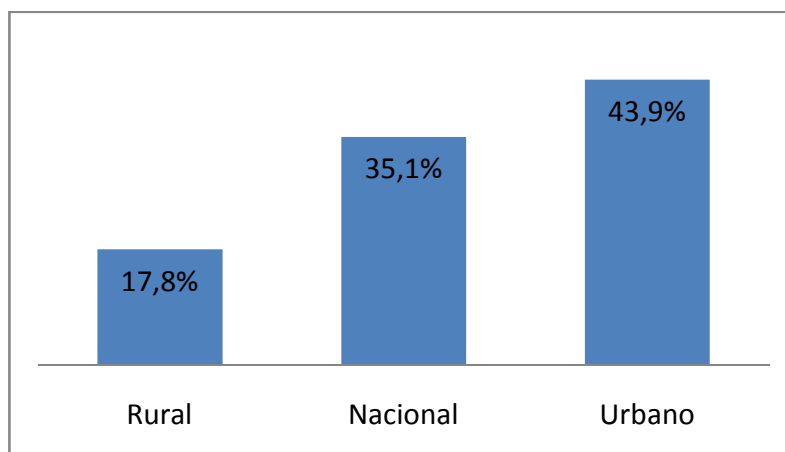


Fuente y Elaboración: INEC 2012

2.3.5.2. Acceso a Internet

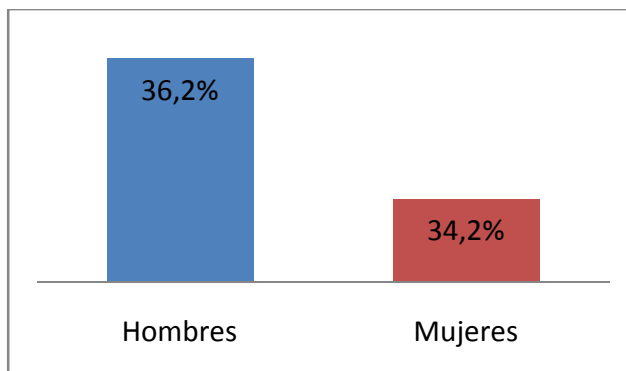
Para poder aprovechar la mayoría de los beneficios de poseer un Smartphone es muy importante contar con acceso a internet. Del porcentaje total nacional el 35,1% ha utilizado internet durante los últimos 12 meses. En esta ocasión es muy evidente la diferencia del área rural (17,8%) con la urbana (43,9%). (Ver Gráfico 8) El porcentaje por sexo, en cambio, no dista mucho entre sí, teniendo los hombres 36,2% y las mujeres 34,2%. (Ver Gráfico 9)

Gráfico 8 Porcentaje de Personas que en los Últimos 12 Meses han Usado Internet



Fuente y Elaboración: INEC 2012

Gráfico 9 Porcentaje de Personas que en los Últimos 12 Meses han Usado Internet – Por Sexo

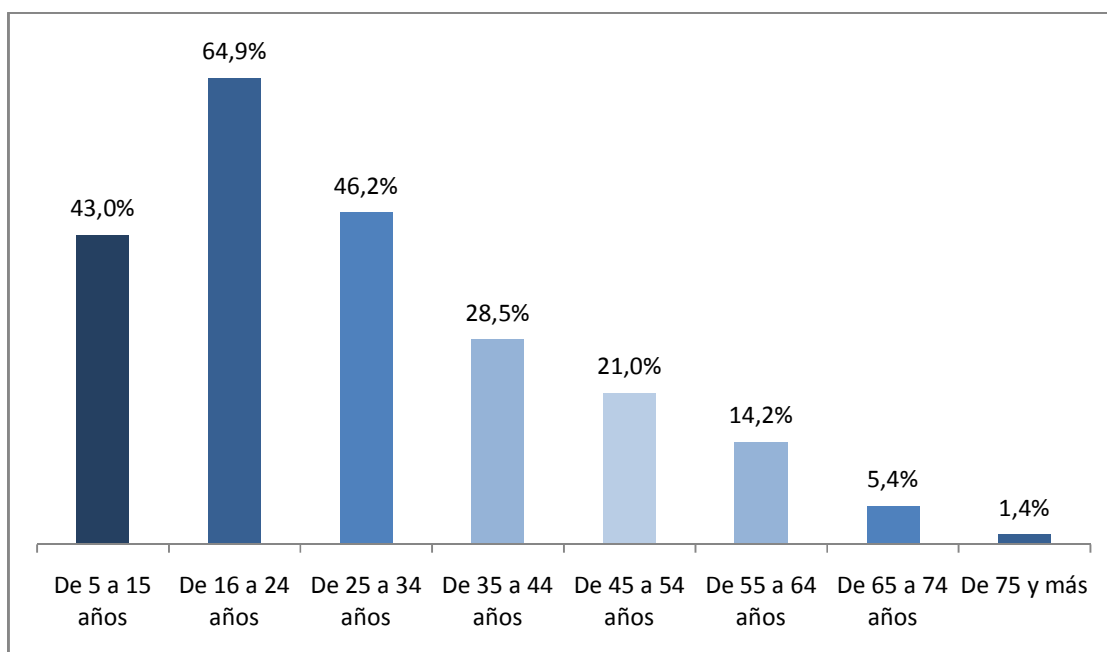


Fuente y Elaboración: INEC 2012

A pesar de que el 35,1% del total nacional es un porcentaje bajo, es importante señalar que el porcentaje urbano tiene una cifra más alta, lo que es conveniente si es de interés principal, conocer datos relativos para una ciudad. Solo en la provincia del Guayas el porcentaje de personas que utilizaron internet durante los últimos 12 meses fue el 38,9% de la población, ubicándose tercero, luego de Pichincha y Azuay.

Es de vital importancia mencionar que del porcentaje total de personas que han utilizado internet, si lo dividimos por rangos de edad en primer lugar se posicionan las personas de 16 a 24 años con un 64,9%. El otro grupo de interés que son las personas de 5 a 15 años, se ubican en tercer lugar con 43%, no tan distante del segundo lugar que lo ocupan las personas de 25 a 34 años con 46,2%. (Ver Gráfico 10)

Gráfico 10 Porcentaje de Personas que en los Últimos 12 Meses han Usado Internet – Por Grupos de Edad

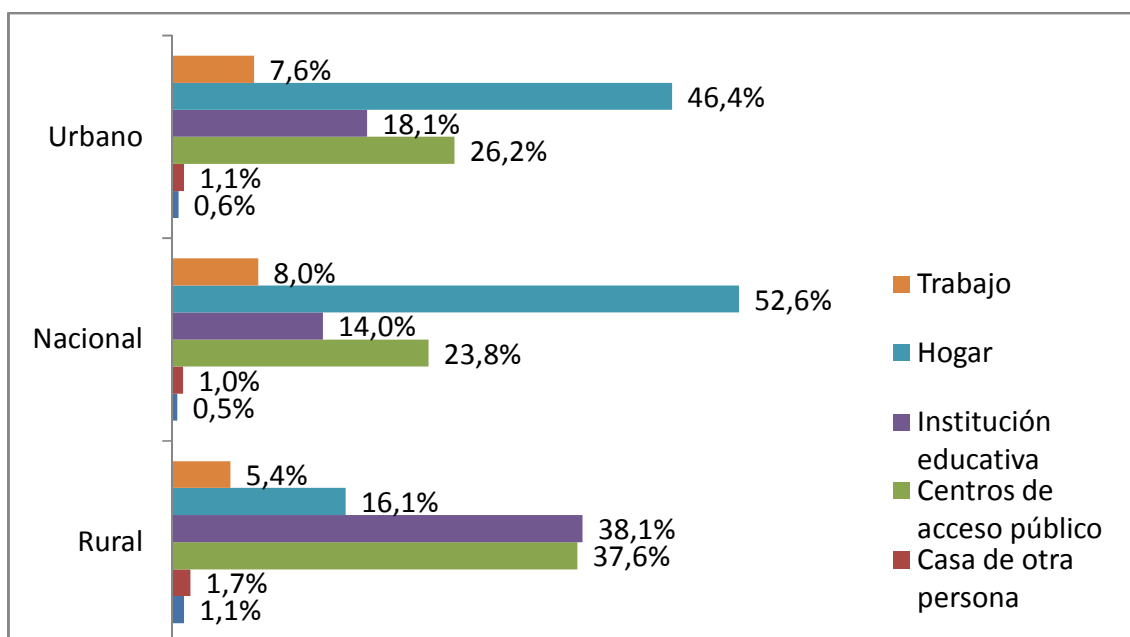


Fuente y Elaboración: INEC 2012

Finalmente, es importante conocer cómo las personas acceden al internet y para qué lo usan. Para mayor detalle la Encuesta Nacional de Empleo Desempleo y Subempleo – ENEMDUR – Nacional Total (2012) ha dividido la población entre “pobres” y “no pobres”. Los “no pobres” acceden el internet con más frecuencia en su hogar (51,4%), seguido por centros de acceso público (24,2%). Aunque el primer lugar del segundo distan entre sí en una cantidad considerable. (Ver Gráfico 12) Los “pobres”, en cambio, como primer lugar para acceder al internet tienen a las instituciones educativas con 40,5% y en segundo lugar a los centros de acceso público con un 40%. (Ver Gráfico 13)

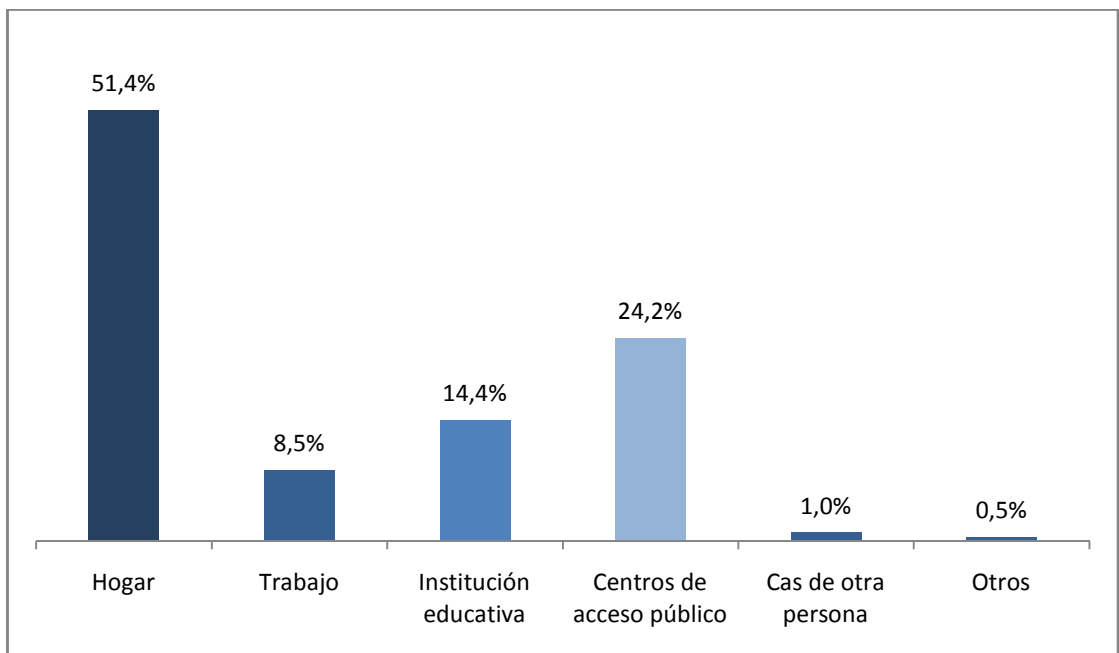
Como se puede observar, la diferencia porcentual es casi nula. En el porcentaje total nacional del lugar de uso del internet, el hogar se ubica en primer lugar con 46,4%. Mientras que en la zona urbana el porcentaje asciende a 52,6%, mientras que en la zona rural se impone la institución educativa con un 38,1%, (Ver Gráfico 11)

Gráfico 11 Lugar de Uso del Internet



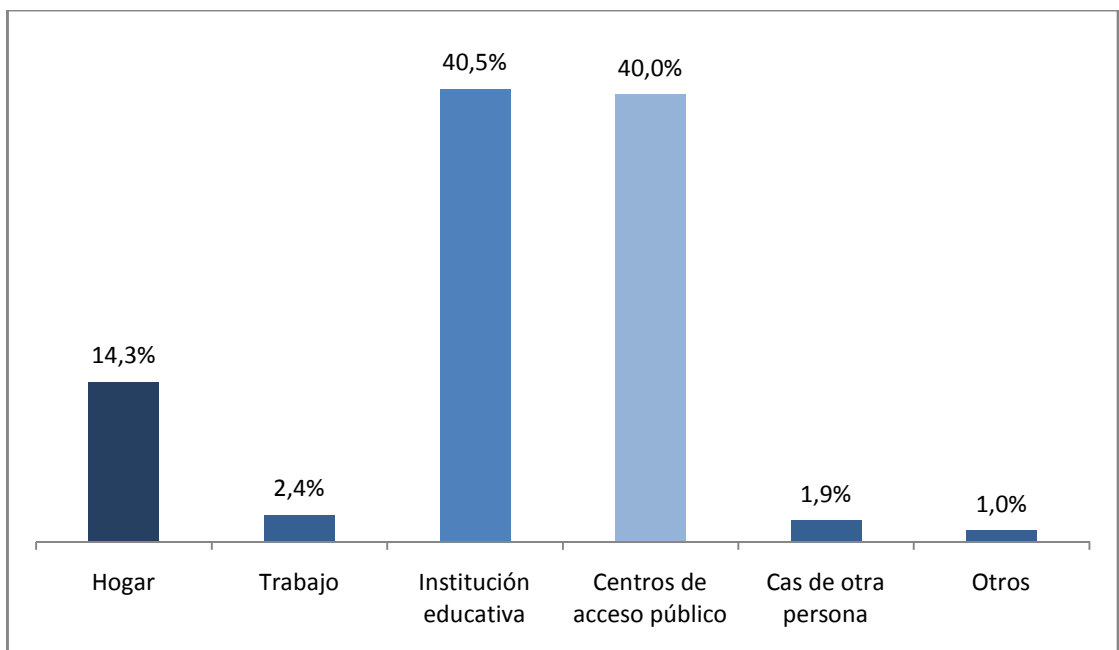
Fuente y Elaboración: INEC 2012

Gráfico 12 Lugar de Uso de Internet por No Pobres



Fuente y Elaboración: INEC 2012

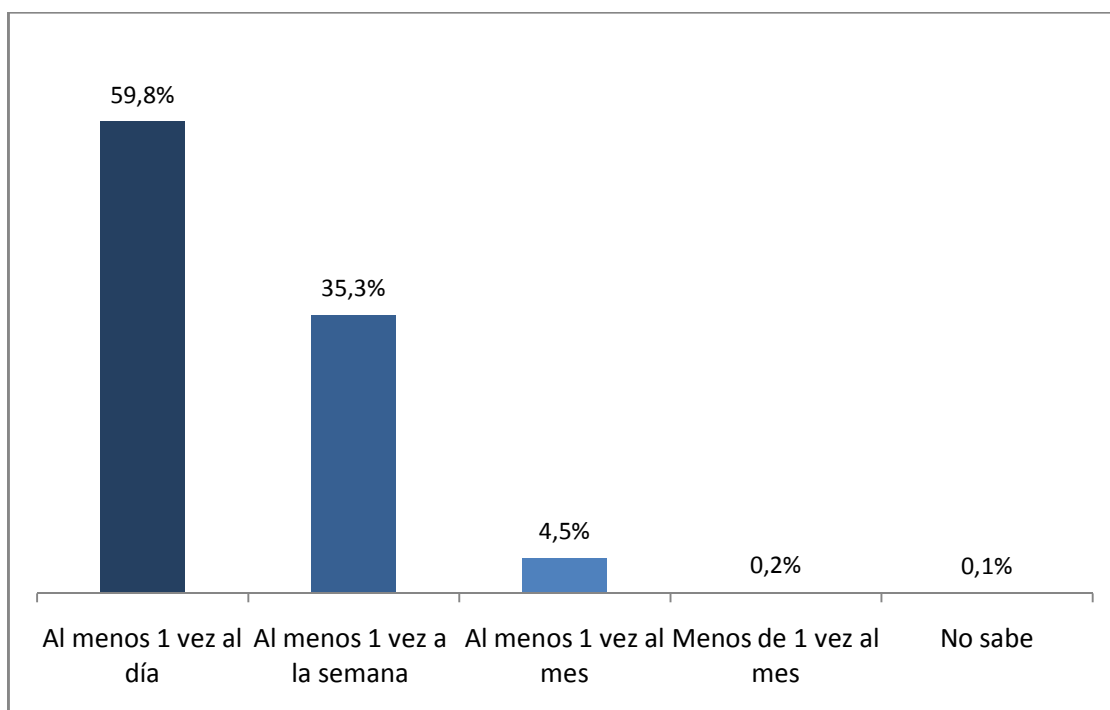
Gráfico 13 Lugar de Uso de Internet por Pobres



Fuente y Elaboración: INEC 2012

Otra característica importante es conocer la frecuencia de uso. De las personas que usan internet a nivel nacional, el 59,8% lo utilizan al menos una vez al día. (Ver Gráfico 14)

Gráfico 14 Frecuencia del Uso de Internet a Nivel Nacional



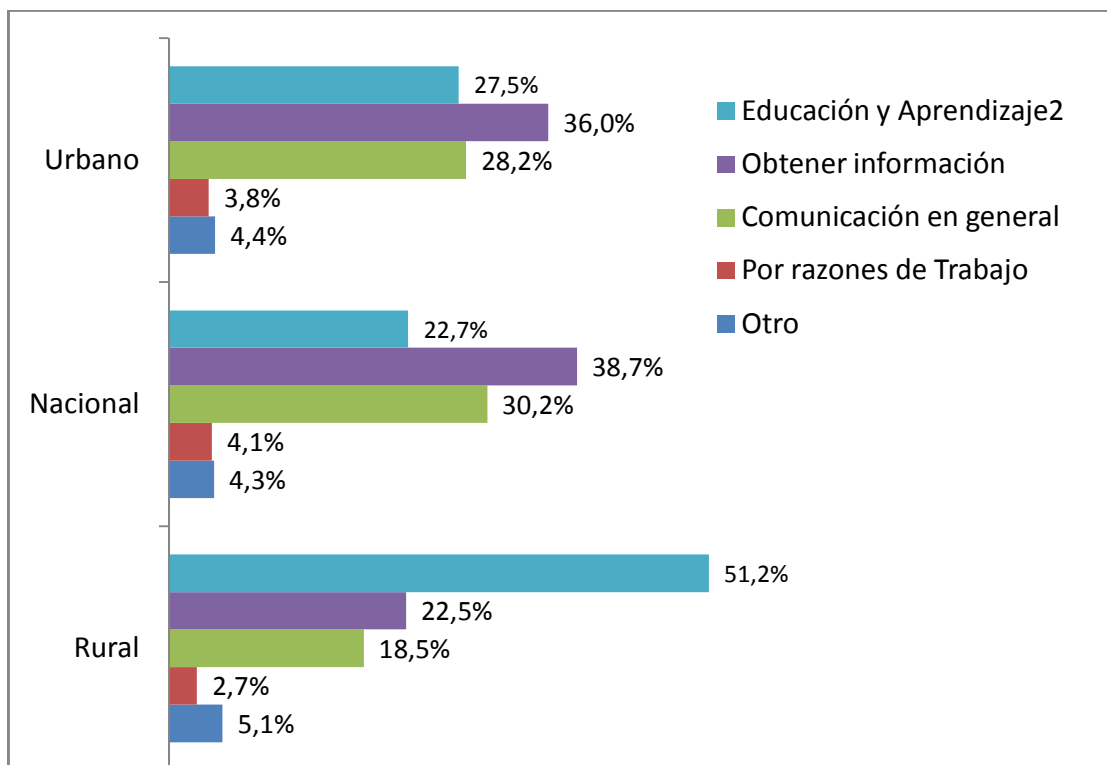
Fuente y Elaboración: INEC 2012

El objetivo de acceder al internet por la mayoría a nivel nacional es de obtener información, lo que en datos porcentuales se refleja en el 36%. Los porcentajes son similares en la zona urbana. La gran diferencia se destaca en la zona rural, donde la población utiliza el internet para educación y aprendizaje como primer opción, con un 50,9%. (Ver Gráfico 15)

Es evidente que los teléfonos móviles se han vuelto una necesidad de la mayoría de la población ecuatoriana. Los que tienen las posibilidades adquieren tecnología más compleja y costosa como los Smartphone. Aunque este segmento de la población es relativamente pequeño, es

favorable el saber que los jóvenes de 15 a 24 años son los que más usan los Smartphone.

Gráfico 15 Razones de Uso del Internet



Fuente y Elaboración: INEC 2012

También es muy relevante el señalar que aunque el individuo sea “pobre” o “no pobre”, tienen en común que el segundo lugar donde acceden a internet son los centros públicos, donde es ampliamente conocido que hay puntos donde se reparte el servicio gratuitamente. Por último, pero no menos importante, el motivo más importante por el que se necesita internet es para buscar información. Lo que revela que los jóvenes están ingresando al internet, mediante sus Smartphones para indagar sobre temas que desconocen.

2.4. Marco Legal

2.4.1. Constitución del Ecuador

La Constitución del Ecuador dedica su Art. 43 especialmente a las mujeres embarazadas, a quienes garantiza servicios de salud gratuita, protección de su vida hasta el parto, entre los más importantes. El Art. 363.6 posee contenido similar, enfatizando en “asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto”. De esta forma queda claro que la Constitución ampara a la mujer embarazada desde el diagnóstico hasta el momento del parto.

En su Art. 32 garantiza el derecho a servicios de salud, entre los cuales menciona “el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva.” Se puede observar que no es específica cuando se refiere a la salud sexual y no menciona ningún método de planificación familiar. El Art. 66.9 apoya el derecho a “tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad”. El Estado en su Art. 347.4 también enfatiza la educación sexual en instituciones educativas, siempre y cuando desde un enfoque de derechos.

Revisando desde el Art. 44 al Art. 46, dedicado a niñas, niños y adolescentes, el más relevante para el estudio es el Art. 45 donde el Estado “(...) garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción (...)”, pudiendo resultar algo polémico, ya que puede utilizarse como punto de partida de opositores de ciertos métodos anticonceptivos para debates a su favor.

La OMS (1999) En su informe Anticoncepción de emergencia: Guía para la prestación de servicios, señala:

“(...) La única contraindicación de las píldoras anticonceptivas de emergencia es el embarazo. Nunca se deben administrar las píldoras anticonceptivas de emergencia a una mujer con un embarazo confirmado, en primer lugar, porque no surtirán efecto.” (p. 23)

De esta forma queda demostrado que en ningún momento se viola el derecho a la vida sostenido en la Constitución del Ecuador en su Art. 23.1, ya que no afecta la vida del que está por nacer.

Tomando como base los documentos oficiales de organismos nacionales e internacionales se concluye en que el método anticonceptivo oral de emergencia no es abortivo.

2.4.2. Registro Oficial 919

La Secretaría de Estado oficializó el 25 de Marzo del 2013 el Registro Oficial 919, reglamento que regula el acceso y disponibilidad de métodos anticonceptivos en el Sistema Nacional de Salud. Donde cabe mencionar que el Estado ha dejado claro su apoyo a favor del uso de la controversial píldora del día después.

La píldora de emergencia es mencionada en su Art. 3, donde señala que es obligación de los centros de salud proveerla de forma gratuita y confidencial:

“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, a demanda de las/os usuarias/os. En el Segundo y Tercer Nivel, los profesionales de la Salud asesorarán sobre anticoncepción y planificación familiar en servicios post-operatorios y post evento obstétrico, dando a las personas, sin importar su edad, etnia, etc. toda la información necesaria para que puedan decidir el uso de un método anticonceptivo y entregando o colocando el mismo, en caso de ser requerido por la usuaria.

En ninguno de los casos se requerirá autorización de la pareja ni de ningún familiar, para el uso de un método anticonceptivo. Por el principio de confidencialidad el personal de salud está obligado a no divulgar esta información. En caso de que no se cumpla esta disposición se sancionará de acuerdo a las normas pertinentes.” (p. 4)

A pesar de la variedad de puntos de vista que siguen suscitándose a raíz de la oficialización de este Acuerdo, el Estado ha procedido como ha creído pertinente.

Este reglamento consta de 31 artículos, entre los cuales quedan muy detallados todos los aspectos, como la obligación de los profesionales de la salud en ofrecer información actualizada y clara (Art. 6 al Art. 9). La distribución al público radica desde el Art. 14 al Art. 23. Donde el acuerdo es minucioso en describir cada métodos, los períodos en los que deben ser entregados gratuitamente y la forma de entrega, algunos deben ser colocados por el médico como los métodos inyectables y subdérmicos.

Tabla 7 Distribución de Métodos Anticonceptivos Gratuitos en Centros de Salud Pública

Método	Duración de la protección	Visita Médica	Forma de Entrega
Anticoncepción oral combinada	Mensual	Primer control al mes y al año de adoptado el método y PRN	Primera consulta un ciclo y luego 3 por visita
Anticoncepción oral sólo progestina	Mensual	Primer control al mes y al año de adoptado el método y PRN	Primera consulta un ciclo y luego 3 por visita
Anticoncepción inyectable combinada	Mensual	Primer control al mes y luego al año y PRN	Primera consulta y luego 1 por mes
Anticoncepción subdérmica Levonorgestrel	Cinco años	Primer control al mes y luego al año y PRN	Colocación en la consulta
Anticoncepción subdérmica Etonogestrel	Tres años	Primer control al mes y luego al año y PRN	Colocación en la consulta
Método Temporal Intrauterino T de Cu	10 Años	Primer control al mes, segundo control a los seis meses y luego cada año	Colocación en la consulta
Método Temporal Intrauterino T de Cu Levonorgestrel	5 Años	Primer control al mes, segundo control a los seis meses y luego cada año	Colocación en la consulta

Fuente y Elaboración: Registro Oficial 919 Reglamento para regular el acceso y la disponibilidad de métodos anticonceptivos en el Sistema Nacional de Salud.

CAPÍTULO 3

CAPITULO 3: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de Estudio

El tipo de estudio para llevar a cabo esta investigación es descriptivo y analítico. Debido a que este es un estudio sobre un tema social, es menester caracterizar al fenómeno e indicar sus rasgos diferenciadores. El objetivo del estudio descriptivo es conocer con detalle la situación y actitudes predominantes mediante la descripción de las actividades y personas que intervienen en el escenario para finalmente realizar una identificación entre las variables intervinientes o una predicción de condiciones futuras.

El estudio analítico contrasta variables sin manipularlas. es decir, estas variables se dan de forma natural en los grupos que se estudia. Al mismo tiempo, se propone una hipótesis que se trata probar. Luego de la recolección de datos en base a las hipótesis, se expone y resume la información, para posteriormente, poder analizar los resultados y extraer generalizaciones significativas que contribuyan al caso de estudio.

Debido a la riqueza de matices y variedad de los fenómenos humanos, los estudios sociales resultan frecuentemente complejos como para ser captados y expresados en términos numéricos. Las restricciones para comprender y explicar las complicadas relaciones interpersonales, la diversidad de situaciones que se producen en el medio social en el que se desenvuelve la vida de los individuos, la disparidad de los ambientes que existen y las peculiaridades individuales, no se pueden entender solamente a través de técnicas cuantitativas.

Por lo tanto el diseño de la investigación será cuantitativo, pero también cualitativo, ya que es necesario acercarse al conocimiento de la realidad social, en la que no se centrará únicamente en el acto de conocer, sino que el centro

de interés se traslada con esta metodología a las formas en las que se puede intervenir.

3.2. Población y Muestra

3.2.1. Población

Arias (2006) menciona que se entiende por población el "(...) conjunto finito o infinito de elementos con características comunes, para los cuales serán extensivas las conclusiones de la investigación. Esta queda limitada por el problema y por los objetivos del estudio". Es decir, se utilizará un conjunto de personas con características comunes que serán objeto de estudio.

Para este caso de estudio la población será las mujeres adolescentes entre 12 y 19 años de la parroquia urbana Tarqui del cantón Guayaquil. Como se define con más detalle previamente, la edad es definida desde los 12 años debido a que es la edad aproximada en que las niñas tienen la menarquia y están en condiciones para la procreación.³¹ La edad límite se define ya que según la Organización Mundial de la Salud, los 19 años es cuando se establece el final de la adolescencia.

Se ha escogido la parroquia urbana Tarqui debido a que es la más grande y con más población de todo el cantón Guayaquil, con un total de 1'050.826 y una población femenina de 528,565 mujeres. Las adolescentes entre 12 y 19 años del cantón suman un total de 152,227 personas. Algunos de los barrios que componen la parroquia Tarqui son: Urdesa, Miraflores, La Alborada, Kennedy, Los Ceibos, Atarazana, entre otros. Lo que nos refleja que la población a encuestar es de clase media a media alta, esencial para la propuesta de solución, ya que intervienen tecnologías como los celulares inteligentes y el uso del internet.

³¹ Fuente: La Pubertad (Herrera, Pavia, & Yturriaga, 1994)

3.2.2. Muestra

Una vez que se ha establecido la población con la que se trabajará (152,227 mujeres) es tiempo de definir la muestra que se utilizará para el trabajo de campo.

La muestra es, en esencia, un subgrupo representativo de la población. (Gómez, 2006). Es decir, se hace uso de la muestra cuando el universo o población a ser investigado es demasiado grande como para indagar en cada uno de los sujetos. Así que, como lo menciona Gómez (2006), estos elementos que pertenecen a ese conjunto definido comparten ciertas características.

Para definir la muestra se puede utilizar una fórmula, como lo detalla Manuel Vivanco (2005) a continuación:

“El cálculo del tamaño de la muestra se realiza mediante una fórmula que es una ecuación que relaciona dos términos. La incógnita es le número de elementos a encuestar y el término que permite despejar la incógnita está compuesto por los factores que condicionan el tamaño de la muestra. Entre esos factores cabe destacar el nivel de confianza, la probabilidad de error, una medida de la dispersión de los datos, el costo de la unidad de muestreo y el tamaño de la población.

La fórmula a utilizar será distinta según el procedimiento de selección de los elementos y el resultado de la aplicación de la fórmula variará según los valores que asuman los factores que condicionan el tamaño de la muestra.” (p. 62)

La función cambiará en función al universo. Si la población es mayor a los 100.000 se utilizará la fórmula para universo infinito (ver Ecuación 1), si es 100.000 o menor se utilizará la fórmula para universo finito.(ver Ecuación 2)

Ecuación 1 Muestra: Universo Infinito

$$n = \frac{z^2 p q}{e^2}$$

Ecuación 2 Muestra: Universo Finito

$$n = \frac{z^2 p q N}{e^2(N - 1) + z^2 p q N}$$

El tamaño de la muestra debe ser lo más grande posible para alcanzar un alto grado de precisión reduciendo al máximo el error. Su tamaño debe ser conveniente, de tal manera que los resultados de la investigación no sean dudosos por haberse tomada una muestra demasiado pequeña. Es decir que su amplitud sea estadísticamente proporcionada a la magnitud del universo y no a la totalidad de éste, salvo el margen de error que debe estar dentro del límite aceptado por los estadísticos (del 1% al 5%). El error disminuye con el tamaño de la muestra. También deben respetarse varios parámetros, detallados en las tablas a continuación:

Tabla 8 Parámetros para Fórmula de la Muestra

Parámetro	Descripción
N	Tamaño del universo
n	Tamaño de la muestra
z²	Nivel de confianza valor z
e²	Grado de error ej:5%, 3%, 8%, 1%
P	Proporción de la variable en la población
q	1-p

Elaboración propia.

Tabla 9 Valor de z: Nivel de Confianza

Casos	Valor de Z
90%	1,65
95%	1.96
99%	2.58

Elaboración propia.

A continuación el cálculo con los datos del presente estudio: Debido a que nuestra población es mayor a 100.000 individuos la fórmula a utilizar será la de Universo Infinito (ver Ecuación 1). Trabajaremos con una seguridad del 90% y un margen de error de 5%.

Tabla 10 Valores para la Fórmula de la Muestra del Presente Caso de Estudio

Parámetro	Descripción
N	152,227
n	Incógnita
z	1,65
e	5%
P	0,5
q	0,5

Elaboración propia.

Ecuación 3 Fórmula de Resultado de la Muestra

$$n = \frac{(1,65)^2 (0,5) (0,5)}{(0,05)^2}$$

$$n = \frac{0,680625}{0,0025}$$

$$n = \frac{0,680625}{0,0025}$$

$$n = 247,5$$

Como se puede observar en la Ecuación 3, el resultado final de la muestra es 247,5. Por lo tanto se realizarán 248 encuestas a individuos aleatoriamente.

3.3. Fuentes de Información

3.3.1. Fuentes Primarias

Las fuentes primarias son los datos recopilados directamente del mercado que serán utilizados para solucionar el problema planteado. Como menciona Fernández (2004) “Esta tarea se realiza utilizando algún procedimiento o técnica de obtención de información.” (p. 24)

En este estudio las fuentes primarias utilizadas son:

- Entrevista a la Dra. Abigail Carriel de Roque, actual Especialista en Gerencia de Servicios de Salud en APROFE.
- Entrevista a la Dra. Glenda San Miguel, actual Gineco-Obstetra de APROFE.
- 248 encuestas a una muestra de la población definida.
- 2 Observaciones

3.3.2. Fuentes Secundarias

Las fuentes secundarias proporcionan información ya recogida y elaborada previamente. Son todos los resultados de investigaciones previas basadas en fuentes primarias como estadísticas, libros, revistas, entre otros. (Ramírez Bacca, 2010)

En este estudio las fuentes secundarias utilizadas son:

Libros. Algunos de ellos son:

- Historia de APROFE. Tres décadas de servicio. Historia de la Planificación Familiar en el Ecuador. Por Jenny Estrada. 1996
- Manual de Reproducción Humana. Por Allan Rosenfield y Mahmoud Fathalla. 1994
- Manual Básico de Anticoncepción. Por Joaquim Calaf Alsina. 2005
- Programación de Bases de Datos con MySQL y PHP. Por Helma Spona. 2010, .entre otros muchos.

Datos estadísticos. Algunos de ellos son:

- Censo de Población y Vivienda del Ecuador 1991
- Censo de Población y Vivienda del Ecuador 2001
- Censo de Población y Vivienda del Ecuador 2011
- Anuario Estadístico 2013 elaborado por el Instituto de Estadística y Censos del Ecuador

Infografías. Algunos de ellos son:

- Tendencias del Analfabetismo en Ecuador elaborada por el Instituto de Estadística y Censos del Ecuador
- Así es Guayaquil Cifra a Cifra elaborada por el Instituto de Estadística y Censos del Ecuador
- Embarazo Adolescente elaborada por el Instituto de Estadística y Censos del Ecuador

Informes. Algunos de ellos son:

- Resultados del Censo 2010 de Población y vivienda en el Ecuador, Fascículo Provincial del Guayas

Otros:

- Constitución de la República del Ecuador
- Registro Oficial 919

3.4. Técnicas de Recolección de Datos

3.4.1. Encuesta

Para este caso de estudio se ha decidido utilizar la encuesta como herramienta de recolección de datos.

Francisco Alvira Martín (2011) define la encuesta de la siguiente manera:

“La encuesta es esencialmente una técnica de recogida de información con una filosofía subyacente (lo que la convierte en un método), pero admite muy diferentes diseños de investigación, como estudios longitudinales (paneles), diseños cuasiexperimentales, estudios de evolución con muestras representativas, etc.” (p. 7)

Dado que el tipo de la investigación de este estudio es descriptivo y analítico, la encuesta está diseñada para reflejar información cualitativa de forma cuantitativa. La encuesta tiene el fin de recolectar datos que permitan identificar características particulares, definiendo la dimensión del escenario de estudio. Los mismos datos serán a la vez adecuados para el análisis y comparación, debido a que serán representados porcentualmente. Reflejarán en cifras la información necesaria para resolución de decisiones que aporten a la problemática actual, predicciones de futuras condiciones similares o base de nuevos estudios.

La encuesta se efectuará a la población con las características anteriormente definidas. Mujeres de entre 12 a 19 años de la parroquia Tarqui del cantón Guayaquil. El tema central de los cuestionamientos es la planificación familiar. Se dividirá la muestra en tres grupos de edad, por lo que la encuesta medirá el conocimiento sobre planificación familiar de cada uno de los conjuntos y de

qué manera lleva los cuidados de su vida sexual. Hay una pequeña sección final donde se cuestiona sobre la tecnología telefónica.

3.4.2. Entrevista

Según Alvira Martín (2011), la entrevista es una interacción social que tiene como finalidad recoger datos para una investigación. Se ha decidido utilizar esta técnica de recolección de datos, debido a que es necesario obtener información de interés de diferentes perspectivas, por lo cual se entrevistará a profesionales relacionados con el tema de estudio.

La gran ventaja de la entrevista es que los mismos actores sociales son quienes proporcionan los datos relativos a sus conductas, opiniones o deseos, así que no hay nadie mejor que la persona involucrada para hablar de aquello que piensa sobre lo que ha experimentado.

Los expertos escogidos aportarán con su conocimiento y expondrán varios puntos de vista, los cuales servirán para sustentar y contrastar ideas.

3.4.3. Observación

La observación es “un elemento fundamental de todo proceso investigativo”, señala Alvira (2011), ya que es un apoyo para que el investigador pueda obtener el mayor número de datos.

En este caso de estudio se realizará la observación directa – no participante. Ya que el observador acudirá informado acerca de la situación y del contexto investigativo, es decir, sabe qué va a observar y que espera encontrar. Es no participante ya que el observador no se incluirá dentro del grupo de estudio. Para obtener de primera mano detalles importantes gracias una experiencia directa de la situación.

Las observaciones se efectuarán de forma esquematizada para mayor control al momento de evaluar los resultados. La interpretación de resultados será de modalidad inferencial, ya que el observador, realizará supuestos basados en los resultados de los registros de la observación.

El objetivo de la observación es conocer en qué medida las mujeres jóvenes, de apariencia adolescente, acuden a los centros de salud, área de ginecología. Se necesita conocer cuántas mujeres jóvenes acuden, si van solas o acompañadas. Se programarán dos observaciones: Una que tendrá lugar un día al azar entre lunes y viernes y la restante un día sábado.

Se ha especificado “de apariencia adolescente” debido a que como se está refiriendo a atención médica, la misma es confidencial y debe hacerse con discreción sin conocimiento del observado, por lo que es imposible tomar fotografías o realizar grabaciones. Naturalmente la posibilidad de saber con exactitud la edad real de la mujer es nula, por lo tanto, se tomará como referencia mujeres con apariencia muy juvenil, que parezcan de hasta 19 años de edad.

3.5. Instrumentos

Para la ejecución de las encuestas se utilizó hojas de papel tamaño A4, bolígrafos y las tintas para imprimir las encuestas. Para llevar a cabo las entrevistas se utilizó hojas de papel bond tamaño A4 donde se imprimieron las preguntas guía de la entrevista, un bolígrafo y un celular donde se grabó cada uno de los encuentros con los expertos, para posterior transcripción (El dispositivo móvil no se considerará en el detalle de los instrumentos debido a que ya se tenía posesión del objeto con anterioridad y no hubo que adquirirlo específicamente para esta ocasión.). La observación se manejó de forma

esquemática, por lo que se usaron hojas bond tamaño A4 para imprimir las matrices y bolígrafo para apuntar los datos.

Por último también se considera el costo del transporte por cada día de de trabajo de campo. Las encuestas se finalizaron en 3 días, las entrevistas en 2 días y la observación también demoró 2 días. (Ver detalles en Tabla 11)

Tabla 11 Detalle de Instrumentos Utilizados en Técnicas de Recolección de Datos

Instrumento	Cantidad	Precio Unidad	Precio
Resma de hojas A4 75 gr.	1	\$4,50	\$4,50
Bolígrafo	10	\$0,35	\$3,50
Tinta para impresora de Inyección	2	\$35	\$70
Transporte	7	\$6	\$42
Total:			\$120

Elaboración propia.

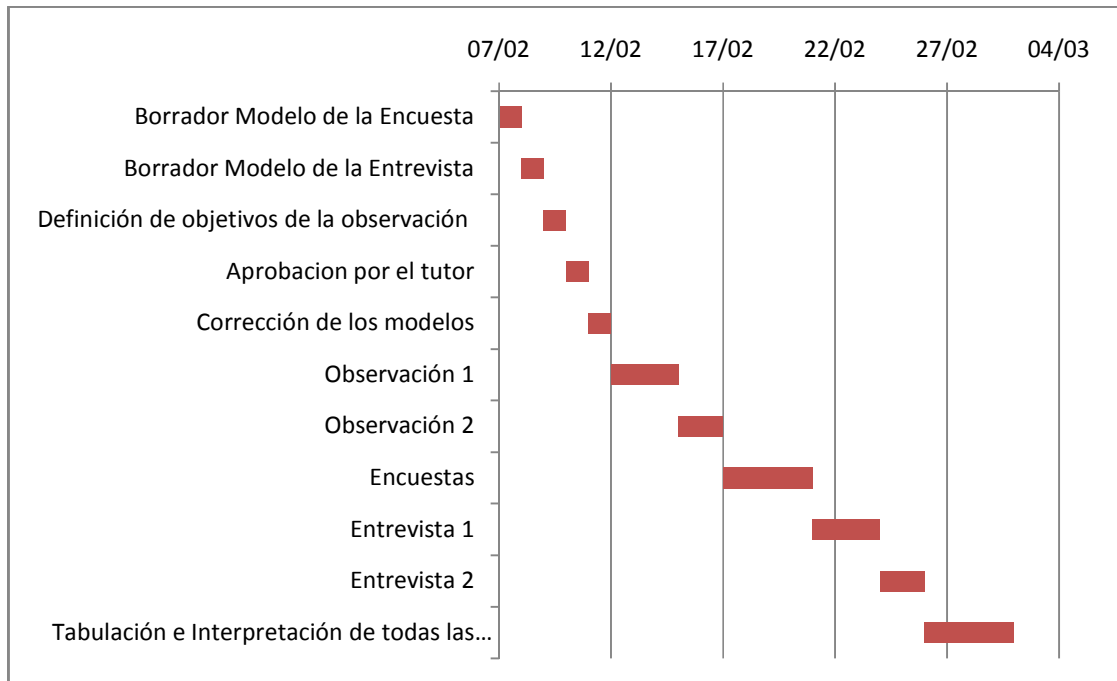
3.6. Cronograma

Tabla 12 *Detalle las Actividades del Cronograma*

Actividad	Fecha Inicio	Duración en días
Borrador Modelo de la Encuesta	07/02/2014	1
Borrador Modelo de la Entrevista	08/02/2014	1
Definición de objetivos de la observación	09/02/2014	1
Aprobación por el tutor	10/02/2014	1
Corrección de los modelos	11/02/2014	1
Observación 1	12/02/2014	3
Observación 2	15/02/2014	2
Encuestas	17/02/2014	4
Entrevista 1	21/02/2014	3
Entrevista 2	24/02/2014	2
Tabulación e Interpretación de todas las técnicas	26/02/2014	4

Elaboración propia.

Gráfico 16 Diagrama de Gantt – Cronograma para el Trabajo de Campo



Elaboración propia.

CAPÍTULO 4

CAPITULO 4: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Encuestas

4.1.1. Tabulación

En total se encuestaron a 248 adolescentes entre los 12 y 19 años de edad. Divididos en rangos de edad, se encuestaron a 71 adolescentes de entre 12 a 14 años; 94 adolescentes de entre 15 a 17 años; y finalmente 83 jóvenes de entre 18 a 19 años de edad.

Tabla 13 Totales de Adolescentes Encuestadas por Rango Edad

Fuentes de Información sobre Métodos Anticonceptivos	
Edad	Número de Encuestadas
12 - 14 AÑOS	71
15 - 17 AÑOS	94
18 - 19 AÑOS	83

Elaboración propia.

A continuación la tabulación de los resultados de las encuestas por preguntas:
A la pregunta: “¿Usted sabe qué son los métodos anticonceptivos?”, los resultados revelaron:

Tabla 14 Nivel de Conocimiento de los Métodos Anticonceptivos

Nivel de Conocimiento de los Métodos Anticonceptivos		
	Sí conoce	No conoce
12 - 14 AÑOS	51	20
15 - 17 AÑOS	86	8
18 - 19 AÑOS	77	6
Total	214	34

Elaboración propia.

A la pregunta: “¿Quién le instruyó por primera vez acerca de los métodos de anticonceptivos?”, los resultados revelaron:

Tabla 15 Primera Instrucción de las Adolescentes sobre Métodos Anticonceptivos

Primera Instrucción de las Adolescentes sobre Métodos Anticonceptivos			
	12 - 14 AÑOS	15 - 17 AÑOS	18 - 19 AÑOS
Los padres	8	10	15
Docentes colegio/universidad	69	92	51
Asistir al médico	5	64	72
En internet	68	91	82
Amigos o personas con experiencia	31	73	58

Elaboración propia.

A la pregunta: “¿Cuándo desea adquirir un método anticonceptivo ¿A dónde acude por más información?”, los resultados revelaron:

Tabla 16 Fuentes de Información sobre los Métodos Anticonceptivos

Fuentes de Información sobre Métodos Anticonceptivos			
	12 - 14 AÑOS	15 - 17 AÑOS	18 - 19 AÑOS
Los padres	9	6	8
Un médico	60	82	68
El farmacéutico	45	60	62
En internet	71	90	81
Amigos o personas con experiencia	65	88	75

Elaboración propia.

A la pregunta: “¿Ha asistido alguna vez a una consulta ginecológica?”, los resultados revelaron:

Tabla 17 Nivel de Asistencia a la Consulta Ginecológica

Nivel de Asistencia a la Consulta Ginecológica		
	Sí ha asistido	No ha asistido
12 - 14 AÑOS	28	43
15 - 17 AÑOS	54	40
18 - 19 AÑOS	79	4
Total	161	87

Elaboración propia.

A la pregunta: “Si su respuesta fue <Sí>, ¿Asiste regularmente?”, los resultados revelaron:

Tabla 18 Frecuencia de Asistencia a la Consulta Ginecológica

Nivel de Asistencia a la Consulta Ginecológica*		
	Sí asiste regularmente	No asiste regularmente
12 - 14 AÑOS	28	43
15 - 17 AÑOS	54	40
18 - 19 AÑOS	79	4
Total	161	87

*Solo adolescentes que sí han asistido a una consulta ginecológica.
Elaboración propia.

A la pregunta: Si ha asistido a la consulta ginecológica “¿Cuáles han sido los motivos?”, los resultados revelaron:

Tabla 19 Motivos de las Adolescentes para Asistir a la Consulta Ginecológica

Motivos de las Adolescentes para Asistir a la Consulta Ginecológica*			
	12 - 14 AÑOS	15 - 17 AÑOS	18 - 19 AÑOS
Prueba de embarazo	19	45	70
Infección vaginal	18	48	61
Consulta de rutina	6	29	32
Método Anticonceptivo o P.F.	9	20	77
Otro	14	26	36

*Solo adolescentes que sí han asistido a una consulta ginecológica.
Elaboración propia.

A la pregunta: “Si no asiste regularmente o no ha asistido nunca, ¿a qué se debe?”, los resultados revelaron:

Tabla 20 Motivos de las Adolescentes para No Asistir a la Consulta Ginecológica

Motivos de las Adolescentes para No Asistir a la Consulta Ginecológica			
	12 - 14 AÑOS	15 - 17 AÑOS	18 - 19 AÑOS
Vergüenza	53	24	3
No tengo dinero	51	64	26
Temor a que padres y amigos se enteren	49	59	17
No tengo tiempo	5	9	24
No sé a dónde ir	58	65	22
No necesito	63	28	16

*Solo adolescentes que no asisten regularmente o no han asistido nunca a una consulta ginecológica.
Elaboración propia.

A la pregunta: “¿A qué centro de salud ha asistido para sus consultas ginecológicas?”, los resultados revelaron:

Tabla 21 Centros de Salud a los que Asisten las Adolescentes para la Consulta Ginecológica

Centros de de Salud a los que Asisten las Adolescentes para la Consulta Ginecológica *			
	12 - 14 AÑOS	15 - 17 AÑOS	18 - 19 AÑOS
Maternidad Sotomayor	8	13	12
APROFE	6	28	46
Otro	14	10	21

*Solo adolescentes que sí han asistido a una consulta ginecológica.
Elaboración propia.

A la pregunta: “¿Es usted sexualmente activa?”, los resultados revelaron:

Tabla 22 Adolescentes Sexualmente Activas

Adolescentes Sexualmente Activas		
	Activa	No Activa
12 - 14 AÑOS	9	62
15 - 17 AÑOS	44	50
18 - 19 AÑOS	72	11
Total	125	123

Elaboración propia.

A la pregunta: “Si su respuesta fue <Sí>, ¿usa algún método de planificación familiar o anticonceptivo cuando tiene relaciones íntimas?”, los resultados revelaron:

Tabla 23 Nivel de Utilización de los Métodos Anticonceptivos por las Adolescentes Sexualmente Activas

Nivel de Utilización de Métodos Anticonceptivos por las Adolescentes Sexualmente Activas*			
	Siempre	Nunca	A Veces
12 - 14 AÑOS	0	7	2
15 - 17 AÑOS	4	11	29
18 - 19 AÑOS	11	16	45
Total	15	34	76

*Solo adolescentes sexualmente activas
Elaboración propia.

A la pregunta: “*Seleccione los métodos usa o ha usado:*”, los resultados revelaron:

Tabla 24 Métodos Anticonceptivos Usados por las Adolescentes

Métodos Anticonceptivos Usados por las Adolescentes			
	12 - 14 AÑOS	15 - 17 AÑOS	18 - 19 AÑOS
Condón	2	32	55
Píldoras Hormonales	0	13	41
Inyecciones Hormonales	0	12	49
El Ritmo	2	31	29
Otros	0	3	17

*Solo adolescentes sexualmente activas
Elaboración propia.

A la pregunta: “Si no usa los métodos en todas las relaciones íntimas o no los ha usado nunca ¿A qué se debe?”, los resultados revelaron:

Tabla 25 Motivos de las Adolescentes para No Usar los Métodos Anticonceptivos

Motivos de las Adolescentes para No Usar los Métodos Anticonceptivos			
	12 - 14 AÑOS	15 - 17 AÑOS	18 - 19 AÑOS
Falta de dinero	3	34	49
Vergüenza pedir a la pareja que usen	8	32	47
No cree necesitar	7	13	14
No sabe cual usar	6	18	52
Otro	0	8	23

*Solo adolescentes sexualmente activas
Elaboración propia.

A la pregunta: “¿Considera a la píldora del día después como un método de planificación familiar o anticonceptivo?”, los resultados revelaron:

Tabla 26 Nivel de Conocimiento sobre la Píldora de Emergencia

Adolescentes piensan en la Píldora de Emergencia como Método Anticonceptivo			
	Sí	No	No sé
12 - 14 AÑOS	5	6	60
15 - 17 AÑOS	15	19	60
18 - 19 AÑOS	13	47	23
Total	33	72	143

Elaboración propia.

A la pregunta: “¿Posee usted un Smartphone?”, los resultados revelaron:

Tabla 27 Adolescentes que Poseen Smartphone

Adolescentes Que Poseen Smartphone		
	Si tiene	No tiene
12 - 14 AÑOS	37	34
15 - 17 AÑOS	53	41
18 - 19 AÑOS	69	14
Total	159	89

Elaboración propia.

A la pregunta: “Si su respuesta fue <Sí>, ¿qué marca es su Smartphone?”, los resultados revelaron:

Tabla 28 Marca del Smartphone de las Adolescentes

Marca del Smartphone De las Adolescentes			
	12 - 14 AÑOS	15 - 17 AÑOS	18 - 19 AÑOS
iPhone	1	3	5
Samsung	6	8	14
Blackberry	26	34	44
Otro	4	8	6

*Solo adolescentes que poseen Smartphone
Elaboración propia.

A la pregunta: “¿Tiene acceso a internet al menos una vez a la semana?”, los resultados revelaron:

Tabla 29 Acceso al Internet al Menos Una vez a la Semana por las Adolescentes

Acceso al Internet al Menos Una vez a la Semana por las Adolescentes		
	Si tiene	No tiene
12 - 14 AÑOS	24	13
15 - 17 AÑOS	50	3
18 - 19 AÑOS	67	2
Total	141	18

*Solo adolescentes que poseen Smartphone
Elaboración propia.

A la pregunta: “¿Encontraría útil una aplicación para dispositivos móviles (celulares inteligentes, tabletas) sobre centros de salud que ofrezcan servicios de planificación familiar y salud sexual y reproductiva?”, los resultados revelaron:

Tabla 30 Aceptación de una Posible Aplicación para Dispositivos Móviles sobre Centros de Salud y Salud Sexual y Reproductiva

Aceptación de una Posible Aplicación para Dispositivos Móviles sobre Centros de Salud y Salud Sexual y Reproductiva		
	Sí	No
12 - 14 AÑOS	48	23
15 - 17 AÑOS	78	16
18 - 19 AÑOS	55	28
Total	181	67

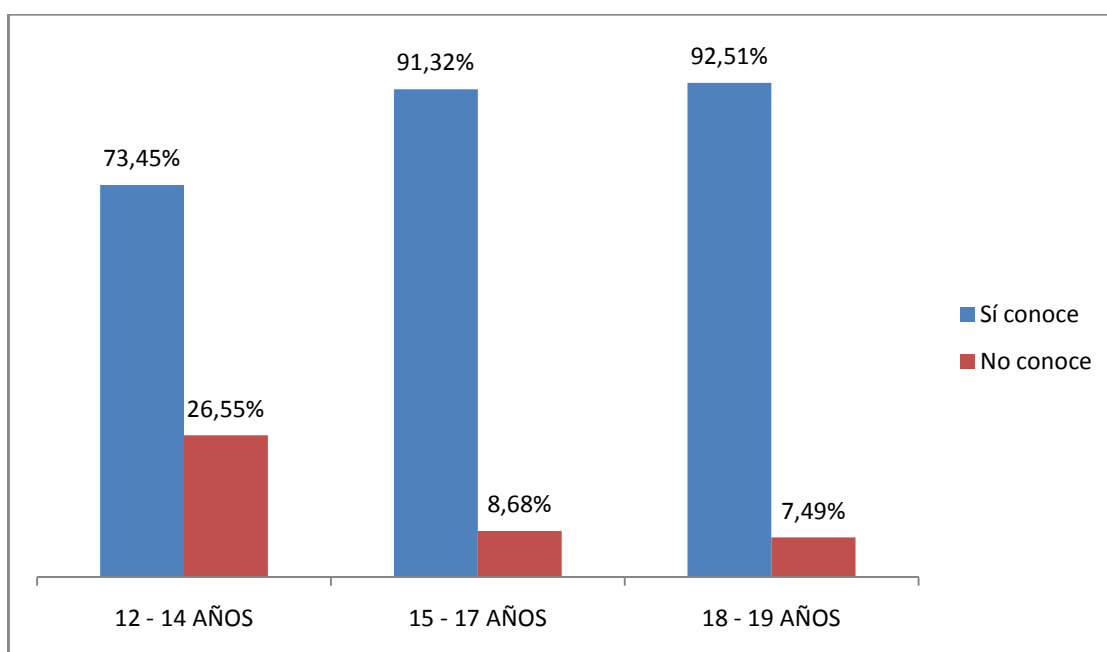
Elaboración propia.

4.1.2. Análisis y Representación de los Datos

La representación de los datos recolectados se efectuará mediante gráficos y las cantidades serán expuestas en porcentajes para facilitar la comprensión.

A la pregunta: “¿Usted sabe qué son los métodos anticonceptivos?”, los resultados revelaron:

Gráfico 17 Nivel de Conocimiento de los Métodos Anticonceptivos



Del total de adolescentes encuestadas entre 12 a 14 años:

- 73,45% sí conoce qué son los métodos anticonceptivos.
- 26,55% no conoce qué son los métodos anticonceptivos.

Del total de adolescentes encuestadas entre 15 a 17 años:

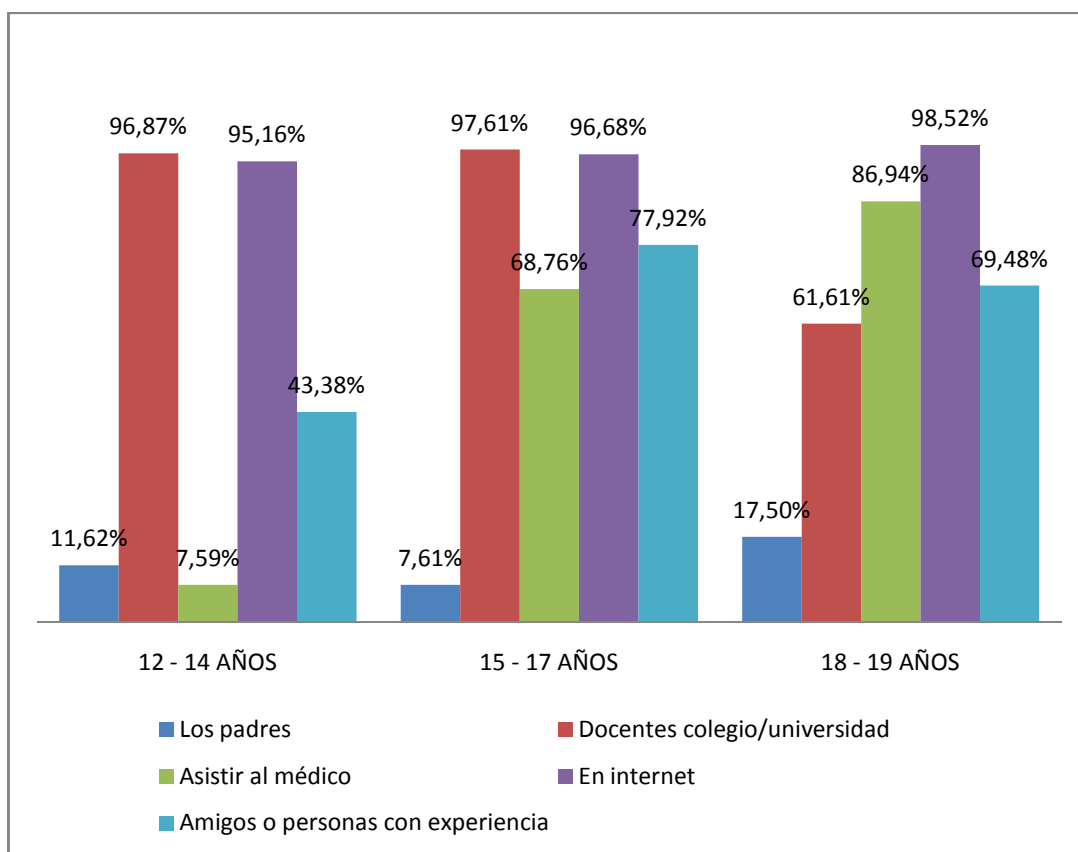
- 91,32% sí conoce qué son los métodos anticonceptivos.
- 8,68% no conoce qué son los métodos anticonceptivos.

Del total de adolescentes encuestadas entre 18 a 19 años:

- 92,51% sí conoce qué son los métodos anticonceptivos.
- 7,79% no conoce qué son los métodos anticonceptivos.

A la pregunta: “¿Quién le instruyó por primera vez acerca de los métodos de anticonceptivos?”, los resultados revelaron:

Gráfico 18 Primera Instrucción de las Adolescentes sobre Métodos Anticonceptivos



Del total de adolescentes encuestadas entre 12 a 14 años:

- 96,87% recibió sus primeras instrucciones acerca de métodos anticonceptivos de los docentes en colegios/universidades.
- 95,16% recibió sus primeras instrucciones acerca de métodos anticonceptivos por medio del internet.

- 43,38% recibió sus primeras instrucciones acerca de métodos anticonceptivos de amigos o personas con experiencia.
- 11,62% recibió sus primeras instrucciones acerca de métodos anticonceptivos de sus padres.
- 7,59% recibió sus primeras instrucciones acerca de métodos anticonceptivos de parte de un médico.

Del total de adolescentes encuestadas entre 15 a 17 años:

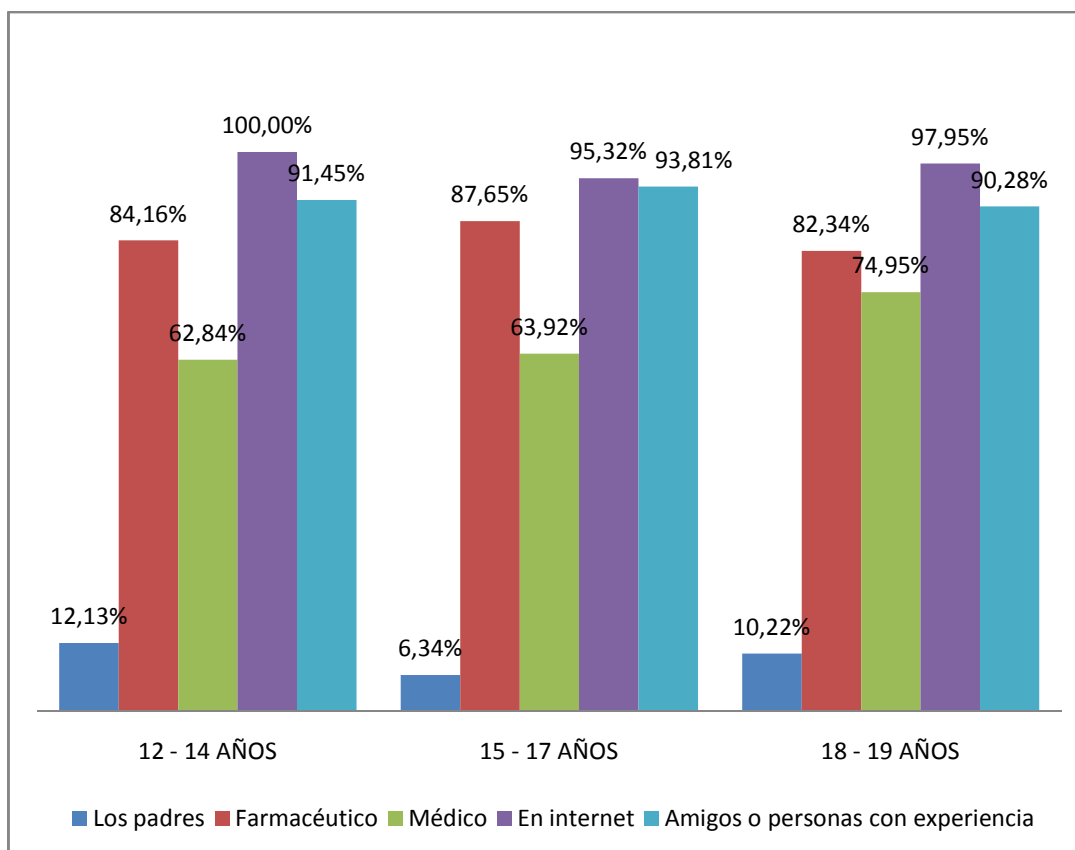
- 97,61% recibió sus primeras instrucciones acerca de métodos anticonceptivos de los docentes en colegios/universidades.
- 96,68% recibió sus primeras instrucciones acerca de métodos anticonceptivos por medio del internet.
- 77,92% recibió sus primeras instrucciones acerca de métodos anticonceptivos de amigos o personas con experiencia.
- 68,76% recibió sus primeras instrucciones acerca de métodos anticonceptivos de parte de un médico.
- 7,61% recibió sus primeras instrucciones acerca de métodos anticonceptivos de sus padres.

Del total de adolescentes encuestadas entre 18 a 19 años:

- 98,52% recibió sus primeras instrucciones acerca de métodos anticonceptivos por medio del internet.
- 86,94% recibió sus primeras instrucciones acerca de métodos anticonceptivos de parte de un médico.
- 69,48% recibió sus primeras instrucciones acerca de métodos anticonceptivos de amigos o personas con experiencia.
- 61,61% recibió sus primeras instrucciones acerca de métodos anticonceptivos de los docentes en colegios/universidades.
- 17,50% recibió sus primeras instrucciones acerca de métodos anticonceptivos de sus padres.

A la pregunta: “¿Cuándo desea adquirir un método anticonceptivo ¿A dónde acude por más información?”, los resultados revelaron:

Gráfico 19 Fuentes de Información sobre los Métodos Anticonceptivos



Del total de adolescentes encuestadas entre 12 a 14 años:

- 100% recibió sus primeras instrucciones acerca de métodos anticonceptivos por medio del internet.
- 91,45% recibió sus primeras instrucciones acerca de métodos anticonceptivos de amigos o personas con experiencia.
- 84,16% recibió sus primeras instrucciones acerca de métodos anticonceptivos de un farmacéutico en las droguerías.
- 62,84% recibió sus primeras instrucciones acerca de métodos anticonceptivos de parte de un médico.

- 12,13% recibió sus primeras instrucciones acerca de métodos anticonceptivos de sus padres.

Del total de adolescentes encuestadas entre 15 a 17 años:

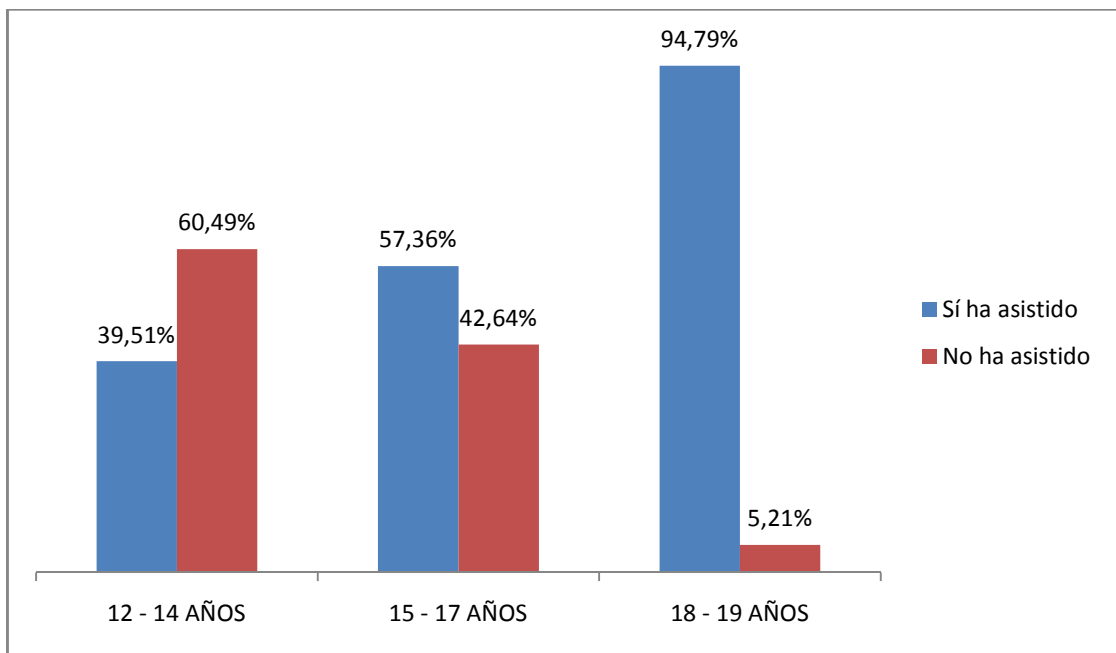
- 95,32% recibió sus primeras instrucciones acerca de métodos anticonceptivos por medio del internet.
- 93,81% recibió sus primeras instrucciones acerca de métodos anticonceptivos de amigos o personas con experiencia.
- 87,65% recibió sus primeras instrucciones acerca de métodos anticonceptivos de un farmacéutico en las droguerías.
- 63,92% recibió sus primeras instrucciones acerca de métodos anticonceptivos de parte de un médico.
- 6,34% recibió sus primeras instrucciones acerca de métodos anticonceptivos de sus padres.

Del total de adolescentes encuestadas entre 18 a 19 años:

- 97,95% recibió sus primeras instrucciones acerca de métodos anticonceptivos por medio del internet.
- 90,28% recibió sus primeras instrucciones acerca de métodos anticonceptivos de amigos o personas con experiencia.
- 82,34% recibió sus primeras instrucciones acerca de métodos anticonceptivos de un farmacéutico en las droguerías.
- 74,95% recibió sus primeras instrucciones acerca de métodos anticonceptivos de parte de un médico.
- 10,22% recibió sus primeras instrucciones acerca de métodos anticonceptivos de sus padres.

A la pregunta: “¿Ha asistido alguna vez a una consulta ginecológica?”, los resultados revelaron:

Gráfico 20 Nivel de Asistencia a la Consulta Ginecológica



Del total de adolescentes encuestadas entre 12 a 14 años:

- 39,51% sí ha asistido a una consulta ginecológica.
- 60,49% no ha asistido a una consulta ginecológica.

Del total de adolescentes encuestadas entre 15 a 17 años:

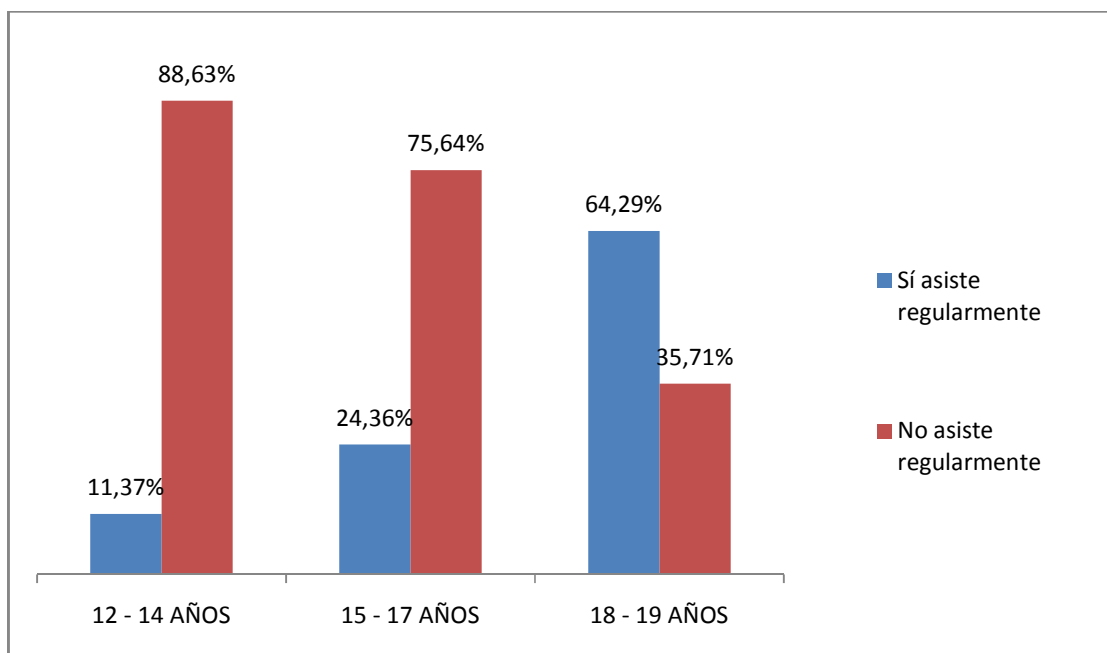
- 57,36% sí ha asistido a una consulta ginecológica.
- 42,64% no ha asistido a una consulta ginecológica.

Del total de adolescentes encuestadas entre 18 a 19 años:

- 94,79% sí ha asistido a una consulta ginecológica.
- 5,21% no ha asistido a una consulta ginecológica.

A la pregunta: “Si su respuesta fue <Sí>, ¿Asiste regularmente?”, los resultados revelaron:

Gráfico 21 Frecuencia de Asistencia a la Consulta Ginecológica



Del total de adolescentes que sí ha asistido a una consulta ginecológica entre 12 a 14 años:

- 11,37% sí asiste regularmente a una consulta ginecológica.
- 88,63% no asiste regularmente a una consulta ginecológica.

Del total de adolescentes que sí ha asistido a una consulta ginecológica entre 15 a 17 años:

- 24,36% sí asiste regularmente a una consulta ginecológica.
- 75,64% no asiste regularmente a una consulta ginecológica.

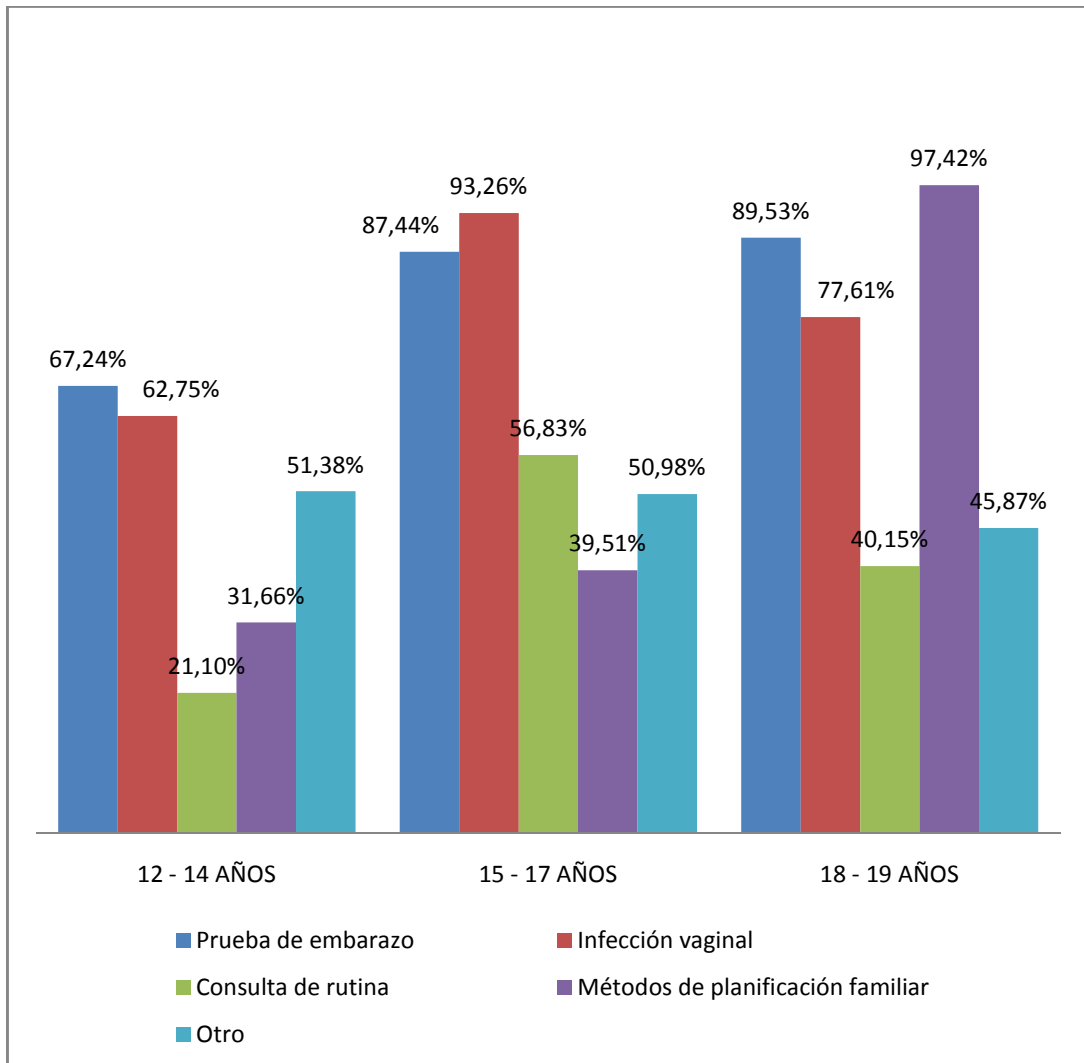
Del total de adolescentes que sí ha asistido a una consulta ginecológica entre 18 a 19 años:

- 64,29% sí asiste regularmente a una consulta ginecológica.

- 35,71% no asiste regularmente a una consulta ginecológica.

A la pregunta: Si ha asistido a la consulta ginecológica “¿Cuáles han sido los motivos?”, los resultados revelaron:

Gráfico 22 Motivos de las Adolescentes para Asistir a la Consulta Ginecológica



Del total de adolescentes sí ha asistido a una consulta ginecológica entre 12 a 14 años:

- 67,24% asistió para realizarse prueba de embarazo.
- 62,75% asistió para tratar infección vaginal.

- 51,38% asistió por otro motivo.
- 31,66% asistió por métodos anticonceptivos o planificación familiar.
- 21,10% asistió para consulta de rutina.

Del total de adolescentes sí ha asistido a una consulta ginecológica entre 15 a 17 años:

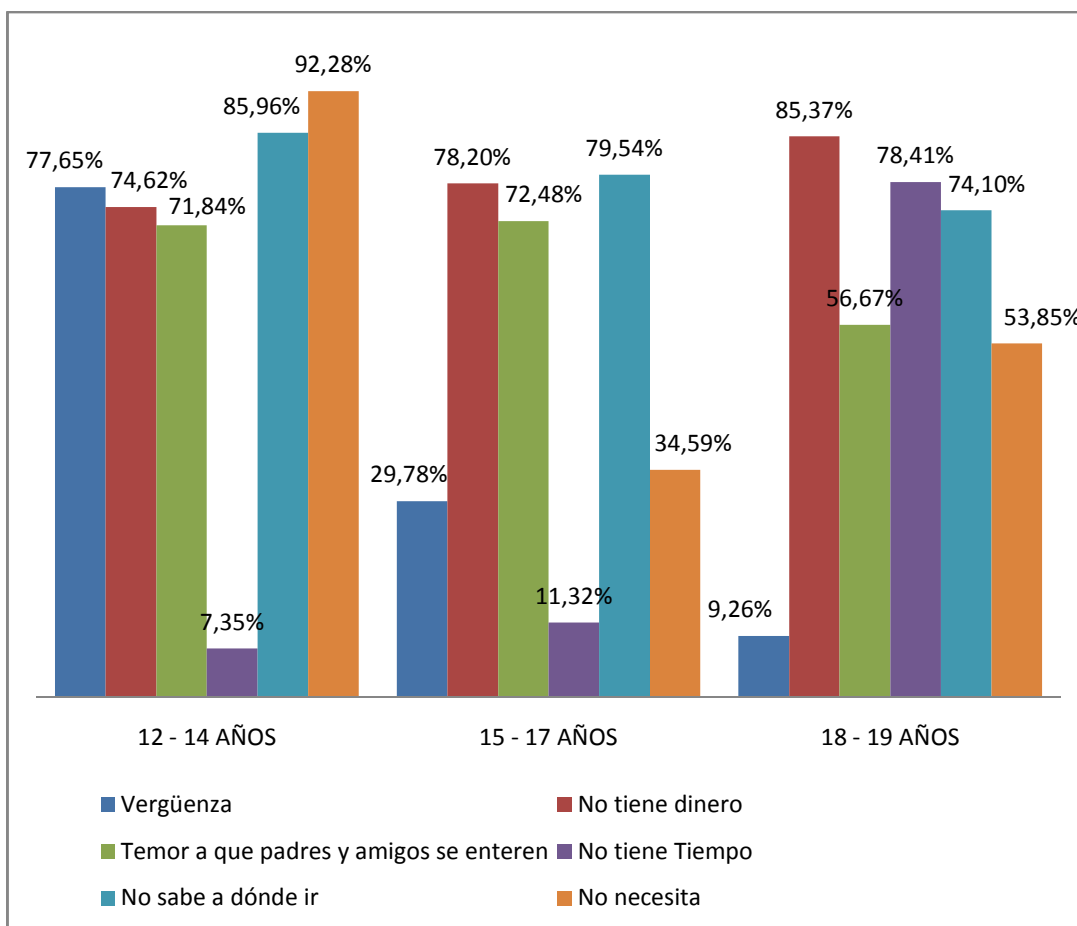
- 93,26% asistió para tratar infección vaginal.
- 87,44% asistió para realizarse prueba de embarazo.
- 56,83% asistió para consulta de rutina.
- 50,98% asistió por otro motivo.
- 39,51% asistió por métodos anticonceptivos o planificación familiar.

Del total de adolescentes sí ha asistido a una consulta ginecológica entre 18 a 19 años:

- 97,42% asistió por métodos anticonceptivos o planificación familiar.
- 89,53% asistió para realizarse prueba de embarazo.
- 77,61% asistió para tratar infección vaginal.
- 45,87% asistió por otro motivo.
- 40,15% asistió para consulta de rutina.

A la pregunta: “Si no asiste regularmente o no ha asistido nunca, ¿a qué se debe?”, los resultados revelaron:

Gráfico 23 Motivos de las Adolescentes para No Asistir a la Consulta Ginecológica



Del total de adolescentes entre 12 a 14 años que no asiste regularmente a las consultas ginecológicas o no ha asistido nunca:

- 92,28% no asiste porque piensa que no necesita.
- 85,96% no asiste porque no sabe a dónde ir.
- 77,65% no asiste por vergüenza.
- 74,62% no asiste porque no tiene dinero.
- 71,84% no asiste por temor a que padres y amigos se enteren.
- 7,35% no asiste porque no tiene tiempo.

Del total de adolescentes entre 15 a 17 años que no asiste regularmente a las consultas ginecológicas o no ha asistido nunca:

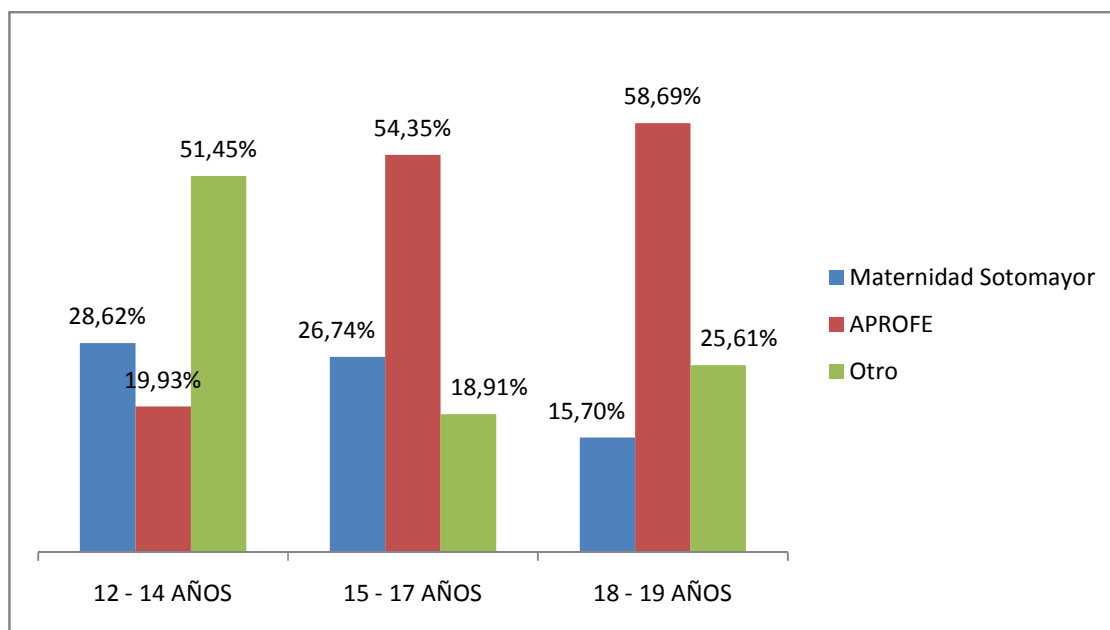
- 79,54% no asiste porque no sabe a dónde ir.
- 78,20% no asiste porque no tiene dinero.
- 72,48% no asiste por temor a que padres y amigos se enteren.
- 34,59% no asiste porque piensa que no necesita.
- 29,78% no asiste por vergüenza.
- 11,32% no asiste porque no tiene tiempo.

Del total de adolescentes entre 18 a 19 años que no asiste regularmente a las consultas ginecológicas o no ha asistido nunca:

- 85,37% no asiste porque no tiene dinero.
- 78,41% no asiste porque no tiene tiempo.
- 74,10% no asiste porque no sabe a dónde ir.
- 56,67% no asiste por temor a que padres y amigos se enteren.
- 53,85% no asiste porque piensa que no necesita.
- 9,25% no asiste por vergüenza.

A la pregunta: “¿A qué centro de salud ha asistido para sus consultas ginecológicas?”, los resultados revelaron:

Gráfico 24 Centros de Salud a los que Asisten las Adolescentes para la Consulta Ginecológica



Del total de adolescentes sí ha asistido a una consulta ginecológica entre 12 a 14 años:

- 28,62% ha asistido al Hospital Gineco-Obstétrico Enrique Sotomayor.
- 19,93% ha asistido a APROFE.
- 51,45% ha asistido a otro centro de salud/consulta privada.

Del total de adolescentes sí ha asistido a una consulta ginecológica entre 15 a 17 años:

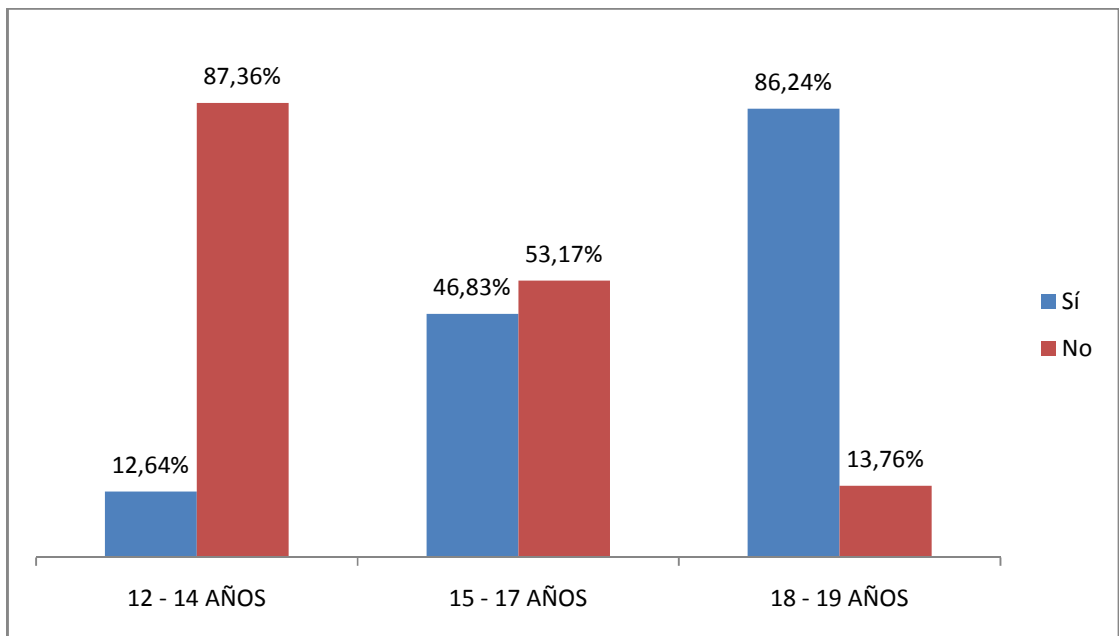
- 26,47% ha asistido al Hospital Gineco-Obstétrico Enrique Sotomayor.
- 54,35% ha asistido a APROFE.
- 18,91% ha asistido a otro centro de salud/consulta privada.

Del total de adolescentes sí ha asistido a una consulta ginecológica entre 18 a 19 años:

- 15,70% ha asistido al Hospital Gineco-Obstétrico Enrique Sotomayor.
- 58,69% ha asistido a APROFE.
- 25,61% ha asistido a otro centro de salud/consulta privada.

A la pregunta: “¿Es usted sexualmente activa?”, los resultados revelaron:

Gráfico 25 Adolescentes Sexualmente Activas



Del total de adolescentes encuestadas entre 12 a 14 años:

- 12,64% son sexualmente activas.
- 87,36% no son sexualmente activas.

Del total de adolescentes encuestadas entre 15 a 17 años:

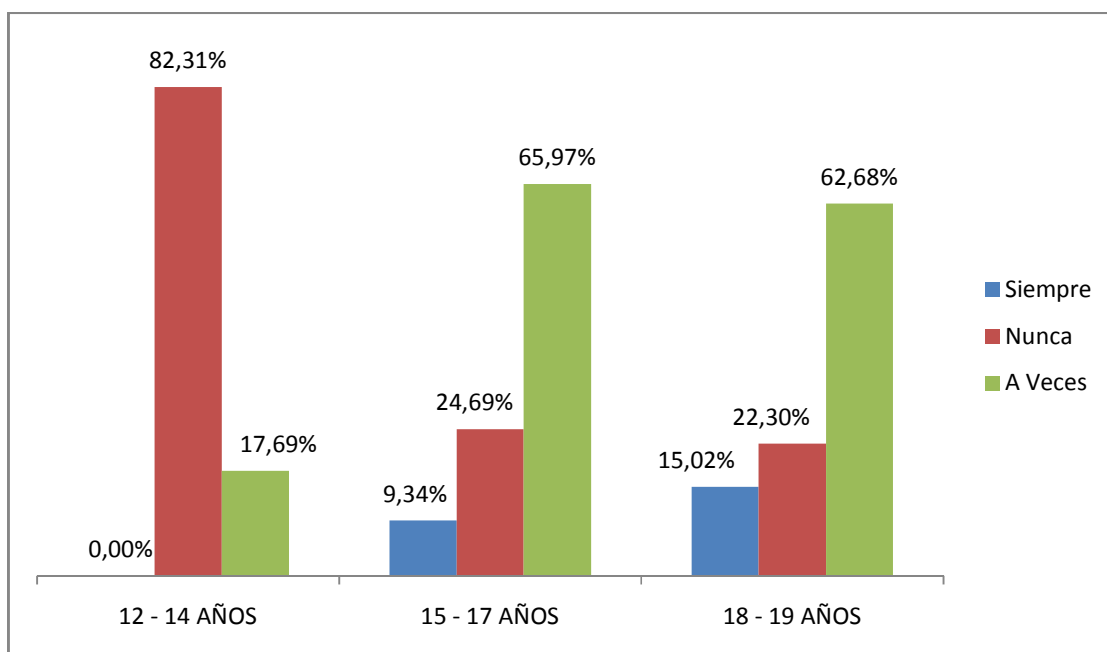
- 46,83% son sexualmente activas.
- 53,17% no son sexualmente activas.

Del total de adolescentes encuestadas entre 18 a 19 años:

- 86,24% son sexualmente activas.
- 13,76% no son sexualmente activas.

A la pregunta: “Si su respuesta fue <Sí>, ¿usa algún método de planificación familiar o anticonceptivo cuando tiene relaciones íntimas?”, los resultados revelaron:

Gráfico 26 Nivel de Utilización de los Métodos Anticonceptivos por las Adolescentes Sexualmente Activas



Del total de adolescentes sexualmente activas entre 12 a 14 años:

- 0% siempre usa métodos anticonceptivos cuando tienen relaciones íntimas.
- 82,31% nunca usa métodos anticonceptivos cuando tienen relaciones íntimas.
- 17,69% a veces usa métodos anticonceptivos cuando tienen relaciones íntimas.

Del total de adolescentes sexualmente activas entre 15 a 17 años:

- 9,34% siempre usa métodos anticonceptivos cuando tienen relaciones íntimas.

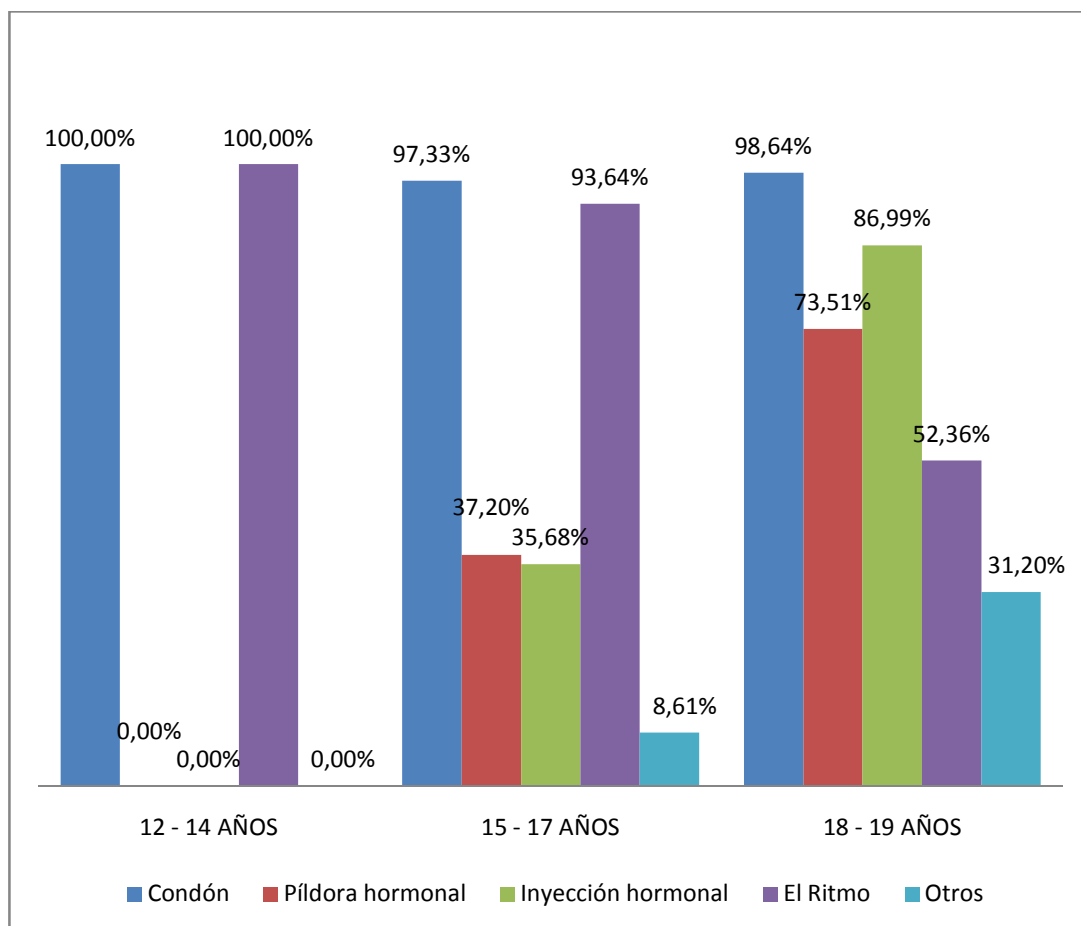
- 24,69% nunca usa métodos anticonceptivos cuando tienen relaciones íntimas.
- 65,97% a veces usa métodos anticonceptivos cuando tienen relaciones íntimas.

Del total de adolescentes sexualmente activas entre 18 a 19 años:

- 15,02% siempre usa métodos anticonceptivos cuando tienen relaciones íntimas.
- 22,30% nunca usa métodos anticonceptivos cuando tienen relaciones íntimas.
- 62,68% a veces usa métodos anticonceptivos cuando tienen relaciones íntimas.

A la pregunta: “*Seleccione los métodos usa o ha usado:*”, los resultados revelaron:

Gráfico 27 Métodos Anticonceptivos Usados por las Adolescentes



Del total de adolescentes sexualmente activas entre 12 a 14 años:

- 100% ha usado condón.
- 100% ha usado el método del ritmo.
- 0% ha usado la píldora hormonal anticonceptiva.
- 0% ha usado la inyección hormonal anticonceptiva.
- 0% ha usado otros métodos anticonceptivos.

Del total de adolescentes sexualmente activas entre 15 a 17 años:

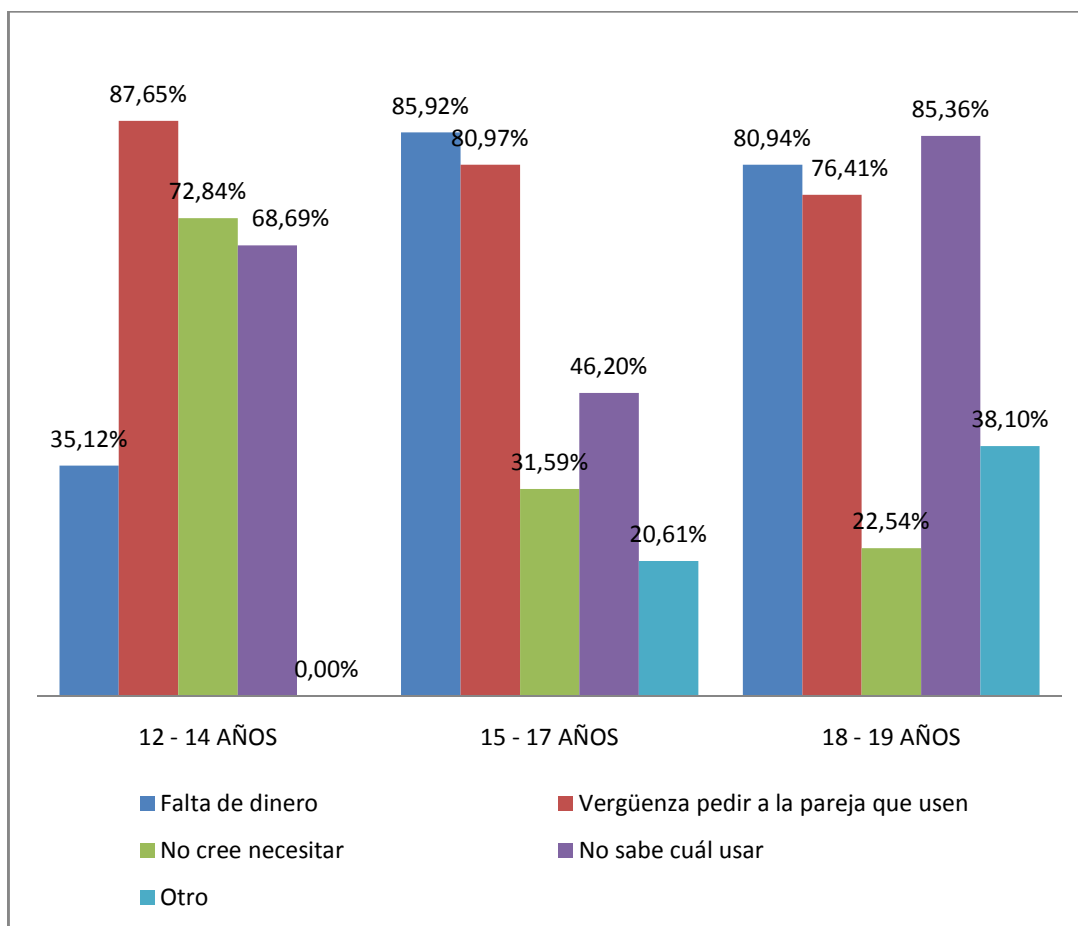
- 97,33% ha usado condón.
- 93,54% ha usado el método del ritmo.
- 37,20% ha usado la píldora hormonal anticonceptiva.
- 35,68% ha usado la inyección hormonal anticonceptiva.
- 8,51% ha usado otros métodos anticonceptivos.

Del total de adolescentes sexualmente activas entre 18 a 19 años:

- 98,54% ha usado condón.
- 85,99% ha usado la inyección hormonal anticonceptiva.
- 73,51% ha usado la píldora hormonal anticonceptiva.
- 52,36% ha usado el método del ritmo.
- 31,20% ha usado otros métodos anticonceptivos.

A la pregunta: “Si no usa los métodos en todas las relaciones íntimas o no los ha usado nunca ¿A qué se debe?”, los resultados revelaron:

Gráfico 28 Motivos de las Adolescentes para No Usar los Métodos Anticonceptivos



Del total de adolescentes sexualmente activas entre 12 a 14 años que no usa métodos anticonceptivos en todas sus relaciones íntimas o no los usa nunca:

- 87,65% no usa porque le da vergüenza pedirle a la pareja que usen.
- 72,84% no usa porque no cree necesitarlos.
- 68,69% no usa porque no sabe cuál usar.
- 35,12% no usa porque no tiene dinero.
- 0% no usa por otros motivos.

Del total de adolescentes sexualmente activas entre 15 a 17 años que no usa métodos anticonceptivos en todas sus relaciones íntimas o no los usa nunca:

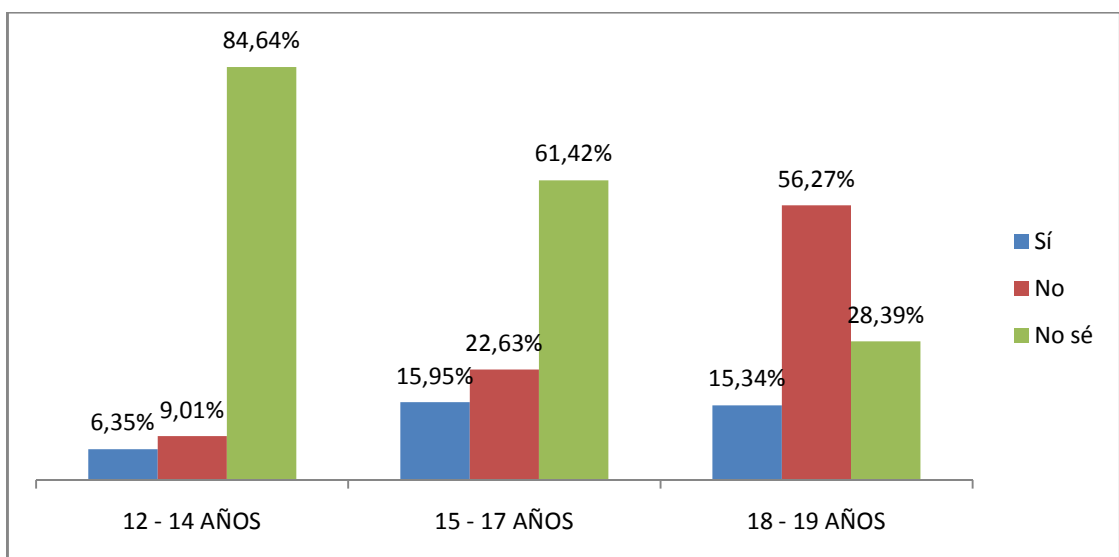
- 85,92% no usa porque no tiene dinero.
- 80,97% no usa porque le da vergüenza pedirle a la pareja que usen.
- 46,20% no usa porque no sabe cuál usar.
- 31,59% no usa porque no cree necesitarlos.
- 20,61% no usa por otros motivos.

Del total de adolescentes sexualmente activas entre 18 a 19 años que no usa métodos anticonceptivos en todas sus relaciones íntimas o no los usa nunca:

- 85,36% no usa porque no sabe cuál usar.
- 80,94% no usa porque no tiene dinero.
- 76,41% no usa porque le da vergüenza pedirle a la pareja que usen.
- 38,10% no usa por otros motivos.
- 22,54% no usa porque no cree necesitarlos.

A la pregunta: “¿Considera a la píldora del día después como un método de planificación familiar o anticonceptivo?”, los resultados revelaron:

Gráfico 29 Nivel de Conocimiento sobre la Píldora de Emergencia



Del total de adolescentes encuestadas entre 12 a 14 años:

- 6,35% considera a la píldora de emergencia como método anticonceptivo.
- 9,01% no considera a la píldora de emergencia como método anticonceptivo.
- 84,64% no sabe si considerar a la píldora de emergencia como método anticonceptivo o no.

Del total de adolescentes encuestadas entre 15 a 17 años:

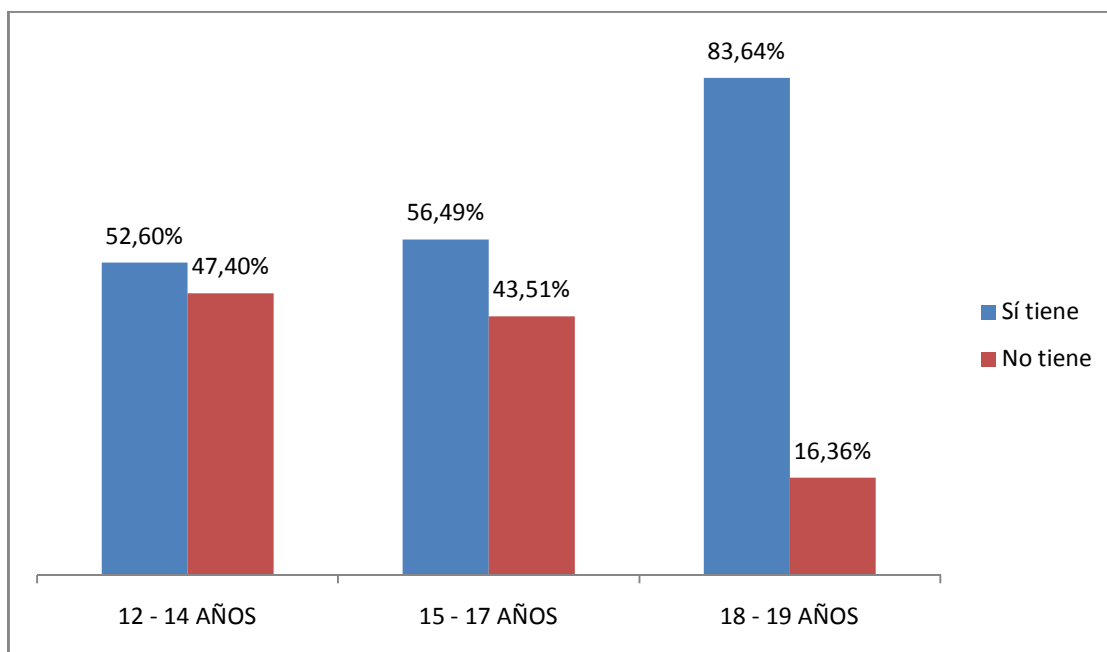
- 15,95% considera a la píldora de emergencia como método anticonceptivo.
- 22,63% no considera a la píldora de emergencia como método anticonceptivo.
- 61,42% no sabe si considerar a la píldora de emergencia como método anticonceptivo o no.

Del total de adolescentes encuestadas entre 18 a 19 años:

- 15,34% considera a la píldora de emergencia como método anticonceptivo.
- 56,27% no considera a la píldora de emergencia como método anticonceptivo.
- 28,39% no sabe si considerar a la píldora de emergencia como método anticonceptivo o no.

A la pregunta: “¿Posee usted un Smartphone?”, los resultados revelaron:

Gráfico 30 Adolescentes que Poseen Smartphone



Del total de adolescentes encuestadas entre 12 a 14 años:

- 52,60% posee Smartphone.
- 47,40% no posee Smartphone.

Del total de adolescentes encuestadas entre 15 a 17 años:

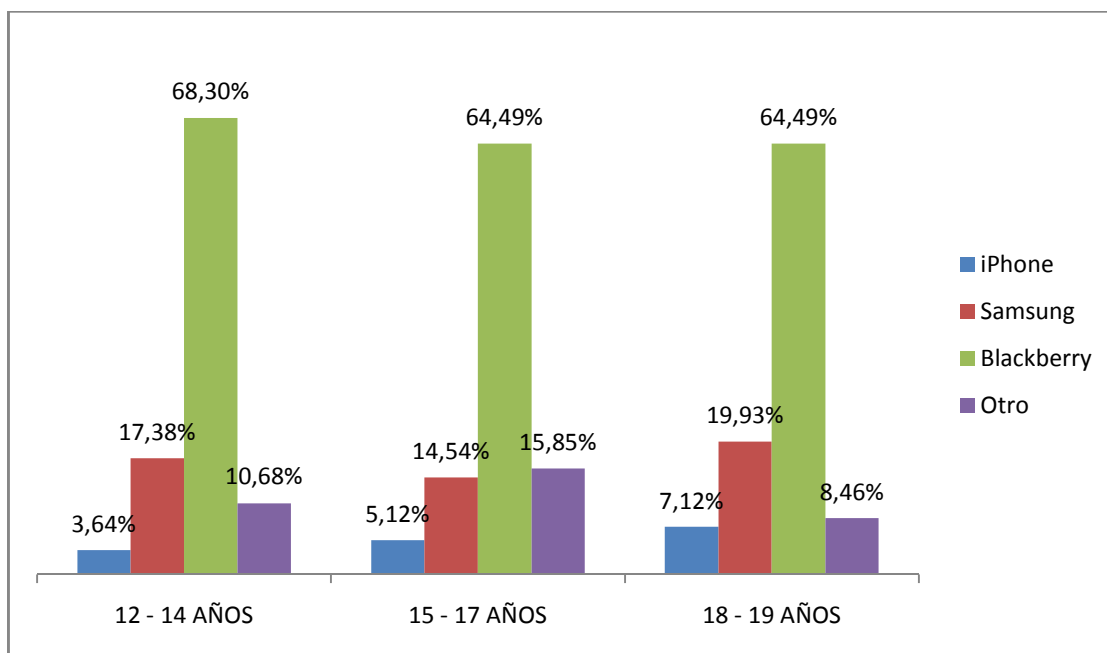
- 56,49% posee Smartphone.
- 43,51% no posee Smartphone.

Del total de adolescentes encuestadas entre 18 a 19 años:

- 83,64% posee Smartphone.
- 16,36% no posee Smartphone.

A la pregunta: “Si su respuesta fue <Sí>, ¿qué marca es su Smartphone?”, los resultados revelaron:

Gráfico 31 Marca del Smartphone de las Adolescentes



Del total de adolescentes entre 12 a 14 años que sí poseen Smartphone:

- 68,30% posee un Smartphone Blackberry.
- 17,38% posee un Smartphone Samsung.
- 10,68% posee un Smartphone de otra marca.
- 3,64% posee un Smartphone iPhone.

Del total de adolescentes entre 15 a 17 años que sí poseen Smartphone:

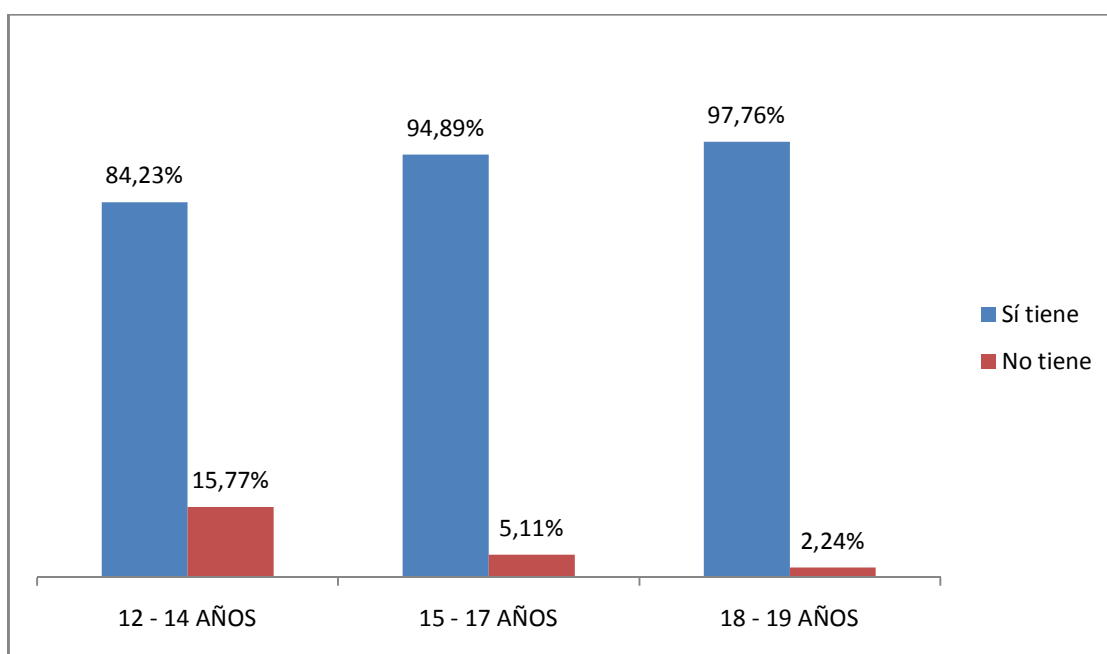
- 64,49% posee un Smartphone Blackberry.
- 15,85% posee un Smartphone de otra marca.
- 14,54% posee un Smartphone Samsung.
- 5,12% posee un Smartphone iPhone.

Del total de adolescentes entre 18 a 19 años que sí poseen Smartphone:

- 64,49% posee un Smartphone Blackberry.
- 19,39% posee un Smartphone Samsung.
- 8,45% posee un Smartphone de otra marca.
- 7,12% posee un Smartphone iPhone.

A la pregunta: “¿Tiene acceso a internet al menos una vez a la semana?”, los resultados revelaron:

Gráfico 32 Acceso al Internet al Menos Una vez a la Semana por las Adolescentes



Del total de adolescentes entre 12 a 14 años que sí poseen Smartphone:

- 84,23% accesa al internet al menos una vez por semana.
- 15,77% accesa al internet menos de una vez por semana.

Del total de adolescentes entre 15 a 17 años que sí poseen Smartphone:

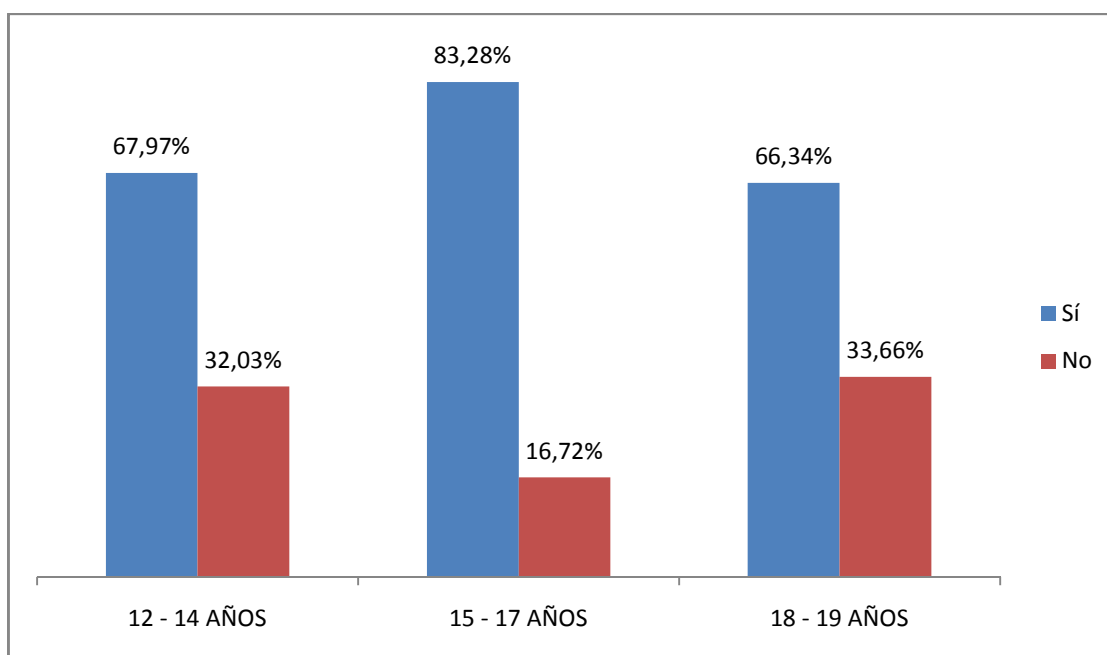
- 94,89% accesa al internet al menos una vez por semana.
- 5,11% accesa al internet menos de una vez por semana.

Del total de adolescentes entre 18 a 19 años que sí poseen Smartphone:

- 97,76% accesa al internet al menos una vez por semana.
- 2,24% accesa al internet menos de una vez por semana.

A la pregunta: “¿Encontraría útil una aplicación para dispositivos móviles (celulares inteligentes, tabletas) sobre centros de salud que ofrezcan servicios de planificación familiar y salud sexual y reproductiva?”, los resultados revelaron:

Gráfico 33 Aceptación de una Posible Aplicación para Dispositivos Móviles sobre Centros de Salud y Salud Sexual y Reproductiva



Del total de adolescentes encuestadas entre 12 a 14 años:

- 57,97% encontrarían útil una aplicación para dispositivos móviles sobre centros de salud que ofrezcan servicios de planificación familiar y salud sexual y reproductiva.

- 32,03% no encontrarían útil una aplicación para dispositivos móviles *sobre* centros de salud que ofrezcan servicios de planificación familiar y salud sexual y reproductiva.

Del total de adolescentes encuestadas entre 15 a 17 años:

- 83,28% encontrarían útil una aplicación para dispositivos móviles *sobre* centros de salud que ofrezcan servicios de planificación familiar y salud sexual y reproductiva.
- 16,72% no encontrarían útil una aplicación para dispositivos móviles *sobre* centros de salud que ofrezcan servicios de planificación familiar y salud sexual y reproductiva.

Del total de adolescentes encuestadas entre 18 a 19 años:

- 66,34% encontrarían útil una aplicación para dispositivos móviles *sobre* centros de salud que ofrezcan servicios de planificación familiar y salud sexual y reproductiva.
- 33,66% no encontrarían útil una aplicación para dispositivos móviles *sobre* centros de salud que ofrezcan servicios de planificación familiar y salud sexual y reproductiva.

4.1.3. Interpretación de Resultados

Como ha sido ampliamente demostrado por varias ocasiones con fuentes secundarias en el Marco Teórico y mediante fuentes primarias, existen varios puntos que han quedado definidos:

En primer lugar, ha sido notorio que la sociedad, empezando por el núcleo familiar, es el primer incidente de presión sobre los adolescentes, para que éstos no usen los métodos anticonceptivos con regularidad desde el inicio de su actividad sexual y que no acudan a revisiones médicas periódicas para cuidar su salud sexual y reproductiva. En las bases teóricas recogidas y en los

resultados estadísticos tabulados en el presente caso, es común encontrar que en los tres grupos de edad en los que se ha subdividido la adolescencia (de 12 a 14 años, de 15 a 17 años y de 18 a 19 años), los padres son siempre la última opción a la que las adolescentes acuden por información sobre métodos anticonceptivos o sexualidad. El rango más bajo radica en jóvenes de 15 a 17 años. Contrariamente, la primera opción fue el internet o amigos con experiencia. Obviamente se puede concluir que los hijos no tienen la confianza, y aún más, se sienten avergonzados y temerosos de que sus padres pudieran enterarse de que su vida sexual ha iniciado.

El siguiente punto relevante según los datos recogidos en las encuestas, es que entre los 15 y 17 años es cuando los porcentajes de actividad sexual empiezan a aparecer significativamente. Específicamente, los datos reflejaron un 46,83% de adolescentes sexualmente sí activas, contra un 53,17 no activas. La diferencia no es mucha, mientras que desde los 18 años el porcentaje de adolescentes sexualmente activas asciende a un 86,24%. El problema reflejado en las estadísticas no es precisamente que las adolescentes empiecen su vida sexual tempranamente, sino que no toman conciencia de las responsabilidades que conlleva.

En el rango de edad de 12 a 14 años de adolescentes sexualmente activas, para la pregunta si usa métodos anticonceptivos en las relaciones íntimas, en la opción “siempre” el porcentaje fue de 0% y “nunca” obtuvo el 17,69%. En los rangos de 15 a 17 y de 18 a 19, la opción que prevaleció fue la respuesta “a veces”, con 65,97% y 62,68% respectivamente.

Las causas en las que se basan las adolescentes para no cuidarse son diversas y varían en importancia según los rangos de edad. De los 12 a 14 años, los motivos más importantes son la vergüenza de pedirle a la pareja que usen un método anticonceptivo en las relaciones íntimas y no creer necesitar ningún método. El primer motivo refleja lo inmaduro de la adolescente en esta

etapa, sumado a los prejuicios machistas que se hacen evidentes desde edades tempranas. El segundo motivo puede basarse en tabúes sexuales como que no se puede quedar embarazada la primera vez o simplemente ignorancia.

De los 15 a 17 años sobresale la falta de dinero y también la vergüenza con la pareja de hablar sobre el tema de la protección. Las adolescentes en esta etapa tienen un mayor conocimiento sobre métodos anticonceptivos. Según los datos es de 91,32%, frente al 73,45% del rango anterior. En esta etapa, en la clase social media, lo normal en el adolescente es depender de sus padres y su única responsabilidad importante es estudiar. Dependiendo de los ingresos económicos de la familia, es más que seguro que el adolescente no tenga dinero suficiente para invertir en métodos anticonceptivos para todas sus relaciones íntimas. Al mismo tiempo, conforme pasan los años la personalidad se va afinando y los prejuicios y tabúes sociales también se impregnan en el adolescente, por lo que el ya mencionado machismo hace su trinchera dentro de las actitudes de adolescentes varones y mujeres por igual, por lo que es común que el hombre imponga su decisión de no usar protección y que la mujer no lo discuta.

En el rango de 18 a 19 años los motivos varían significativamente. Los más importantes son no saber qué método usar y no tener dinero para adquirirlos. En esta etapa, el adolescente está haciendo la transición más importante, en la que la adultez ya es un hecho y debe empezar a hacer su propio camino. Es lógico que el poder adquisitivo sea poquísimos o nulo, ya que este par de años pueden dedicarse al emprender nuevos estudios o buscar trabajo estable. La incertidumbre de no saber qué método usar radica en que al ser mayores pueden tener acceso a mayor información, además de que el sentido de responsabilidad aumenta gracias a la edad y las campañas que se encuentran en vigencia que promueven un cambio social en cuanto a la salud sexual y reproductiva. Los jóvenes en su última etapa adolescente sufren la presión de

la adultez y de sentirse totalmente responsables de sus actos, sumando el estar bombardeados de información al respecto, puede abrumarlos de forma que no sepan cómo actuar y postergar las acciones adecuadas para aminorar la presión.

La ignorancia, la vergüenza, la presión social y todos los demás motivos que influyen en el ineficiente o poco uso de los métodos anticonceptivos repercuten en la vida de las y los adolescentes. El embarazo precoz es una de las consecuencias principales de una vida sexual prematura y sin responsabilidad. Lo que conlleva al adolescente a buscar una salida rápida y fácil para solucionar la situación. Tal hecho incrementa la polémica en la distribución gratuita y confidencial a adolescentes sin necesidad de permiso de un adulto. Según los datos recolectados, a la pregunta “¿Considera a la píldora del día después como un método de planificación familiar o anticonceptivo?” dos primeros rangos de edad contestaron mayoritariamente “No sé”. Lo que resalta la poca instrucción que han recibido al respecto y desencadena el uso irresponsable de este método.

Hablando del tema tecnológico los datos arrojaron que los adolescentes sí poseen Smartphone, estableciendo el porcentaje más alto en el rango de 18 a 19 años con 83,64%. La marca más utilizada es, sin duda alguna, Blackberry teniendo lo más altos porcentajes en todos los rangos de edad (68,30% para adolescentes de 12 a 14 años, 64,49% para jóvenes de 15 a 17 años y 64,49% para el restante) la marca que se sigue, aunque con una gran diferencia, es Samsung.

El acceso a internet también tiene porcentajes altos en todos los rangos de edad, lo que deja en evidencia la importancia que tiene para los adolescentes el estar conectados a internet y gozar de sus bondades para educación u ocio. Es de vital importancia el poder asegurar que el adolescente además de poseer Smartphone, puede contar con una conexión a internet regular que le

permita aprovechar las cualidades que este brinda a través de otros servicios como son las aplicaciones. No es de extrañar estos resultados, ya que a pesar de que las jóvenes encuestadas son de clase media, la tecnología es característica fundamental de esta generación, por lo que el adolescente procurará mantenerse apegado a ella, aún con todas sus costosas exigencias.

Finalmente, y con propósito de sustentar una posible solución tecnológica se le ha preguntado a las adolescentes si encontrarían útil una aplicación para dispositivos móviles sobre centros de salud que ofrezcan servicios de planificación familiar y salud sexual y reproductiva. Los tres rangos de edad contestaron afirmativamente, lo que demuestra su interés en encontrar respuestas a temas de este ámbito con la rapidez y confidencialidad que nos brindan las aplicaciones móviles.

4.2. Observación

Las observaciones se realizaron de manera esquematizada por lo que es posible tabular los datos recolectados.

4.2.1. Tabulación

Datos recolectados en la observación del día Miércoles 12 de Febrero del 2014:

Tabla 31 Total de Mujeres que Asistieron a la Consulta Ginecológica – Feb 12

Total De Mujeres Jóvenes Que Asistieron a La Consulta	
Mujeres Jóvenes	14
Demás mujeres	22
Total	36

Elaboración propia.

Tabla 32 Total de Mujeres Jóvenes que Asistieron Acompañadas a la Consulta Ginecológica – Feb 12

Mujeres Jóvenes Asistieron Solas O Acompañadas	
Acompañadas	12
Solas	2
Total	14

Elaboración propia.

Tabla 33 Identidad del Acompañante de la Joven que Asiste a la Consulta Ginecológica – Feb 12

Identidad del Acompañante de la Joven	
Por hombres (posible pareja)	5
Otras mujeres jóvenes	4
Por mujeres mayores	3
Total	12

Elaboración propia.

Datos recolectados en la observación del día Sábado 15 de Febrero del 2014:

Tabla 34 Total de Mujeres que Asistieron a la Consulta Ginecológica– Feb 15

Total De Mujeres Jóvenes Que Asistieron a La Consulta	
Mujeres Jóvenes	10
Demás mujeres	17
Total	27

Elaboración propia.

Tabla 35 Total de Mujeres Jóvenes que Asistieron Acompañadas a la Consulta Ginecológica – Feb 15

Mujeres Jóvenes Asistieron Solas O Acompañadas	
Acompañadas	10
Solas	0
Total	10

Elaboración propia.

Tabla 36 Identidad del Acompañante de la Joven que Asiste a la Consulta Ginecológica – Feb 15

Identidad del Acompañante de la Joven	
Por hombres (posible pareja)	4
Otras mujeres jóvenes	2
Por mujeres mayores	4
Total	10

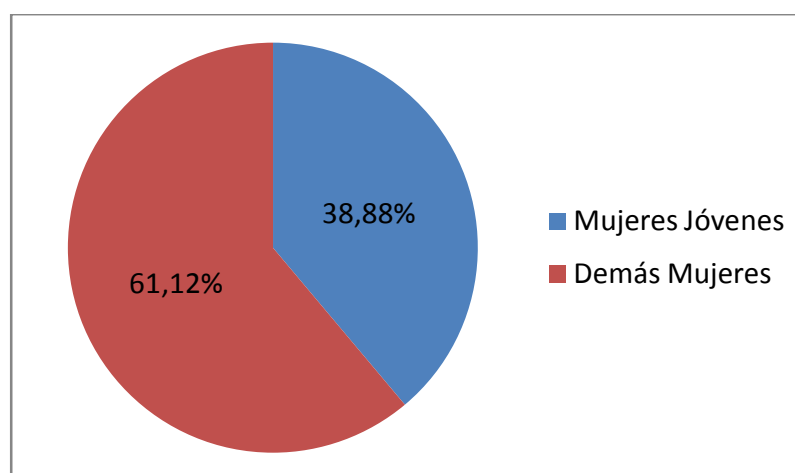
Elaboración propia.

4.2.2. Análisis y Representación de los Datos

Análisis y representación de los datos recolectados en la observación del día Miércoles 12 de Febrero del 2014:

- Total de Mujeres que Asistieron a la Consulta Ginecológica:

Gráfico 34 Porcentaje Total de Mujeres que Asistieron a la Consulta Ginecológica – Feb 12

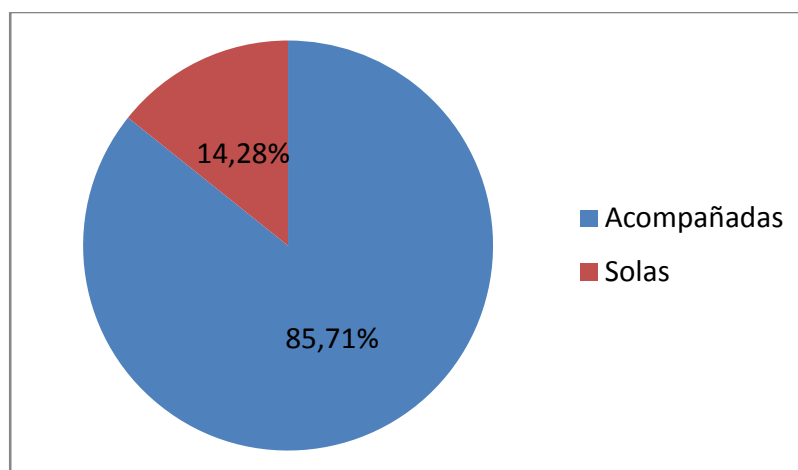


Elaboración propia.

Del total de mujeres que asistió al consultorio Ginecológico:

- 38,88% corresponde sólo a las mujeres que aparentaban ser adolescentes.
- 61,12% corresponde a mujeres de otras edades.

Gráfico 35 Porcentaje de Mujeres Jóvenes que Asistieron Acompañadas a la Consulta Ginecológica – Feb 12

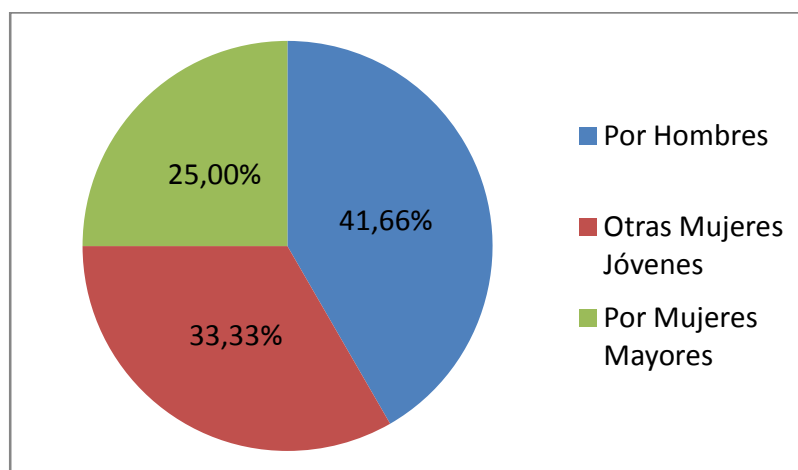


Elaboración propia.

Del total de mujeres jóvenes que asistió al consultorio Ginecológico:

- 85,71% asistió acompañada.
- 14,28% asistió sola.

Gráfico 36 Identidad del Acompañante de la Joven que Asiste a la Consulta Ginecológica – Feb 12



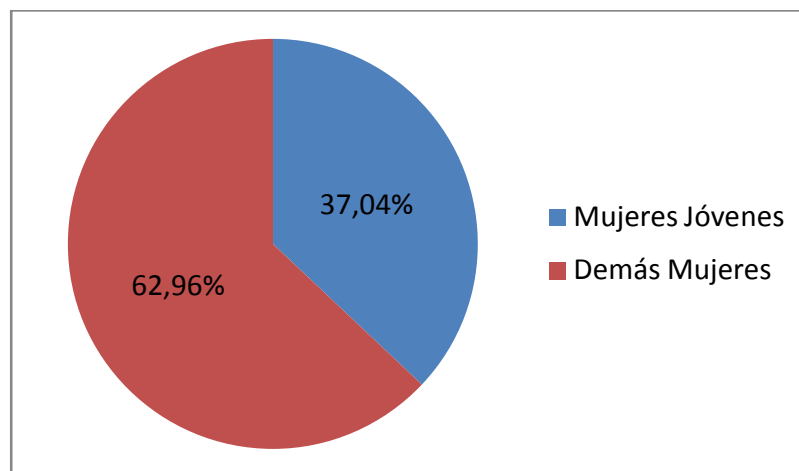
Elaboración propia.

Del total de mujeres jóvenes que asistió al consultorio Ginecológico acompañada:

- 41,66% Asistió acompañada por hombres que posiblemente eran su pareja.
- 33,33% Asistió acompañada por mujeres de edad similar.
- 25% Asistió acompañada por mujeres mayores que ella, posiblemente familiares.

Análisis y representación de los datos recolectados en la observación del día Sábado 15 de Febrero del 2014:

Gráfico 37 Porcentaje Total de Mujeres que Asistieron a la Consulta Ginecológica – Feb 15

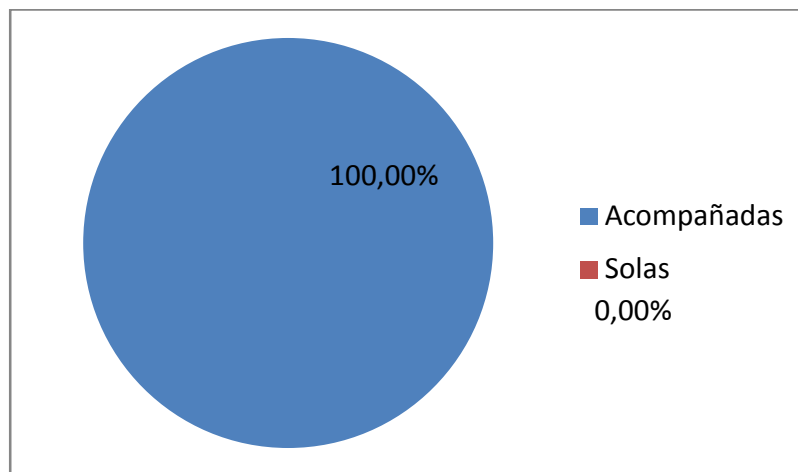


Elaboración propia.

Del total de mujeres que asistió al consultorio Ginecológico:

- 37,04% corresponde sólo a las mujeres que aparentaban ser adolescentes.
- 62,96% corresponde a mujeres de otras edades.

Gráfico 38 Porcentaje de Mujeres Jóvenes que Asistieron Acompañadas a la Consulta Ginecológica – Feb 15

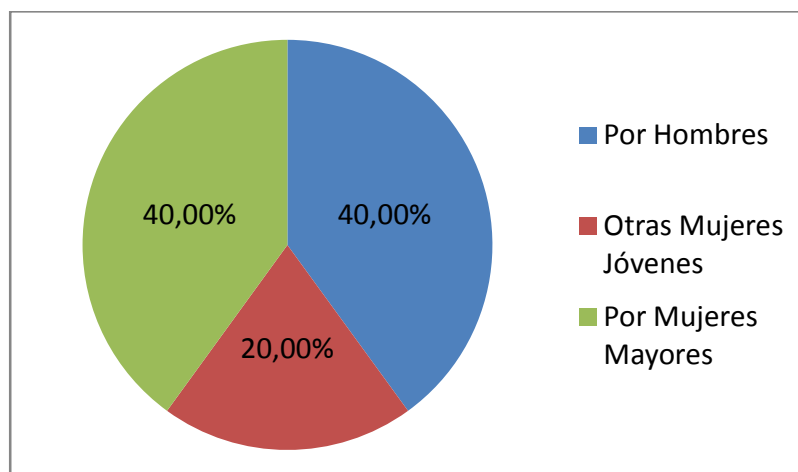


Elaboración propia.

Del total de mujeres jóvenes que asistió al consultorio Ginecológico:

- 100% Asistió acompañada.

Gráfico 39 Identidad del Acompañante de la Joven que Asiste a la Consulta Ginecológica – Feb 15



Elaboración propia.

Del total de mujeres jóvenes que asistió al consultorio Ginecológico acompañada:

- 40% Asistió acompañada por hombres que posiblemente eran su pareja.
- 40% Asistió acompañada por mujeres mayores que ella, posiblemente familiares.
- 20% Asistió acompañada por mujeres de edad similar.

4.2.3. Interpretación de Resultados

Como se ha referido con anterioridad en el Capítulo de Metodología, en esta etapa de observación no se ha podido tomar fotografías o grabar videos, debido que el escenario de observación en las dos ocasiones fue una sala de espera de un centro de salud. Como es lógico, los pacientes tienen su derecho a confidencialidad, por lo tanto la interpretación de los resultados será en base a inferencias, sustentadas con los detalles registrados en la observación.

Lo primero que hay que notar es que las adolescentes acuden en mayor medida los días de entre semana (lunes a viernes) y en menor medida el día sábado. Esto podría deberse a que siendo adolescentes, deben ocultar su vida sexual de la opinión de la sociedad y de la familia. Seguramente sus padres o personas mayores que podrían ponerlos en evidencia están ocupados en sus trabajos, por lo que aprovechan esta oportunidad para asistir.

Una de las características más notables es que las adolescentes casi siempre acuden acompañadas a las consultas. Los resultados reflejan que la pareja asiente en acompañar a la joven, aunque adentrándose en detalles, no siempre ingresan con ella al consultorio. Con lo que se puede suponer que el varón consiente en acompañar, pero no muestra mayor interés en hacerse partícipe de la salud sexual de la pareja, sino que delega esta responsabilidad a la mujer.

Cuando no se trata de la pareja, la compañía casi siempre es femenina, puede ser de una mujer mayor, probablemente la madre o algún familiar cercano, como una tía, o jovencitas de edades contemporáneas, suponiéndose que sean amigas, primas, etc.

Otra diferenciación notable fue que los fines de semana se observó adolescentes más jóvenes, acompañadas, en mayor frecuencia, de mujeres mayores, que de amigas, También se presentaron acompañas de las parejas (hombres) y es de resaltar que ninguna acudió sola. Con lo que se puede conjeturar que debido a que los fines de semana, la pareja o los padres/familiares están libres de sus labores diarias, pueden acompañar a las adolescentes a sus citas médicas.

No todas las jóvenes entraron al consultorio acompañadas, sobre todo cuando no las acompañaba la pareja. Las jóvenes que se presumía estaban en los últimos años de adolescencia, entraban solas si estaban acompañadas de una mujer. Todo lo contrario sucedió con las jóvenes que aparentaban menor edad, quienes siempre entraron con una persona adicional.

En conclusión, se puede presumir que las jovencitas sí buscan la asesoría del médico, pero deben hacerlo en secreto, ya que, como se ha expuesto con anterioridad en el Marco Teórico, la sociedad reprueba la conducta sexual expuesta del adolescente. Los padres no aceptan que sus hijos son sexualmente activos y que necesitan una orientación y un cuidado especial.

El adolescente tiene que aventurarse solo o en compañías inexpertas en búsqueda de atención a sus problemas y de información de cómo llevar esta nueva etapa. No hay que olvidar el apoyo de la pareja (hombre) si existe, pero puede mejorar el panorama.

4.3. Entrevista a Profundidad

Gracias a las entrevistas, se obtuvo opiniones desde el punto de vista profesional. Las entrevistadas coincidieron en la mayoría de los puntos. La Dra. Abigail Carriel aclara, como primer punto, que no hay que confundir los términos “planificación familiar”, “métodos anticonceptivos” y “control de la natalidad”. Ella señala que la planificación familiar “es el derecho de todo hombre y mujer, como individuos o como pareja a decidir de manera informada, libre y voluntaria si tener hijos o no, cuándo tenerlos, cuántos y con quién.” Los métodos anticonceptivos son simplemente las formas mediante las cuales se ejerce la planificación familiar. Por otra parte el control de la natalidad es un término más bien político, en el cual el estado determina el número de hijos que puede tener su población.

La Dra. Carriel menciona que los beneficios de la planificación familiar para la mujer envuelven varios ámbitos, como el biológico, psicológico y social. Al ser médico, destacó los beneficios físicos, entre los que destacó la disminución de la mortalidad materno-infantil, ya que mediante los métodos anticonceptivos, la mujer puede proyectar sus embarazos para su edad más saludable y segura (20 a 35 años), además de planificar los intervalos entre cada uno, lo que favorece a la madre, que cuenta con un periodo correcto de recuperación, y al niño, que contará con la atención y cuidados necesarios durante un tiempo prudencial, que no será mermado por tener que cuidar de otros hermanos.

La Dra. San Miguel y la Dra. Carriel coinciden en que el país ha avanzado en materia de planificación familiar, decretando reglamentos que regulan la salud sexual y reproductiva, garantizando la información y los servicios médicos gratuitos y sobretodo confidenciales para los adolescentes. Sin embargo, la Dra. Carriel menciona que a pesar del alto porcentaje de uso de los anticonceptivos, los abortos inespecíficos (que no son espontáneos ni terapéuticos) siguen estando dentro de las primeras causas por las que las

mujeres ingresan a los hospitales. Dentro de Guayaquil, ella piensa que la aceptación de los métodos de planificación familiar es “sólida y mayoritaria”. También menciona, como opinión muy personal que ella no cree que las creencias religiosas sean un obstáculo, debido a que la mayoría predicen la castidad hasta el matrimonio, y como es de común conocimiento, el único método anticonceptivo 100% efectivo es no tener relaciones sexuales. Por lo que, según señala, el dilema moral interno de las personas se basa en una simple incoherencia entre lo que se dice y se hace.

“Nada va a funcionar si es impuesto o poco razonado”, señala la Dra. Carriel. El atributo principal de la planificación familiar debe ser “la libertad y voluntariedad, basada en una información clara, concreta, práctica y veraz”. Por lo que identifica como un problema la desinformación. Ella indica que las personas que por convicciones religiosas solo utilizan métodos naturales, tiene un alto porcentaje de fallos debido a que los usan inadecuadamente. Por lo que no se trata de convicciones o moral, sino de desinformación.

Se preguntó sobre la incidencia negativa del uso libre de los métodos anticonceptivos sobre los valores morales y ambas expertas, coincidieron en que todo depende de una correcta formación en materia de educación sexual y según la Dra. San Miguel los valores morales se desvían desde el hogar, cuando los padres no están realmente pendiente de sus hijos.

En la actualidad sigue existiendo la incertidumbre de si los métodos anticonceptivos son abortivos o no, a pesar de que médicamente ya se sabe con claridad la forma en la que cada método funciona en el organismo para evitar el embarazo. Aún así, esta pregunta no quedó fuera y como es de suponer, ambas expertas acordaron la misma respuesta: Es totalmente falso que cualquiera de los métodos anticonceptivos usados en la actualidad sea abortivo, aún el método de emergencia. Ya que lo que este hace es alargar la

llegada de la ovulación para que no ocurra la fecundación. En caso de ya haberse implantado el blastocisto, el fármaco no produce el aborto.

Debido a la fuerte polémica acerca de la distribución libre de este fármaco, se les cuestionó acerca de su posición en cuanto a la libre distribución de éste y de los demás métodos. Mientras que la Dra. Carriel indicó que está de acuerdo con ello, pero siempre y cuando se proporcione información adecuada sobre su uso. Mientras que la Dra. San Miguel piensa que deberían entregarse sólo bajo receta médica, precisamente por la falta de información, que con el consejo del médico se podría prevenir, ya que debido a su experiencia, ha tratado con muchas adolescentes que recurren a su consulta preocupadas por los efectos secundarios después de haber utilizado el fármaco.

Refiriéndose a las actitudes de las adolescentes, la Dra. San Miguel, actual Gineco- Obstetra de APROFE, comenta que el nivel de frecuencia en el que las adolescentes frecuentan el consultorio depende de la patología, si es para planificación familiar o problemas de menstruación acuden regularmente, no siendo así en caso de infecciones vaginales, ya que luego de encontrar solución, no vuelven a asistir a menos que se reanude el inconveniente.

Cuando se le cuestionó acerca de las incertidumbres más frecuentes que tienen las adolescentes, la Dra. San Miguel resaltó dudas sobre los métodos hormonales y sus efectos secundarios, debido a temores mal infundados sobre infertilidad.

En conclusión, la batalla más grande que tienen los médicos con respecto a los métodos anticonceptivos y la planificación familiar es la desinformación. Es correcto los pasos que está dando el país y nuestra sociedad al disponer los métodos anticonceptivos libremente al público, pero los y las adolescentes necesitan educación profunda y seria respecto a cómo llevar una vida sexual sana y placentera y sus responsabilidades y consecuencias.

CAPÍTULO 5

CAPITULO 5: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN TÉCNOLÓGICA

5.1. Descripción del Proyecto

La propuesta de ámbito tecnológico que surge como solución ante el caso de estudio planteado es una aplicación para dispositivos móviles que sacie la necesidad de las mujeres adolescentes de acceder de forma rápida y cómoda a información útil sobre métodos de planificación familiar y que las motive a asistir sin recelo a los centros de atención de la salud sexual y reproductiva.

El enfoque principal de esta propuesta es resaltar los beneficios y servicios que APROFE ofrece con el objetivo de incentivar la concurrencia de las adolescentes. Para esto la aplicación ofrecerá información sobre los métodos de planificación familiar y su precio aproximado, una sección con preguntas frecuentes sobre APROFE y sobre temas de sexualidad y otro apartado para consejos.

La aplicación permitirá enviar una pregunta particular puntual a un experto en APROFE. También admitirá realizar una consulta de los servicios ofrecidos por los diferentes centros, junto con dirección exacta, geolocalización en un mapa y posibilidad para llamar al centro elegido.

5.2. Alcance

La aplicación será en beneficio de APROFE, por lo que la mayoría de sus funciones estarán dedicadas a facilitar información útil sobre los centros para que la adolescente se sienta en mayor confianza de concurrir a los mismos.

Como primera opción el usuario obtendrá información veraz y concreta sobre diversidad de métodos de planificación familiar, los cuales contarán con una breve descripción de que son y cómo se utilizan, pros y contras de su práctica y

un valor tentativo de su costo. También poseerá un apartado para las preguntas frecuentes que podría hacerse la mujer antes de concurrir a cualquiera de los centros de APROFE, como por ejemplo, cuánto cuesta la consulta, que procedimientos se hacen cuando se acude por primera vez, etc. De la misma manera contará con un espacio de información dedicado a consejos prácticos sobre temas de salud sexual.

Pensando en satisfacer las dudas particulares que no pudieran ser atendidas mediante la aplicación, desde la aplicación se podrá enviar una pregunta puntual llenando un pequeño formulario con datos básicos como nombre y correo electrónico, que será atendida por un experto perteneciente a la institución. La pregunta será enviada desde la aplicación al correo electrónico del experto y la respuesta llegará al correo electrónico proporcionado en los datos previos.

Como asistencia adicional para los potenciales pacientes de APROFE, el usuario podrá averiguar en qué centro o centros de APROFE proporcionan cada servicio. Debido a que no todos los centros poseen la misma cantidad y variedad de médicos especialistas o de tecnología, no todos ofrecen los mismos servicios médicos. Es decir, si el usuario desea una consulta en pediatría, podrá estar al tanto de cuál o cuáles son los centros que están aptos para suministrar la atención requerida.

Al mismo tiempo, una vez mostrados los resultados a lado del nombre del centro y su dirección respectiva, también existirá la posibilidad de llamar directamente si se desea hacer una cita o preguntar directamente por más información.

Finalmente se favorecerá a la promoción de los diversos programas de ayuda social con los que cuenta APROFE, exponiendo brevemente cada uno de ellos y proporcionando información concisa que motive a las adolescentes a

participar o mediante su conocimiento, contribuir a que otras personas necesitadas sepan acerca de los mismos.

5.3. Especificaciones Funcionales

5.3.1. Envío de Datos Mediante Formulario

El usuario contará con la opción de poder enviar una pregunta particular a un médico de APROFE. Para lograrlo, los datos que se llenen en el formulario, como nombre, correo y pregunta, serán guardados en la base de datos interna del dispositivo antes de ser enviada al correo electrónico de APROFE destinado para este caso. Es necesario tener conexión a internet para enviar la pregunta. La respuesta será enviada al correo electrónico proveído anteriormente por el usuario.

5.3.2. Registros y Consultas de Base de Datos

Toda la información mostrada en la aplicación estará alojada en una base de datos interna, que se crea al momento de la instalación de la aplicación en el dispositivo. Esto tiene como finalidad facilitar la consulta de toda la información disponible sin tener que conectarse al internet.

La mayoría son consultas automáticas necesarias para mostrar el contenido fijo de las secciones de información, pero en el módulo de servicios se realiza una consulta específica, escogida por el usuario, donde después de seleccionar qué servicio se desea, aparecen los centros de salud donde se pueden encontrar.

5.3.3. Geolocalización y Mapas de Google

Para poder obtener la ubicación en mapa de cada uno de los centros de APROFE se utilizará una API³² de Google Maps³³ desarrollada por Google³⁴. Su funcionamiento radica en la utilización del GPS integrado en los dispositivos móviles más la conexión a internet. El objetivo es conectar al usuario con el servidor de los mapas para mostrar la ubicación del centro de salud.

5.3.4. Enlaces Externos

El módulo de las redes sociales está compuesto por enlaces a las páginas externas de cada una de las redes. Para que el usuario pueda acceder a ellas, debe contar con conexión a internet.

5.4. Módulos de la Aplicación

5.4.1. La Institución - APROFE

Como módulo inicial, se presenta información básica acerca de la institución que cumple el fin de dar a conocer al usuario qué es APROFE y cuáles son los objetivos de su existencia. Además de que identifica plenamente a la aplicación como propiedad de APROFE y más aún, cumple un rol de promoción para la institución.

³² Application Programming Interface. Un API no es más que una serie de servicios o funciones que el Sistema Operativo ofrece al programador. Tomado de Manual del Programación. Recuperado el 10 de Febrero del 2014 de <http://www.rastersoft.com/OS2/CURSO/APIEXPL.HTM>

³³ Es un servidor de aplicaciones de mapas en la web que pertenece a Google. Tomado de Wikipedia Enciclopedia Libre. Recuperado el 10 de Febrero del 2014 de http://es.wikipedia.org/wiki/Google_Maps

³⁴ Google Inc. es una empresa multinacional estadounidense especializada en productos y servicios relacionados con Internet, software, dispositivos electrónicos y otras tecnologías. Tomado de Wikipedia Enciclopedia Libre. Recuperado el 10 de Febrero del 2014 de <http://es.wikipedia.org/wiki/Google>

5.4.2. Métodos Anticonceptivos

Este módulo es uno de los principales. Contiene información detallada sobre los métodos anticonceptivos, clasificada por categorías. Cada método contiene una definición, forma de uso y cómo funciona. Su objetivo es proveer información precisa, concreta y completa, que sea de utilidad al usuario.

5.4.3. Preguntas

El módulo tiene cuatro categorías entre las cuales el usuario puede satisfacer una serie de dudas, mediante preguntas ya existentes e información de interés previamente clasificada. Así mismo existe un apartado donde llenando un sencillo formulario, con nombre y dirección de correo electrónico, el usuario puede enviar una breve y concisa duda a alguno de los médicos expertos de APROFE, quien contestará a la brevedad a través del correo electrónico proveído anteriormente por el usuario.

5.4.4. Un APROFE Cerca

Este módulo suministra al usuario información de interés acerca de los centros de salud de APROFE. El usuario puede conocer dirección exacta de cada uno de los centros, ubicación en mapa, números telefónicos y posibilidad de llamar directamente desde la aplicación. Además cuenta con un listado de los servicios que se ofrecen con una descripción de cada uno.

5.4.5. Redes Sociales

Dentro del menú principal, está contenido el módulo de redes sociales, donde el usuario puede acceder a las redes sociales con las que cuenta la institución.

Este modulo tiene el objetivo de conectar al usuario con información de interés actualizada, brindada en cada una de las redes sociales de la institución.

5.5. Especificaciones Técnicas

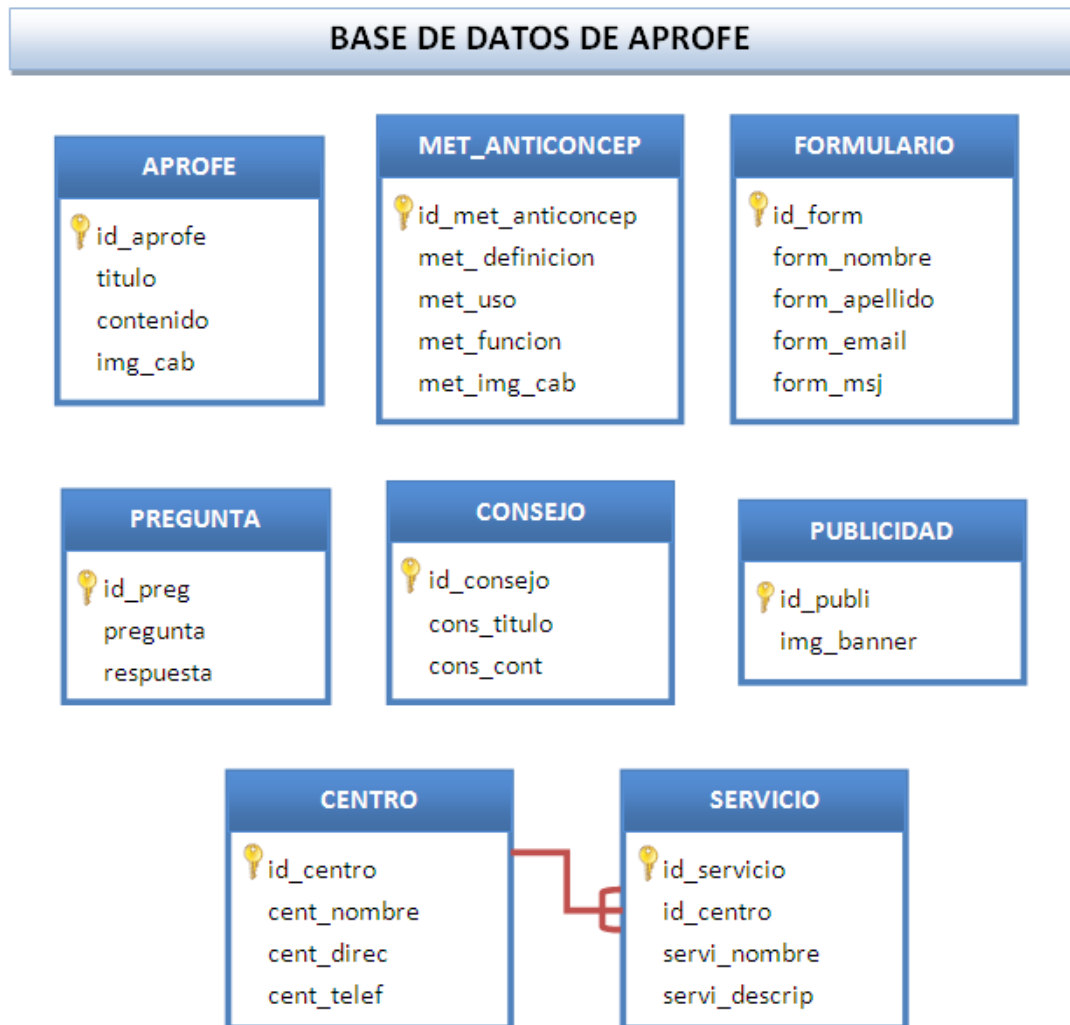
5.5.1. Diseño de Base de Datos

La base de datos será basada en la tecnología desarrollada por SQL³⁵ y estará alojada internamente en la memoria del dispositivo. Se creará en el momento de la instalación de la aplicación.

La mayoría de tablas no están relacionadas entre sí porque no es necesario. Las tablas no relacionadas son las que guardan la información que será mostrada de forma fija.

³⁵ Es un lenguaje declarativo de acceso a bases de datos relacionales que permite especificar diversos tipos de operaciones en ellas. Toma de Wikipedia la Enciclopedia Libre. Recuperado el 10 de febrero del 2014 de <http://es.wikipedia.org/wiki/SQL>

Ilustración 10 Base de Datos de la Aplicación para Móviles de APROFE



5.5.1.1. Descripción de Tablas

Tabla 37 *Detalle de los Campos de la Tabla "APROFE"*

APROFE		
Nombre del Campo	Tipo de Dato	Descripción
id_aprofe	int(4)	Código único identificador de cada sección de información sobre APROFE
titulo	varchar(30)	Título del contenido acerca de APROFE
contenido	text	Contenido sobre APROFE
img_cab	longblob	Almacena una imagen relacionada

Elaboración propia.

Tabla 38 *Detalle de los Campos de la Tabla "MET_ANTICONCEP"*

MET_ANTICONCEP		
Nombre del Campo	Tipo de Dato	Descripción
id_met_anticoncep	int(4)	Código único identificador de cada método anticonceptivo
met_definicion	text	Definición de cada método anticonceptivo
met_uso	text	Descripción de forma de uso de cada método anticonceptivo
met_funcion	text	Descripción de cómo funciona cada método anticonceptivo
met_img_cab	longblob	Almacena una imagen de cada método anticonceptivo

Elaboración propia.

Tabla 39 Detalle de los Campos de la Tabla "FORMULARIO"

FORMULARIO		
Nombre del Campo	Tipo de Dato	Descripción
id_form	int(4)	Código único identificador de cada ingreso por el formulario
form_nombre	varchar(30)	Nombre del usuario
form_apellido	varchar(30)	Apellido del usuario
form_email	varchar(30)	Correo electrónico del usuario
form_msj	text	Pregunta particular del usuario

Elaboración propia.

Tabla 40 Detalle de los Campos de la Tabla "PREGUNTA"

PREGUNTA		
Nombre del Campo	Tipo de Dato	Descripción
id_preg	int(4)	Código único identificador de cada pregunta
pregunta	varchar(30)	Interrogación
respuesta	text	Respuesta completa

Elaboración propia.

Tabla 41 Detalle de los Campos de la Tabla "CONSEJO"

CONSEJO		
Nombre del Campo	Tipo de Dato	Descripción
id_consejo	int(4)	Código único identificador de cada artículo
cons_titulo	varchar(30)	Título del mini artículo sobre tema de interés de salud sexual y reproductiva
cons_cont	text	Contenido del mini artículo

Elaboración propia.

Tabla 42 Detalle de los Campos de la Tabla "PUBLICIDAD"

PUBLICIDAD		
Nombre del Campo	Tipo de Dato	Descripción
id_publi	int(4)	Código único identificador de cada banner de publicidad
img_banner	longblob	Almacena una imagen en formato banner de cada publicidad

Elaboración propia.

Tabla 43 Detalle de los Campos de la Tabla "CENTRO"

CENTRO		
Nombre del Campo	Tipo de Dato	Descripción
id_centro	int(4)	Código único identificador de cada centro de salud de APROFE
cent_nombre	varchar(30)	Nombre del centro de salud
cent_direc	varchar(200)	Dirección completa del centro de salud
cent_telef	int(20)	Teléfono del centro de salud

Elaboración propia.

Tabla 44 Detalle de los Campos de la Tabla "SERVICIO"

SERVICIO		
Nombre del Campo	Tipo de Dato	Descripción
id_servicio	int(4)	Código único identificador de cada servicio médico que ofrece APROFE
id_centro	int(4)	Código único identificador de cada centro de salud de APROFE
servi_nombre	varchar(30)	Nombre del servicio médico
servi_descrip	text	Descripción del servicio médico

Elaboración propia.

5.5.1.2. Formatos para Almacenamiento de Información

5.5.1.2.1. Integer, Int

Helma Spona (2010) señala que el tipo de dato integer “almacena números enteros con o sin signo. Se puede establecer la longitud del número que se mostrará.”

5.5.1.2.2. Varchar

Helma Spona (2010) menciona que el tipo de dato varchar “permite almacenar cadenas de caracteres de longitud variable”. Se puede indicar la cantidad máxima de caracteres almacenables, siempre más que 1.

5.5.1.2.3. Text

Helma Spona (2010) indica que el tipo de dato text “almacena cadenas de caracteres de longitud variable de hasta 65.353 caracteres de longitud.”

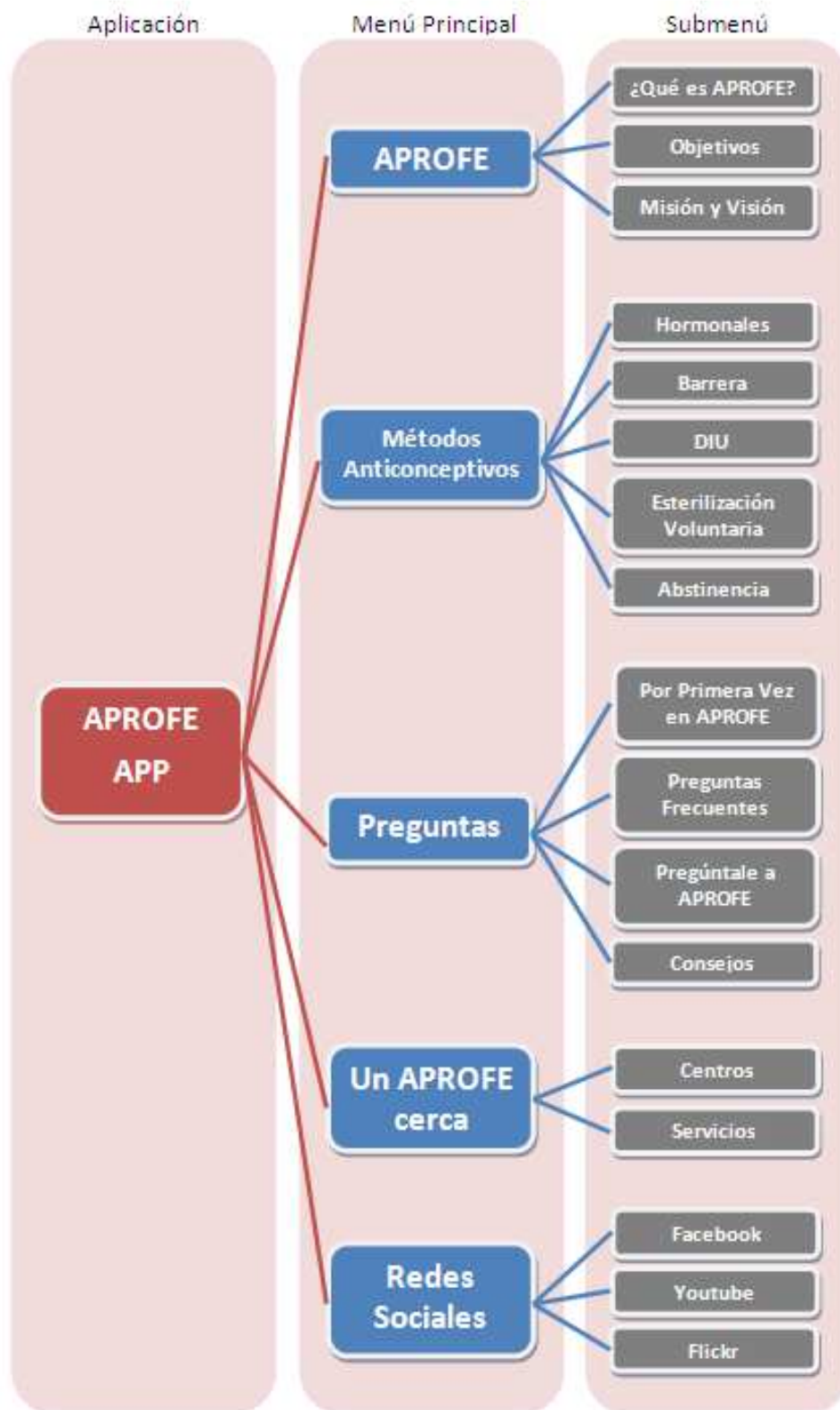
5.5.1.2.4. LongBlob

Helma Spona (2010) menciona que el tipo de dato longblob “almacena cadenas de caracteres binarios”. Se utiliza cuando se necesita almacenar imágenes, audio o un texto muy largo.

5.6. Funciones del Aplicativo

A continuación se detallará las funciones de la aplicación mediante un organigrama:

Gráfico 40 Organigrama Funciones del Aplicativo



5.7. Manual de Usuario

5.7.1. Paso 1: Descarga de la Aplicación

En primer lugar se debe buscar y posteriormente descargar la aplicación de la tienda en línea de Google (Google Play para Android) o de la de Blackberry (Blackberry World) dependiendo de qué sistema operativo tengamos en el dispositivo móvil. Presionar el botón de descarga y esperar hasta que el archivo se haya descargado totalmente en el dispositivo. Para este paso es necesario estar conectado a Internet.

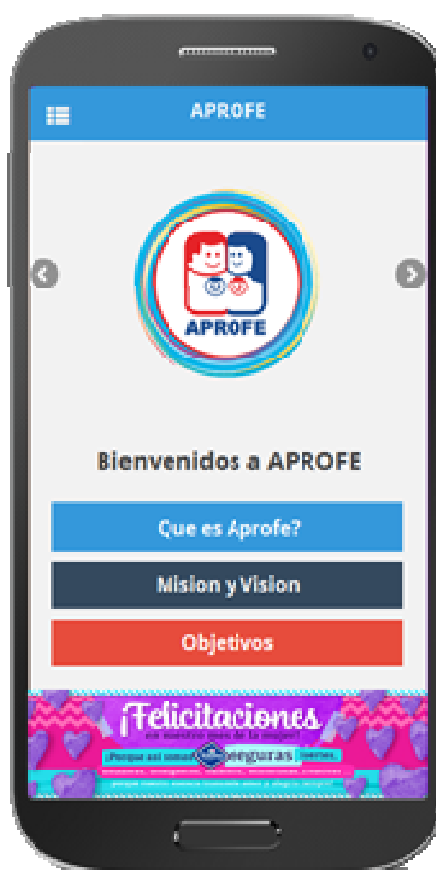
5.7.2. Paso 2: Instalación de la Aplicación en el Dispositivo Móvil

Una vez que la descarga haya finalizado, para poder iniciar la instalación, el usuario debe aceptar los términos y condiciones de uso. Luego, la aplicación estará lista para usar.

5.7.3. Paso 3: Pantalla Principal o Inicio

La pantalla principal contiene tres botones. Con cada uno de ellos el usuario puede encontrar información relevante y básica sobre APROFE. Al tocar el botón se abrirá una ventana flotante con el contenido, al terminar de leer, se cierra la ventana con el botón “x” en la esquina superior derecha.

Ilustración 11 *Pantalla Inicio o Home de la Aplicación*

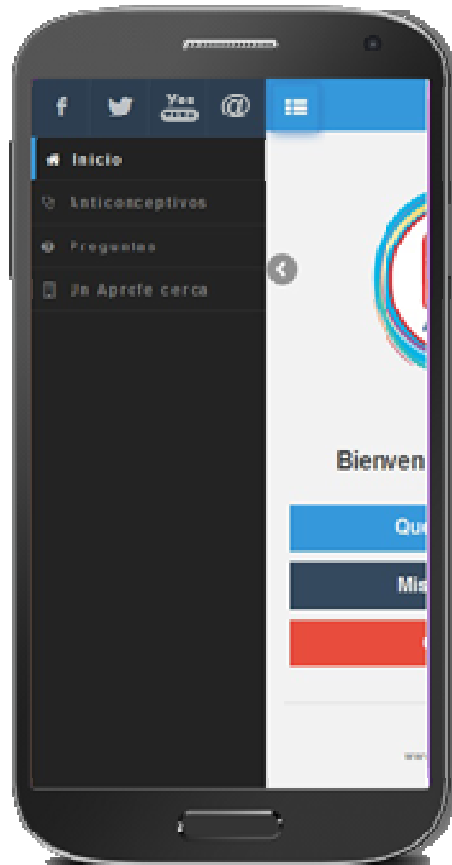


5.7.4. Paso 4: Menú Principal

El Menú Principal se encuentra en un botón en la esquina superior izquierda de todas las pantallas de la aplicación, por lo que se puede hallar con

facilidad. Al tocar el botón, se desliza una pantalla vertical donde están ubicados todos los enlaces hacia los otros contenidos de la aplicación

Ilustración 12 Menú Principal de la Aplicación



5.7.5. Paso 5: Menú Redes Sociales y Sitio Web

Los primeros botones que aparecen en el borde superior de la ventana de Menú Principal, son los de redes sociales y portal web. Cada uno representado por su respectivo ícono distintivo: Facebook, Youtube y Flickr. El ícono “@” representa un enlace al sitio web de APROFE. Al tocar cualquiera de los botones de redes sociales, se abrirá el navegador web nativo del dispositivo y se podrá acceder a la opción elegida. Para esto es necesario

contar con conexión a internet, casi contrario, los sitios externos no se cargarán.

Ilustración 13 Menú Redes Sociales y Sitio Web de la Aplicación

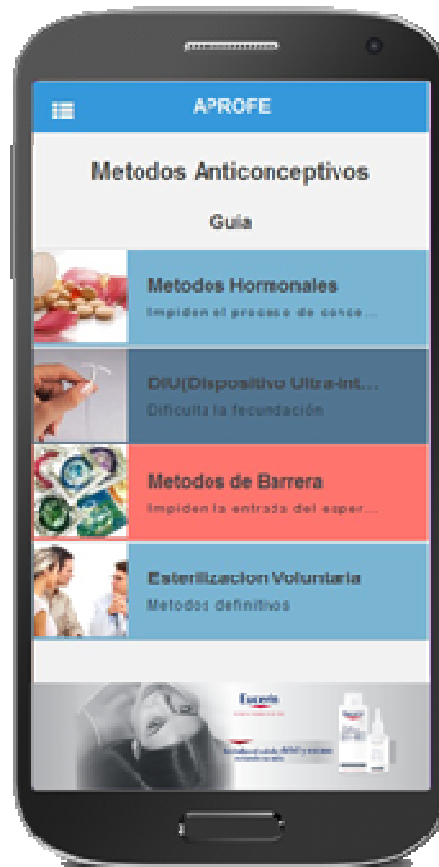


5.7.6. Paso 6: Menú Anticonceptivos

Al tocar el botón Anticonceptivos en el Menú Principal, se ingresa a un submenú, donde hay una clasificación de los métodos anticonceptivos: Métodos Hormonales, de Barrera, DIU y Esterilización Voluntaria.

Al tocar cualquiera de estas opciones, el usuario ingresa nuevamente a una pantalla que contiene el listado de los métodos contenidos dentro de la categoría elegida. Al tocar cualquiera de los métodos se abre una ventana flotante con el contenido detallado: De qué se trata el método, cómo se usa y cómo funciona. Para cerrar la ventana, se utiliza el ya conocido botón “x” en la esquina superior derecha.

Ilustración 14 Menú Anticonceptivos de la Aplicación



5.7.7. Paso 7: Menú Preguntas

Al tocar el botón Preguntas dentro del Menú Principal, el usuario se encontrará nuevamente diversas opciones a escoger:

- a) Voy por primera vez a APROFE: En esta opción el usuario encontrará información útil acerca de todos los pormenores de la primera visita a APROFE, como horario de atención, precio de la consulta, etc.
- b) Preguntas Frecuentes: Serie de preguntas y respuestas que las personas suelen cuestionar frecuentemente acerca de la sexualidad
- c) Pregúntale a APROFE: Detallado en el paso 8.

- d) Consejos e Información: Artículos pequeños, pero ricos en contenido de interés sobre temas de sexualidad y salud sexual y reproductiva.

Con excepción de la tercera opción (Pregúntale a APROFE), al tocar cualquier botón, el usuario será transportado a otra pantalla, donde con solo tocar la pregunta u opción, se desliza el resto hacia abajo y se muestra el contenido seleccionado, por ejemplo la respuesta a la pregunta. Al tocar nuevamente, se desplaza hacia arriba, ocultando el contenido.

Ilustración 15 Menú Preguntas de la Aplicación

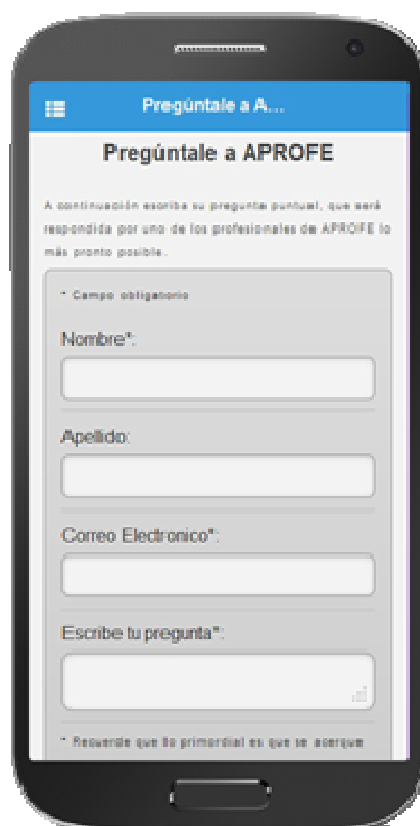


5.7.8. Paso 8: Envío de Pregunta Personal

Pregúntale a APROFE es la tercera opción dentro del Menú Preguntas. Aquí el usuario puede enviar una pregunta corta y particular a un médico experto de APROFE. Para llevarlo a cabo, el usuario debe llenar los campos de Nombre, Apellido y Correo Electrónico, sin los cuales sería imposible enviar la pregunta. Finalmente se escribe el mensaje lo más preciso posible y para terminar se toca el botón Enviar.

La respuesta llegará en la brevedad al correo electrónico proveído anteriormente. El cual le da la facilidad al usuario de leerlo desde el mismo dispositivo (si contara con aplicación de correo electrónico) o desde un navegador, sea mediante un dispositivo móvil o computador.

Ilustración 16 Envío de Pregunta Personal en la Aplicación

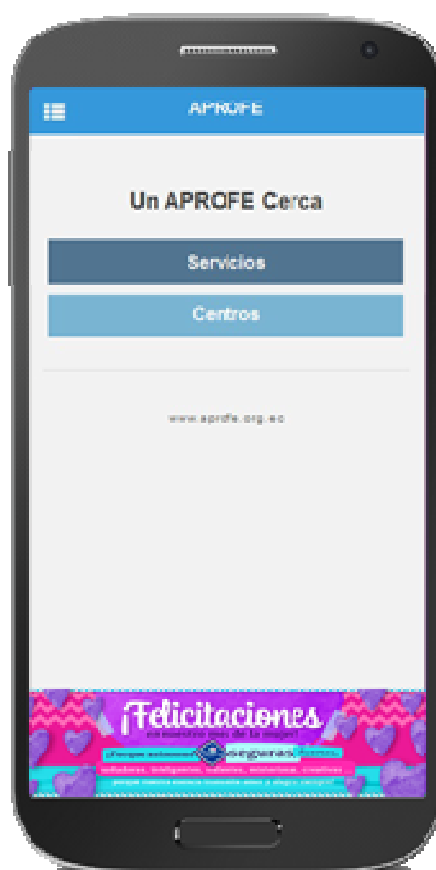


The image shows a mobile application interface for sending a question to APROFE. The screen has a blue header with a menu icon and the text 'Pregúntale a A...'. Below the header, the title 'Pregúntale a APROFE' is displayed. A short instruction reads: 'A continuación escribe su pregunta puntual, que será respondida por uno de los profesionales de APROFE lo más pronto posible.' Below this, there are four input fields, each with an asterisk indicating it is mandatory: 'Nombre*', 'Apellido:', 'Correo Electronico*', and 'Escribe tu pregunta*'. At the bottom, there is a small note: '* Recuerde que lo primordial es que se entienda'.

5.7.9. Paso 9: Centros

Al tocar el botón Un APROFE Cerca, en el Menú Principal, el usuario accede a otra pantalla donde cuenta con las opciones: Centros y Servicios. En la opción Centros el usuario puede encontrar los datos necesarios para acercarse al centro de salud de APROFE, llamar por información o separar una cita.

Ilustración 17 Submenú Centros y Servicios *la Aplicación*

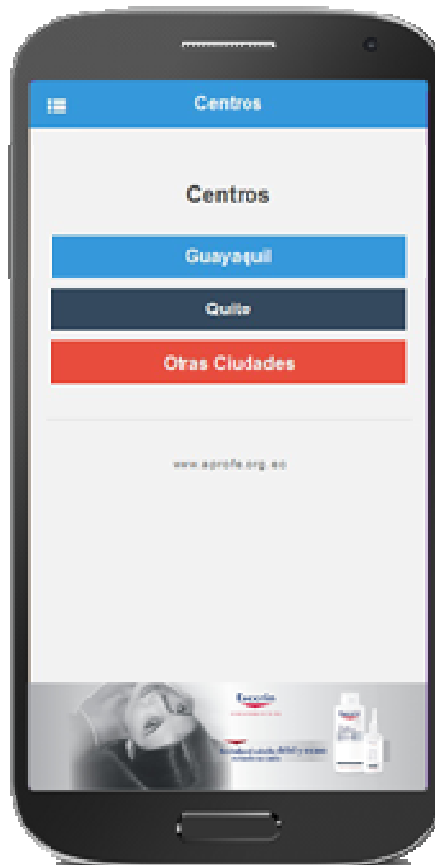


En la pantalla Centros hay tres nuevas alternativas con las ciudades de los centros más importantes. Si se escoge Guayaquil, aparecerán todos los centros de salud ubicados en esta ciudad. Lo mismo se aplica para las otras opciones. Cualquiera que sea la opción elegida por el usuario, en la pantalla

aparecerá el nombre del centro de salud, dirección completa y números telefónicos.

Para facilitar la ubicación de la dirección, el usuario puede optar por verlo en el mapa, de modo que aparecerá una nueva ventana con la interfaz de Google Maps, con la cual la mayoría de usuarios están familiarizados. El centro de salud elegido aparecerá marcado. Entre las opciones nativas del Google Maps se puede alejar, acercar y utilizar visión de mapa o satelital.

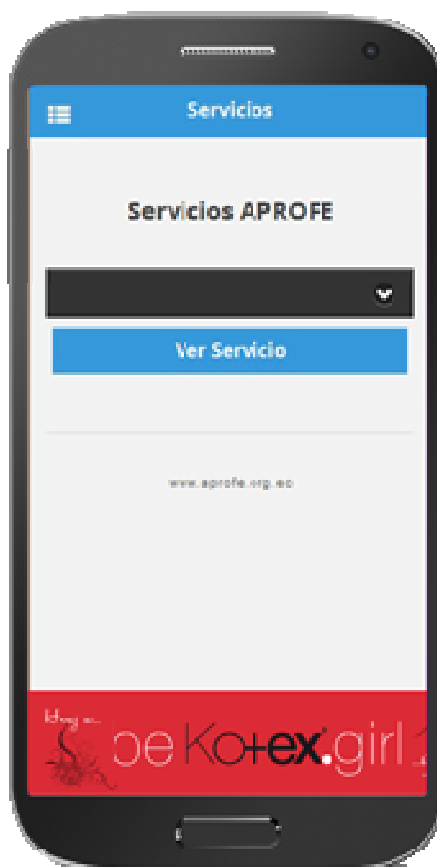
Ilustración 18 Submenú Centros de la Aplicación



5.7.10. Paso 10: Servicios

La segunda opción del botón Un APROFE Cerca, del Menú Principal es Servicios. Mediante esta opción el usuario tendrá un listado con todos los servicios ofrecidos por APROFE, una pequeña descripción y en qué centros específicamente se pueden encontrar.

Ilustración 19 Submenú Servicios de la Aplicación



5.8. Plan de Mercadeo

5.8.1. Estrategias de Servicio

Como estrategias de servicio se busca crear un lazo de fidelidad con el cliente de manera que desee conservar las relaciones con el desarrollador de la propuesta. Esto se efectuará mediante eficientes servicios adicionales que se le proporcionará mientras y después de haberle entregado su producto con el objetivo de mantenerlo satisfecho con su elección.

Uno de los servicios extendidos que se facilitará sin ningún costo adicional es la ayuda necesaria para crear la cuenta en la o las Tiendas de Aplicaciones para dispositivos móviles (Google Play³⁶, App Store³⁷, Blackberry App World³⁸, etc.) requerida para poder subir la aplicación a la misma y que se pueda distribuir a los usuarios. Dependiendo de la Tienda elegida, algunas exigen un pago mínimo inicial por la creación de la cuenta. Tal valor correrá por cuenta del cliente.

Al momento de efectuar la entrega del producto, de ser necesario se brindará capacitaciones para instruir en el modo de uso de la aplicación de forma totalmente gratuita.

El mantenimiento de la aplicación será el punto principal de esta estrategia, donde se busca satisfacer eficientemente cada detalle y requerimiento por parte del cliente, siempre haciendo énfasis en el profesionalismo y buen trato. Entre los puntos que contiene la sección de mantenimiento, el cliente puede

³⁶ Es una tienda de software en línea desarrollado por Google para dispositivos con sistema Android. (Womack, 2012)

³⁷ Es un servicio para algunos dispositivos de la compañía Apple Inc. que permite a los usuarios buscar y descargar aplicaciones informáticas. Tomado de Enciclopedia Wikipedia. Recuperado el 9 de Febrero del 2014 dewikipedia.org/wiki/App_Store

³⁸ Es un servicio de distribución de aplicaciones creada por Blackberry Ltd. Que permite a los usuarios buscar, descargar y actualizar aplicaciones para sus dispositivos móviles. (Halliwell, 2013)

solicitar actualizaciones en el contenido de la aplicación, re diseño de la línea gráfica, entre otros. Estos cambios tendrán un valor adicional debido a que requiere de un esfuerzo importante para su desarrollo. Por otra parte si la aplicación presenta fallas o problemas de funcionamiento, así como también si el cliente solicita adaptación a nuevas plataformas esto será sin costo, como una contribución de parte del desarrollador, resaltando el compromiso por entregar un producto completamente funcional y en óptimas condiciones.

De la misma manera se ofrecerá al cliente asesoría en estrategias de mercadotecnia, con ideas innovadoras que ayuden a que la aplicación obtenga mejor acogida por parte del mercado al que va dirigido. Las propuestas abarcan desde estrategias por medios tradicionales, así como también mediante la nueva tendencia del marketing “online”.³⁹

Por último, se ofrecerá el diseño y elaboración de un “landing page” o página de aterrizaje, muy popular en la actualidad para promocionar las aplicaciones para móviles. Consiste en un atractivo micrositio web, el cual contiene información sobre la aplicación y su respectivo enlace para descarga. Este servicio contará con un razonable valor adicional que costeará el cliente.

5.8.2. Estrategias de Precio

Debido a que el producto es una aplicación para dispositivos móviles y tomando en cuenta este caso en particular, para la estrategia de precio se toma en cuenta en dos frentes: El primero es desarrollador - cliente y el segundo cliente - usuario final.

Para definir las estrategias de precio entre desarrollador – cliente, en primer lugar se debe establecer el modelo de negocios a aplicar. Se combinarán dos:

³⁹ Es el estudio de las técnicas del uso de Internet para publicitar y vender productos y servicios. Tomado de Enciclopedia Wikipedia. Recuperado el 9 de Febrero del 2014 de wikipedia.org/wiki/Mercadotecnia_en_Internet

Primero venta total de la aplicación. Como desarrollador, se ofrecerá un valor total por la elaboración del producto. Es usual que en este tipo de casos el monto sea muy elevado, pero por tratarse de una institución sin fines de lucro, dedicada al servicio eficiente de la mujer y de la familia ecuatoriana, el costo se aminorará en lo posible, siendo relativamente bajo aportando de esta manera a la ayuda social.

Como segundo modelo de negocios se encuentra la publicidad dentro de la aplicación. Ideando la forma en la que la institución y el desarrollador obtengan beneficios adicionales, se plantea que la aplicación contenga un banner⁴⁰ destinado a la publicidad de empresas o particulares interesados. Las especificaciones físicas del banner son de 300 pixeles por 50 pixeles. (Ver Ilustración 12) Su modo de funcionamiento se basa en que a pesar de que es un único espacio, el contenido cambia cada vez que se entra en alguna opción dentro de la aplicación. De esta forma se podrá dar cabida a muchos clientes que deseen aparecer en la misma. Dentro de los posibles interesados se puede contar a empresas farmacéuticas con productos relacionados con la salud sexual y reproductiva como las cápsulas Femen (para malestares menstruales), Gynocanesten, Lomecan (ambos son tratamientos para infecciones vaginales), entre otros. Así como también productos para la higiene femenina como jabones íntimos, toallas sanitarias, tampones y sin dejar atrás los productos de planificación familiar como los condones, píldoras hormonales, etc.

En cuanto al desarrollador, éste tendría un porcentaje mínimo del monto total de la publicidad recaudada, para compensar el bajo costo en el desarrollo del producto.

⁴⁰ Es un formato publicitario en Internet. Tomado de Enciclopedia Wikipedia. Recuperado el 10 de Febrero del 2014 de <http://es.wikipedia.org/wiki/Banner>

Es tiempo de enfocarse en el usuario final. Resaltando que la aplicación en sí misma beneficiará en gran medida a la institución, ya que aumentará la propagación de su nombre y reputación, y por consiguiente, sus ingresos monetarios gracias al incremento de la afluencia de pacientes, se concluye en que la producto no tendrá costo para el usuario final. Recordando que se trata de una razón social, no se pondrá precio a la aplicación y está se podrá descargar gratuitamente.

Ilustración 20 Posición de la Publicidad dentro de la Aplicación

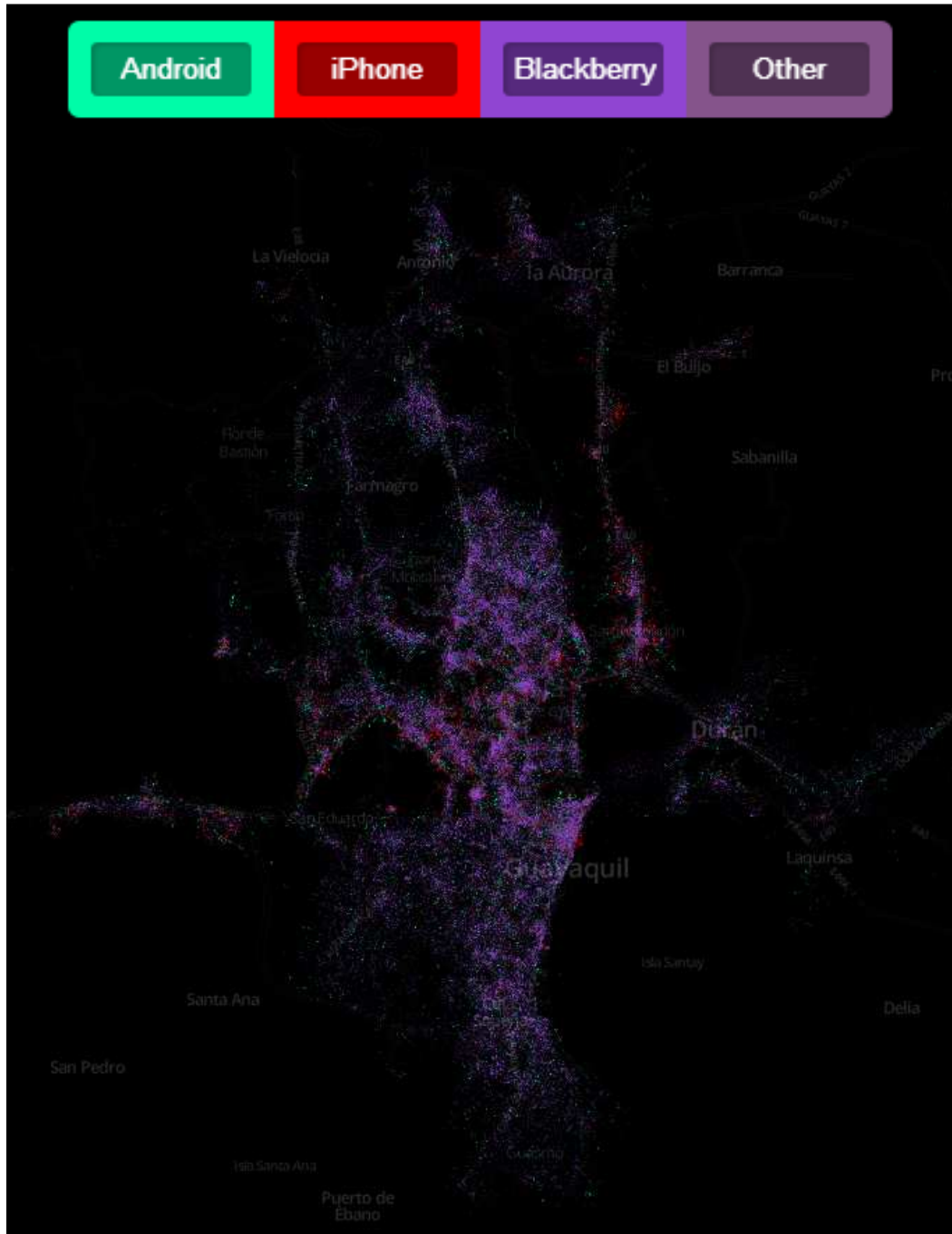


5.8.3. Canales de Distribución

El producto final es una aplicación para dispositivos móviles, por lo tanto debe ser colocada en alguna Tienda de Aplicaciones para que pueda ser distribuida al público.

La página de internet MapBox.com proporciona gráficos geográficos tomando como dato para qué plataforma se ha descargado la aplicación móvil de Twitter. Según este sitio se puede observar claramente que la mayoría del mercado está dominado por el uso de Blackberry, por lo cual esta será una de las plataformas para las que se desarrollará la aplicación y se subirá a su tienda Blackberry World. (Ver Ilustración 2) El uso de iPhone se destaca como segundo lugar, pero tomando en cuenta que la marca Apple es de gama alta, con productos costosos, indiscutiblemente su mercado objetivo son personas de nivel socio económico acomodado. Siguiendo esta línea lógica, es poco probable que la persona con alto nivel adquisitivo asista a un centro de salud económico, pudiendo costearse una clínica o consulta privada. Debido a estos motivos, como primer lanzamiento no se contempla la adaptación de la aplicación para plataforma de dispositivos Apple, dejándolo como proyección para el futuro.

Ilustración 21 Ilustración Geográfica del Uso de las Diferentes Marcas de Celulares Inteligentes en Guayaquil



Fuente: MapBox.com. Recuperado el 9 de Febrero del 2014 de <https://www.mapbox.com/labs/twitter-gnip/brands/#4/18.40/-99.67>

Como segundo canal de distribución utilizaremos la Tienda Google Play. El motivo principal es que Google Play está diseñada para dispositivos con sistema operativo Android y en la actualidad la mayoría de teléfonos inteligentes en el mercado utilizan esta plataforma, pasando el 80%. (International Data Corporation, 2013) Lo destacable es que no son solo celulares de gama alta, sino que también los hay de gama media, como el Galaxy Ace o el Galaxy Advance, los cuales son más accesibles económicamente y llegan a un mercado más extenso.

5.8.4. Promoción

La promoción consistirá a grandes rasgos en un lanzamiento oficial de la aplicación. Resaltando que el producto es una propuesta para la satisfacción de una razón social, se ha establecido diversos métodos de promoción que requieran la menor cantidad de inversión posible.

Como se ha mencionado previamente se organizará un lanzamiento de la aplicación a la que se hará una invitación a medios televisivos y prensa escrita enviando un boletín de prensa. Se destacará que dicha aplicación es un aporte que servirá a la sociedad. De esta manera se evitará invertir grandes cantidades en espacios publicitarios. Los medios mostrarán su reportaje en diferentes espacios como podrían ser noticieros y segmentos en programas de variedades que tengan que ver con la ayuda social. En la prensa escrita, los reporteros escribirán reseñas del evento y hablarán de las cualidades de la aplicación. Estas publicidades no tendrán ningún costo.

Siguiendo con los medios tradicionales, se utilizará la distribución de trípticos con información sobre la aplicación que serán distribuidos en los centros de salud de APROFE. Estos trípticos también serán repartidos en colegios y universidades, junto con charlas que traten temas elementales sobre sexualidad y planificación familiar. El valor depende principalmente del diseño

e impresión de la papelería, ya que APROFE cuenta con personal capacitado con experiencia en dar charlas y conferencias. (Ver Tabla 45)

Se ha considerado de igual manera la publicidad mediante la web. El primero de los puntos es la creación de la página de aterrizaje de la aplicación, que como se ha explicado con anterioridad, no es más que un sitio web muy sencillo, pero a la vez llamativo gráficamente, cuyo objetivo será brindar la información necesaria sobre la aplicación y ofrecer, por supuesto, el respectivo link de descarga para las Tiendas. Aproximadamente el costo de la elaboración de la página de aterrizaje oscilaría entre los \$400. (Ver Tabla 45)

La promoción mediante la web no está completa sin la promoción en las redes sociales. Al mismo tiempo de ser uno de los métodos más baratos para promocionarse, en la actualidad, las redes sociales con mayor aceptación han desarrollado múltiples beneficios para el usuario interesado en iniciar una campaña publicitaria en su red. Como por ejemplo se puede escoger el mercado para publicitarse, de tal manera que la campaña tenga un porcentaje mayor de éxito, ya que solamente los individuos con las características apropiadas son quienes pueden ver la campaña. También han desarrollado herramientas que analizan el éxito de la campaña, ofreciendo datos estadísticos, cuadros comparativos y más.

Tomando en cuenta que APROFE ya cuenta con presencia en redes sociales como Facebook, Twitter y Youtube, no habrá que contratar servicios de Community Manager⁴¹, sino más bien invertir una mínima cantidad en las campañas pagadas que ofrece Facebook. Dependiendo de los resultados que quiera obtener el cliente y de lo que esté dispuesto a pagar, se aconsejaría invertir de \$200 a \$300 en publicidad en Facebook. (Ver Tabla 45)

⁴¹ Es el profesional responsable de construir, gestionar y administrar la comunidad online alrededor de una marca en Internet. (Martínez Fustero, 2013)

Tabla 45 Costos de Promoción para la Aplicación para Móviles

Costos de Promoción			
Detalle	Cantidad	Precio	Total
Trípticos	3.000 unidades	\$500	\$500
Página de Aterrizaje	1	\$700	\$700
Campaña Pagada en Facebook	3 meses	\$200	\$600
Total:			\$1.800

Elaboración propia.

Por último, se emplearán estrategias de posicionamiento SEO⁴². Esta técnica consiste en crear tráfico en los buscadores y posicionarse en los primeros resultados de búsqueda. A esto se le llama resultados orgánicos. Básicamente esto se logra mediante los enlaces directos a la página de APROFE o a la página de aterrizaje de la aplicación o directamente a su enlace de descarga en las Tiendas. También es imprescindible el uso de las palabras clave o “*keywords*”. Si la aplicación empieza a aparecer en los primeros resultados de búsqueda, aumentará la probabilidad de que los cibernautas⁴³ se enteren de la aplicación y empiecen a usarla. Lo interesante de esta estrategia es que no tendrá ningún costo, ni siquiera trabajo adicional, ya que el tráfico lo crearán las notas, artículos y reportajes que sean escritos en las cuentas de redes sociales de los medios de publicidad tradicional.

⁴² SEO (Search Engine Optimization) Significa literalmente Optimización en Motores de Búsqueda o también conocido como Posicionamiento en Buscadores o Posicionamiento Web. Es el proceso de atraer visitar relevantes y mejorar la visibilidad de un sitio web en los resultados orgánicos de los diferentes buscadores. (Pedroz Piñón, Arrabal, & Panzano, 2012)

⁴³ Aquella persona que navega por internet. (Diccionario de Informática, 2010)

5.9. Análisis Financiero

5.9.1. Financiamiento del Proyecto

Para el desarrollo de la aplicación se concertará un contrato en el cual se pedirá el 60% del monto total de la aplicación lo cual abarcará casi todo el rubro de \$7,437.27. Lo que resta será abarcado por inversión de los socios. Al término del desarrollo, se cobrará el 40% restante.

5.9.2. Proyecciones de Ventas y Gastos

5.9.2.1. Ingresos

Los ingresos se basarán en un monto total de la aplicación de \$12.000 que se pagará en dos partes en el primer año. 60% al inicio para gastos de producción y el 40% restante al momento de la entrega del producto final. En el contrato inicial se acordará que un porcentaje de la aplicación será destinado para la empresa desarrolladora. Este monto será de \$1.300 mensuales, lo que creará la rentabilidad del proyecto a 5 años. Adicionalmente se cobrará un rubro por mantenimiento de la aplicación de \$500 anuales. Y el primer año se adiciona un producto adicional que es el landing page de la aplicación por \$700. (Ver Tabla 46)

Tabla 46 *Ingresos Anuales*

INGRESOS ANUALES						
DESCRIPCIÓN	Precio	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Aplicación Móvil	\$12000,00	\$12000,00				
Aplicación Móvil (Publicidad)	\$1300,00	\$15600,00	\$17160,00	\$18876,00	\$20763,60	\$22839,96
Aplicación Móvil (Mantenimiento)	\$500,00	\$500,00	\$550,00	\$605,00	\$665,50	\$732,05
Landing Page	\$700	\$700,00				
Total Mensual		\$28.100,00	\$17.710,00	\$19.481,00	\$21.429,10	\$23.572,01

5.9.2.2. Gastos

Para el desarrollo de la aplicación se necesitan algunos requerimientos como equipos y muebles de oficina (Ver Tabla 47 y Tabla 48) y el capital de trabajo (Ver Tabla 51) compuesto por la operación (mano de obra) (Ver Tabla 49) y gastos generales. (Ver Tabla 50)

Tabla 47 Maquinarias y Equipos

Maquinarias y Equipos			
DESCRIPCIÓN	Cant.	Costo	Total
Computadora de Escritorio PC con licencia S.O.	3	\$845,00	\$2.535,00
Modem	1	\$60,00	\$60,00
UPS	1	\$70,00	\$70,00
Total	5		\$2.665,00

Elaboración propia.

Tabla 48 Muebles y Equipos de Oficina

Muebles y Equipos de Oficina			
Descripción	Cant.	Costo	Total
Aire Acondicionado	1	\$533,00	\$533,00
Escritorio tipo Secretaria	2	\$170,00	\$340,00
Silla Tipo Secretaria	2	\$50,00	\$100,00
Sillas	2	\$65,00	\$130,00
Teléfono	1	\$35,00	\$35,00
Varios útiles oficina			\$45,00
Total	8		\$1.183,00

Elaboración propia.

Tabla 49 Personal Operativo

Personal Operativo						
	AÑO 1			AÑO 2		
Descripción	Cant.	Sueldo	Total	Cant.	Sueldo	Total
Diseñador	1	\$360,00	\$ 360,00	1	\$396,00	\$396,00
Programador	1	\$400,00	\$400,00	1	\$440,00	\$440,00
Total Mensual	2		\$760,00	2		\$836,00
Total Anual			\$9.120			\$10.032
	AÑO 3			AÑO 4		
Descripción	Cant.	Sueldo	Total	Cant.	Sueldo	Total
Diseñador	1	\$415,80	\$415,80	1	\$436,59	\$436,59
Programador	1	\$462,00	\$462,00	2	\$485,10	\$970,20
Total Mensual	2		\$877,80	3		\$1.406,79
Total Anual			\$10.534			\$16.881
AÑO 5						
Descripción	Cant.	Sueldo	Total			
Diseñador	1	\$458,42	\$458,42			
Programado	2	\$509,36	\$1.018,71			
Total Mensual	3		\$1.477,13			
Total Anual			\$17.726			

Elaboración propia.

Tabla 50 Gastos Generales de Producción

Gastos Generales De Producción					
Descripción	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
Seguros	\$35,95	\$36,39	\$36,39	\$36,39	\$36,39
Energía Eléctrica	\$85,00	\$91,00	\$96,00	\$98,00	\$103,00
Internet	\$60,00	\$63,00	\$65,00	\$67,00	\$70,00
Total Mensual	\$180,95	\$190,39	\$197,39	\$201,39	\$209,39
Total Anual	\$2.171,40	\$2.284,68	\$2.368,68	\$2.416,68	\$2.512,68

Elaboración propia.

Tabla 51 Capital de Trabajo

Capital de Trabajo			
DESCRIPCIÓN	Meses	Costo	Total
Operación	3	\$760,00	\$2.280,00
Gastos Generales	3	\$180,95	\$542,85
Total	9		\$2.822,85

Elaboración propia.

5.9.3. Flujo de Caja

Tabla 52 Flujo de Caja

Flujo De Caja						
	AÑO 0	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
SALDO ANTERIOR	0,00	0,00	7.022,18	4.592,68	8.097,38	8.126,49
Ingresos						
Ventas		28.100,00	17.710,00	19.481,00	21.429,10	23.572,01
Total Ingresos		28.100,00	17.710,00	19.481,00	21.429,10	23.572,01
Egresos						
Inversión Inicial de Activos Fijos	3.848,00					
Gastos de constitución	766,42					
Campaña publicitaria inicial	0,00					
Capital de trabajo	2.822,85					
Inversión en Activos Fijos		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Costos de Producción		11.291,40	12.316,68	12.902,28	19.298,16	20.238,23
Gastos de administración y ventas		480,00	540,00	582,00	627,60	681,60
Impuestos			3.102,14	663,64	906,62	-48,23
Utilidades de Trabajadores			2.189,75	468,45	639,96	-34,04
Dividendos		9.306,42	1.990,93	1.359,92	-72,34	293,85
Total Egresos	7.437,27	21.077,82	20.139,50	15.976,30	21.400,00	21.131,41
Flujo Caja	- 7.437,27	7.022,18	-2.429,50	3.504,70	29,10	2.440,60
Flujo Neto	- 7.437,27	7.022,18	4.592,68	8.097,38	8.126,49	10.567,08
Préstamo	7.437,27					
Caja Final	0,00	7.022,18	4.592,68	8.097,38	8.126,49	10.567,08

Elaboración propia.

5.9.4. Retorno de Inversión

Como se puede observar la Tasa Interna de Retorno es de 86,95% por lo que el proyecto es rentable.

Tabla 53 *TIR - VAN*

TIR VAN		
Tasa Interna de Retorno	TIR	86,95%
Valor Actual Neto	VAN	\$31.844,17

Elaboración propia.

CAPÍTULO 6

CAPITULO 6: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones

Como se ha detallado con anterioridad, el proceso de maduración física de las adolescentes ha cambiado con las décadas. En la actualidad la menarquia empieza alrededor de los 12 años, pero al mismo tiempo, la sociedad exige al adolescente (independientemente de su sexo) el alargar su vida académica hasta el principio de los 20, en pos de un mejor futuro. Lo que enfrenta al adolescente a problemas que no tenía en el pasado.

La persona es un ser sexuado desde su nacimiento y el descubrimiento y experimentación con su sexualidad es un evento natural que no debe ser reprimido. El ser humano teme a lo que no conoce, por lo que es imprescindible empezar a borrar miedos sin fundamento y aclarar los tabúes sobre la sexualidad. El miedo no vence a los instintos naturales, por lo que la vida sexual en los adolescentes sucede, sucedió y seguirá sucediendo, así que la respuesta no está en la negación.

El principio de todo el cambio radica en la información. Es necesario empezar a instruir a todos en educación sexual. Los adolescentes que crezcan aceptando su sexualidad como una característica inherente y beneficiosa, sabrán actuar de manera en que tomarán acciones para cuidarse y aprovecharla de una manera saludable.

Como se ha expuesto con anterioridad, la generación juvenil actual está envuelta por la tecnología; ésta es parte esencial y natural de la vida del adolescente y en ella encuentran la solución para la mayoría de sus problemas. Por lo tanto, se ha decidido ofrecer una solución tecnológica orientada a la problemática de la desinformación. Como es de conocimiento común, el contenido vertido en la red no siempre es de fuentes confiables, por lo que es importante proveer de fuentes

veraces sobre sexualidad, en las cuales los jóvenes puedan satisfacer sus curiosidades.

Al mismo tiempo se necesita incentivar que los adolescentes, en especial las mujeres, asistan a los centros de salud para que obtengan los beneficios médicos indispensables.

6.2. Recomendaciones

En base a todo lo expuesto durante la investigación se recomienda que:

- Se utilice la tecnología disponible y de gran aceptación por los adolescentes como canal informativo sobre temas de interés en sexualidad y salud reproductiva.
- Se promueva mediante la tecnología la asistencia de las adolescentes a los centros médicos de salud sexual donde los médicos expertos sabrán guiarlas e instruir las en temas de sexualidad y planificación familiar.
- Promover a APROFE como un centro de salud sexual y reproductiva dedicado a ofrecer sus servicios médicos a las mujeres y a la familia, con bajos costos y excelente calidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Adelman, E. (26 de Agosto de 1996). The Toquilleras of Sigsig. Recuperado el 9 de Febrero de 2014, de People 2 People: http://www.people2people.org/voices/s_e/panama.html
- Alarcón Nivia, M. Á. (2007). Los Dispositivos Intrauterinos: Evolución a través de los Tiempos, Método de Inserción, Beneficios y Riesgos. Revista de los Estudiantes de Medicina de la Universidad de Santander .
- Alvira Martín, F. (2011). Cuadernos Metodológicos. La Encuesta: Una Perspectiva General Metodológica (2a. ed., Vol. 35). (C. E. Metodológicos, Ed.) Madrid, España: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Arias, F. (2006). El proyecto de investigación: Introducción a la metodología científica. (5º. ed.). Caracas: Episteme.
- Asociación Pro Bienestar de la Familia Ecuatoriana. (2012). APROFE. Recuperado el 31 de Enero de 2014, de www.aprofe.org.ec
- Blázquez Martínez, J. M. (2000). Los Anticonceptivos en la Antigüedad Clásica. Actas del Segundo Seminario de Estudios sobre la Mujer en la Antigüedad , 135-146.
- Bullough, V. L., & Bullough, B. (1987). Women and Prostitution — A Social History. Buffalo, NY: Prometheus.
- Calaf Alsina, J. (2005). Manual Básico de Anticoncepción (3a. ed.). Barcelona: Masson S.A.
- D'Emilio, J., & Freedman, E. (1988). Intimate Matters: A History of Sexuality in America. New York: Harper and Row.
- Diario Expreso. (2009 de Octubre de 2009). Marangoni y su Ideal de la Salud Reproductiva. Diaro Expreso .
- Díaz Alonso, G. (1995). Historia de la Anticoncepción. Revista Cubana de Medicina General Integral , 11 (2).
- Diccionario de Informática. (2010). Recuperado el 10 de Febrero de 2014, de ALEGSA: <http://www.alegsa.com.ar/Dic/cibernauta.php>
- Doctissimo. (7 de Enero de 2013). Enciclopedia del Embarazo. Recuperado el 9 de Febrero de 2014, de <http://bebe.doctissimo.es/enciclopedia-del-embarazo/multipara.html>
- Estrada, J. (1996). APROFE. Tres décadas de Servicio. Historia de la Planificación Familiar en el Ecuador. Guayaquil, Ecuador: Offset Abad Cía. Ltda.

- Fernández Nogales, Á. (2004). *Investigación y Técnicas de Mercadeo* (2a. ed.). Madrid: ESIC Editorial.
- Franks, A. (2005). *Margaret Sanger's Eugenic Legacy: The Control of Female Fertility*. Jefferson, North Carolina: McFarland & Company Inc. Publishers.
- Galindo Cáceres, L. J. (2001). *Técnicas de Investigación en Sociedad, Cultura y Comunicación*. Ciudad de México: Alcocer.
- García Rodrigo, J., & Morales Santiago, G. (2012). *Instalaciones de Radiocomunicaciones* (1a. ed.). Madrid: EDICIONES Parainfo S.A.
- Gómez, M. M. (2006). *Introducción a la Metodología de la Investigación Científica* (Primera Edición ed.). Córdoba, Argentina: Editorial Brujas.
- Grimes, D. (2000). The Contraception Report. History and Future of Contraception: Developments over Time. , 10 (6), 15-25.
- Halliwell, D. (21 de Enero de 2013). BlackBerry App World Web Storefront is now BlackBerry World. Recuperado el 9 de Febrero de 2014, de BlackBerry: <http://blogs.blackberry.com/2013/01/app-world-is-now-blackberry-world/>
- Herrera, E., Pavia, C., & Yturriaga, R. (1994). *La Pubertad*. Madrid: Ediciones Días Santos S.A.
- Huidrovo Moya, J., Millán Tejedor, R., & Roldán Martínez, D. (2005). *Tecnologías de Telecomunicaciones*. Creaciones Copyright.
- Ilyas, M., & Ahson, S. (2006). *Smartphones. Research Report*. Chicago: Professional Education International Inc.
- INEC. (2013). *Informe por el Día Mundial de la Población. Embarazo Adolescente en el Ecuador*.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos del Ecuador - Dirección de Estudios Estadísticos. (2012). INEC. Recuperado el 29 de Enero de 2014, de Anuario Estadístico 2013: www.ecuadorencifras.gob.ec
- International Data Corporation. (12 de Noviembre de 2013). Android Pushes Past 80% Market Share While Windows Phone Shipments Leap 156.0% Year Over Year in the Third Quarter, According to IDC. Recuperado el 9 de Febrero de 2014, de IDC: <http://www.idc.com/getdoc.jsp?containerId=prUS24442013>
- Janssen, C. (2012). *Mobile Device*. Recuperado el 8 de Febrero de 2014, de Techopedia: <http://www.techopedia.com/definition/23586/mobile-device>
- Kilmartin, C. (2007). *La Violencia del Hombre Contra La Mujer: Teoría, Investigación y Activismo*. Routledge.

La Biblia de Estudio. Dios Habla Hoy. Edición Misionera (3a. ed.). (2000). Brasil: Sociedades Bíblicas Unidas.

MARCOMBO S.A. (1998). Telecomunicaciones Móviles (2a. ed.). Barcelona: Boixareu Editores.

Martínez Fustero, E. (24 de Abril de 2013). Qué es un Community Manager y Cuáles Son sus Principales Funciones en la Empresa. Recuperado el 10 de Febrero de 2014, de Blog del IEBSchool: <http://comunidad.iebschool.com/iebs/general/que-es-un-community-manager/>

Martos Rubio, A. (2010). Breve Historia del Condón y de los Métodos Anticonceptivos. Madrid: Ediciones Nawtilus.

McLaren, A. (1990). A History of Contraception: From Antiquity to the Present Day. Oxford: Blackwell Publishers.

Ministerio de Salud Pública. (2012). ENIPLA. Recuperado el 8 de Febrero de 2014, de <http://www.salud.gob.ec/estrategia-nacional-intersectorial-de-planificacion-familiar-y-prevencion-de-embarazos-en-adolescentes/>

Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental. (1980). Regional Working Group on Health Needs of Adolescents: Final Report. Manila.

Organización Mundial de la Salud. (1999). Anticoncepción de emergencia: Guía para la prestación de servicios. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud. (1986). La Salud de los Jóvenes: Un Desafío para la Sociedad. Gráficas Reunidas.

Pedroz Piñón, M., Arrabal, G., & Panzano, J. (2012). Manual SEO. Posicionamiento Web en Google para un Marketing Más Eficaz. Barcelona: Onetomarket.

Ramírez Bacca, R. (2010). Introducción Teórica y Práctica a la Investigación Histórica: Guía para Historiar en las Ciencias Sociales. Medellín, Colombia: Universidad Nacional de Colombia, sede Medellín - Facultad de Ciencias Humanas y Económicas.

Red Gráfica Latinoamericana. (2011). El Concepto de Publicidad BTL. Recuperado el 10 de Febrero de 2014, de Red Gráfica Latinoamericana: <http://redgrafica.com/El-concepto-BTL>

Riddle, J. (1992). Contraception and Abortion: From the Ancient World to the Renaissance. Cambridge: Harvard University Press.

Rosenfield, A., & Fathalla, M. F. (1994). Manual de Reproducción Humana. New York: The Parthenon Publishing Group.

Sam Soto, S., & Gayón Vera, E. (2006). Guía práctica para el abordaje y manejo de lesiones anogenitales por virus de papiloma humano en adolescentes. Acta Pediátrica de México , 27.

Sherfey, M. J. (1966). *The Nature and Evolution of Female Sexuality*. New York: Random House.

Spona, H. (2010). *Programación de Bases de Datos con MYSQL y PHP*. Barcelona: MARCOMBO S.A.

Stornaiolo, U. (1999). *Ecuador: Anatomía de un País en Transición (2da. ed.)*. Quito, Ecuador: Ediciones ABYA-YALA.

USAID. (29 de Enero de 2014). *Who we are*. Recuperado el 9 de Febrero de 2014, de USAID for the American People: <http://www.usaid.gov/who-we-are>

Vivanco, M. (2005). *Muestreo Estadístico - Diseño y Aplicaciones (1a. ed.)*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.

Womack, B. (19 de Octubre de 2012). *Bloomberg News*. Recuperado el 9 de Febrero de 2014, de BloomberBusinessweek: <http://www.businessweek.com/news/2012-10-29/google-says-700-000-applications-available-for-android-devices>

ANEXOS

ANEXO 1: TECNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

7.1. Transcripción de la Entrevista a Profundidad

7.1.1. Entrevista a la Dra. Abigail Carriel de Roque, Especialista en Gerencia de Servicios de Salud en APROFE

Primera entrevista realizada a la Dra. Abigail Carriel de Roque, Médico y Cirujana, Máster en Salud Ocupacional. Actualmente ostenta el cargo de Especialista en Gerencia de Servicios de Salud. Ha tenido una trayectoria larga en APROFE:

1998 – 2002: Coordinadora del Proyecto de Género y Calidad de Atención.

2002 – 2009: Capacitadora en Salud Sexual y Reproductiva

2009 – 2012: Coordinadora del Departamento de Evaluación.

2012 – actualidad: Médica ocupacional

Anteriormente ha trabajado, en la M.I. Municipalidad de Guayaquil como Asistente en la Dirección de Salud e Higiene, en el CEPAM⁴⁴, entre otros.

La entrevista tuvo lugar el día Viernes 21 de Febrero del 2014:

1. ¿Qué es la planificación familiar?

Es el derecho de todo hombre o mujer como individuos o como pareja a decidir de manera informada, libre y voluntaria si tener hijos o no, cuándo tenerlos, cuántos y con quién

Es importante aclarar, entonces, que planificación familiar no es igual a métodos anticonceptivos ni a control de la natalidad, pues los métodos anticonceptivos son únicamente uno de los medios a través de los cuales

⁴⁴ Centro Ecuatoriano para la Protección y Acción de la Mujer.

se ejerce la planificación familiar y el control de la natalidad se refiere a una política de ciertos estados que determina y restringe el número de hijos que puede tener su población, que nada tiene que ver con el derecho humano de decidir.

2. ¿Cuáles son los beneficios de la planificación familiar para el núcleo familiar y, específicamente para la mujer?

Los beneficios son integrales: de carácter biológico, psicológico y social, los cuales tienen que ver con estar realmente preparados: para ser madre y/o padre, así como la familia para recibir o no a un nuevo integrante.

Como médica puedo darte algunos ejemplos más bien relacionados con la salud física (con sus repercusiones obvias a nivel psico-social):

- *Hay para la mujer un período de edad ideal (20 a 35 años) para concebir y dar a luz sin mayor probabilidad de riesgos de enfermedad y muerte para ella y/o su bebé. Se podría decir, entonces, que usar métodos anticonceptivos contribuye a disminuir la mortalidad materna e infantil.*
- *Planificar el número de hijos y su intervalo de nacimiento favorece el restablecimiento de la salud de la mujer después de un embarazo y parto, tanto así que, actualmente, la OMS (Organización Mundial de la Salud) recomienda esperar entre 2 a 3 años para embarazar nuevamente.*
- *Este intervalo de espera contribuye, además, a que el o la recién nacido/a reciba de su madre (y de su padre, de ser el caso) todos los cuidados necesarios para su crecimiento y desarrollo saludables, sin verse interferido por la atención que demandaría otro embarazo y otro/a bebé.*
- *Hay métodos de planificación familiar (como los hormonales) que, en algunos casos, ayudan a resolver problemas ginecológicos como quistes*

ováricos o hemorragias vaginales, las cuales van ligadas a anemia en las mujeres; o. Estos mismos métodos también pueden ayudar a mejorar los problemas de acné.

- *Si revisamos los métodos naturales, el método de lactancia exclusiva post-parto, contribuye a la recuperación del peso adecuado de la madre, más rápidamente.*
 - *Existe un método de planificación familiar, el preservativo o condón, el cual, bien utilizado, disminuye el riesgo de un embarazo no deseado, pero también el riesgo de infecciones de transmisión sexual, problema del cual muchas veces no se logra conversar en la pareja.*
3. *¿Cómo describe usted la situación de nuestro país en materia de planificación familiar?*

Con avances, un crecimiento en el porcentaje de uso de métodos anticonceptivos, que bordea el 70% de las mujeres que no desean embarazar. Políticas públicas que garantizan la planificación familiar para todas las mujeres y hombres sin discriminación alguna, la información, disponibilidad y acceso a métodos anticonceptivos modernos, personal de salud capacitado para ofertar dichos métodos, normas y procedimientos de atención actualizados que incluyen la atención a adolescentes en planificación familiar y otros aspectos de la salud sexual y reproductiva, así como la anticoncepción de emergencia.

Sin embargo, pese al alto porcentaje de uso de anticonceptivos impresiona que los abortos inespecíficos (los que no son espontáneos ni terapéuticos) siguen estando dentro de las primeras causas por las cuales las mujeres ingresan a los hospitales del país. Por las altas cifras de embarazos en niñas y adolescentes el Ecuador se ubica en el primer puesto dentro de la región andina. Quienes menos utilizan métodos

anticonceptivos modernos son las mujeres del área rural, las más pobres, las más jóvenes y aquellas con escaso nivel educativo.

Considero que hace falta enfatizar en los aspectos culturales que llevan a las personas a tomar o a no tomar decisiones sobre el ejercicio de su sexualidad de manera segura, sana y placentera. Hablo de las creencias erróneas o mágicas, mitos, tabúes, prejuicios, aquello como: “A mí no me va a pasar”, “Fue sólo una vez, no pasa nada”, “Yo no me cuido, se cuida él”, “me cuido con la regla”, “cómo le voy a hablar de eso si es un/a niña/o todavía”, etc.

En otras palabras, el conocimiento, la disponibilidad y accesibilidad a métodos anticonceptivos contribuye mucho, pero falta enfatizar en cultura de prevención, para ser conscientes de la responsabilidad de nuestros actos y de sus consecuencias en nosotros mismos y en los otros. Tener o no tener hijos no es sólo un asunto individual o de pareja, resulta también colectivo cuando de lo que se trata es de traer al mundo niños y niñas que puedan crecer y desarrollarse saludablemente y ser felices sin ser rechazados por la sociedad o marginados de sus beneficios, constituyéndose en una carga para la mujer, la pareja, la familia y la sociedad.

4. *¿Cuál es la incidencia de uso y aceptación de los métodos de planificación familiar en la sociedad guayaquileña?*

Creo que Guayaquil tuvo el privilegio de ser la ciudad en donde se inició la planificación familiar en el Ecuador, primero como idea a ser introducida para que la sociedad de entonces, años 60's, la conociera, comprendiera y aceptara.

Luego vinieron los servicios médicos, exclusivamente dedicados a proveer información y acceso a los métodos de planificación familiar conocidos a la

época, los cuales desde Guayaquil, se desplegaron a otras ciudades importantes del país.

Junto con ello, no faltó el lobbying con las instituciones estatales para que el derecho a la planificación familiar fuera incluido en la Constitución política del país y fuera parte de las políticas y normativas de salud pública.

Por ello, considero que en Guayaquil, la aceptación de los métodos de planificación familiar es sólida y mayoritaria.

5. *¿Las creencias religiosas y prejuicios culturales son obstáculos para que las mujeres no accedan a los métodos de planificación familiar?*

Las creencias religiosas y prejuicios culturales subsisten aún como obstáculos para que las mujeres no accedan a los métodos de planificación familiar

No sólo para que las mujeres no accedan a los métodos de planificación familiar sino para que los hombres tampoco lo hagan o asuman su parte de responsabilidad como individuos o como parte de una pareja, así pues siendo el condón el único método no definitivo que el hombre puede usar para prevenir un embarazo no deseado, e infecciones de transmisión sexual, es uno de los métodos menos utilizados, al igual que la vasectomía como método definitivo, frente a la ligadura de trompas en las mujeres, que también lo es. Probablemente la cultura machista que envuelve a hombres y mujeres tenga que ver con esto.

En cuanto a las creencias religiosas, creo que no son un obstáculo.

Hay iglesias que promueven guardar la castidad hasta el matrimonio, la “promesa de castidad” y/o el uso de los métodos de abstinencia periódica mejor conocidos como método del ritmo, del calendario o de la regla. Algo que todos sabemos es que el método anticonceptivo 100% efectivo es NO

tener relaciones sexuales, por lo tanto, en esto no hay un obstáculo, creo que lo que hay es, como en otros aspectos de la vida, una falta de convicción y de coherencia entre lo que se dice y se practica.

Otro problema, es sobre decisiones libres y voluntarias, nada va a funcionar si es impuesto o poco o nada razonado desde la aceptación del ser humano como un ser sexuado con deseos, curiosidad, intereses reproductivos pero también sexuales y desde la vivencia práctica de la sexualidad en una sociedad que evoluciona constantemente, cuestionando y preguntándose sobre los valores y formas de relación humana, establecidos como inmutables. La esencia de la planificación familiar, es la libertad y voluntariedad, basadas en una información clara, concreta, práctica y veraz.

Está también la falta de actualización en materia de métodos anticonceptivos. De mi experiencia, las personas que, por convicción religiosa, usan dichos métodos, lo hacen inadecuadamente y por ello hay una mayor tasa de fallos. Debo indicar que, bien utilizados, los métodos naturales pueden ser efectivos para quienes deseen planificar así su familia. Insisto, hace falta obtener la información científica correcta y el respeto a las decisiones responsables de las personas.

Conozco de otras iglesias que buscan y brindan información sobre el uso de los métodos anticonceptivos que ellos consideran no abortivos. Actualmente se conocen profundamente los mecanismos de acción de los métodos anticonceptivos, por lo cual puede asegurarse que ninguno de ellos es abortivo, siendo así, para los seguidores de esas iglesias, la gama de opciones sería más amplia de lo que ellos consideran.

Ecuador es un país que se dice profundamente religioso, mayoritariamente católico; por ello, es alta la probabilidad de que las personas que se encuentran utilizando un método de planificación familiar profesen alguna religión; en esta medida, considero que las creencias religiosas, si bien juegan un papel importante, no han sido las más decisivas a la hora de

tener o no relaciones sexuales, con o sin protección de un embarazo no deseado.

6. Existe actualmente una ley o reglamento sobre el libre acceso a métodos anticonceptivos. ¿Qué opina al respecto?

Desconozco si existe una Ley de tal tipo en el país, sé que por acuerdo ministerial sí se ha reglamentado el acceso y disponibilidad de métodos anticonceptivos en el sistema nacional de salud, lo cual es un gran avance porque siendo sociales las causas y consecuencias de los embarazos no deseados, es el mismo estado quien debe garantizar y enfrentar las alternativas y soluciones a la problemática.

Por ejemplo, tal normativa no sólo que garantiza la disponibilidad de la más amplia gama de anticonceptivos en los centros de salud sino también sanciona diferentes formas de trato discriminatorio, por ejemplo por edad, así como también sanciona al prestador de servicios si requiere la presencia de una tercera persona para que autorice el uso de anticonceptivos o si obliga o induce al uso de algún método en particular.

7. Enfocándonos en los adolescentes, ¿Es correcto que ellos puedan acceder libremente a los métodos? ¿Esta situación no conlleva una incidencia negativa que degenera los valores morales?

Sería bueno especificar a qué llamas “degeneración de los valores morales” y a cuáles valores te refieres.

En cualquier caso, el inicio precoz de relaciones sexuales, los embarazos en adolescentes, las relaciones extra-maritales, el tener más de una pareja sexual, la alta prevalencia de infecciones de transmisión sexual, la violencia familiar y, específicamente, a mujeres y a niños, las familias uniparentales, son problemáticas, ligadas a valores morales socialmente establecidos, que se han ido presentando e incrementando a través del

tiempo, independientemente, más allá y a pesar de un supuesto acceso libre de los y las adolescentes a los métodos de planificación familiar, lo cual me lleva a la conclusión de que el problema surgido en torno a la pérdida de valores establecidos está ligada a otros factores.

En cualquier caso, múltiples estudios sociales han demostrado que cuando los adolescentes, sobre todo las mujeres, tienen un mayor nivel educativo están mejor capacitadas/os para planificar su vida, cuidar de su salud sexual y reproductiva, perseguir y alcanzar sus metas sin interferencias como una maternidad o paternidad precoz.

Otros estudios han demostrado que la educación sexual logra disminuir los índices de embarazo precoz (no así los de inicio temprano de relaciones sexuales).

Incluso, ha habido estudios comparativos que demuestran la mayor eficacia de programas con adolescentes, basados en la prevención de embarazos no deseados mediante la promoción, información y uso de métodos anticonceptivos frente a los programas que promueven mantener la castidad hasta el matrimonio.

8. *¿Los métodos de planificación familiar son abortivos?*

Definitivamente, no. Si fueran abortivos, la OMS (Organización Mundial de la Salud), así como los estados que adoptan políticas para ampliar la disponibilidad y el acceso a los métodos de planificación familiar estarían quebrantando sus propias legislaciones que prohíben el aborto.

Se han estudiado profundamente los mecanismos de acción de los métodos anticonceptivos y se ha comprobado que éstos son:

- *Impiden la unión del óvulo con el espermatozoide; de esa forma estas células nunca se encuentran y, por tanto, no hay fecundación. Es el caso de los métodos de barrera como el condón, o de la T con cobre.*

- *Impiden la ovulación; es decir que se desarrolle y madure un óvulo dentro del ovario para que aquel salga y pueda ser fecundado, éste es el caso de los métodos hormonales.*

9. *¿Qué es la píldora del día después?*

De esa manera se ha llamado al método de anticoncepción de emergencia, el cual se utiliza lo más pronto posible después de una relación sexual sin protección, es decir, cuando no se usó un método anticonceptivo regular, se lo usó inadecuadamente o hubo un accidente con el mismo. También se debe usar tras una relación sexual no consensuada o violación.

Para ello la mujer toma una carga hormonal tal que inhibe la ovulación. Al no haber óvulo no habrá fecundación. Dependiendo de la modalidad, la dosis hormonal necesaria para lograr dicho efecto puede estar contenida generalmente en una o dos píldoras anticonceptivas.

Es erróneo llamar a este método píldora del día después, ya que puede funcionar si se lo utiliza hasta 5 días después de ocurrida la relación sexual sin protección; sin embargo, mientras más tarde se utilice, menor es su eficacia. De igual forma, su eficacia es cuestionada si se usa con demasiada frecuencia. Por eso es importante enfatizar: la anticoncepción de emergencia NO es un método de planificación familiar regular porque éstos se utilizan sistemáticamente, en tanto que la anticoncepción de emergencia, no. Si es un método anticonceptivo, como su nombre lo indica “de emergencia”, porque previene de un embarazo no deseado, siendo el último recurso anticonceptivo con que cuenta una mujer.

10. *¿Está de acuerdo con la distribución gratuita de la anticoncepción de emergencia en centros de salud?*

Estoy de acuerdo con la distribución gratuita, sin receta médica pero con la información veraz que debe sustentar las decisiones en materia de planificación familiar.

11. ¿Cuáles son los temas de mayor interés que APROFE se esfuerza por difundir información al público?

Creo que el interés actual de APROFE está puesto en atraer a más usuarios a los servicios médicos, básicamente de clase media y media baja.

A los temas de planificación familiar y salud sexual y reproductiva, últimamente se han añadido el de la “Atención pre-concepcional”, “Control prenatal”, “Violencia intrafamiliar”, “Virus Papiloma Humano”, “La próstata”.

12. En su opinión: ¿Cómo es la actitud de los jóvenes frente al empleo de los métodos de planificación familiar? ¿Los aceptan o los rechazan? ¿Los conocen en realidad o los usan en base a conocimientos superficiales?

Los diversos estudios indican que los adolescentes y jóvenes prácticamente nunca utilizan un método de planificación familiar en su primera relación sexual; sin embargo, el conocimiento sobre los mismos tiene un porcentaje mayor, así como el deseo de prevenir un embarazo. Incluso hay estudios sobre embarazos subsecuentes en adolescentes, los cuales revelan que, pese a tener ya un embarazo que terminó en aborto o en el nacimiento de un bebé, aún no utilizan los anticonceptivos.

Parecería ser que mientras los adolescentes conciben el inicio de vida sexual como algo posible, natural y parte de la adolescencia, no sucede lo mismo con el uso de anticonceptivos quizá percibidos como cuestión de adultos que desean o no formar y planificar una familia (ellos no desean formar una familia cuando tienen relaciones sexuales)

De pronto, también incide en la no utilización de métodos anticonceptivos, la estigmatización de las relaciones sexuales en adolescentes, la negativa de los adultos a aceptar que existieron, existen y existirán, el negarse a tratarlos como seres humanos independientes de la voluntad de padres, maestros, etc. el pretender seguir tomando decisiones por ellos, las contradicciones a las que se ven expuestos: por un lado están creciendo, buscando su identidad personal y sexual y por otro se les prohíbe sentir y desear, o están expuestos a prohibiciones que sus padres no cumplieron, etc.

13. En su opinión, ¿APROFE se vería interesado en una aplicación para dispositivos móviles (programas para celulares o tabletas) informativa sobre la institución y con contenido de interés general como planificación familiar, papiloma humano, cáncer cérvico-uterino, drogas, etc.?

Desconozco cuáles son las prioridades actuales. Pero, creo que desde el momento en que existe un Departamento de Información, Educación y Comunicación, siempre está el interés por masificar la información, últimamente usando las redes sociales y la página web.

14. ¿Qué aconsejaría a los jóvenes en materia de planificación familiar?

Creo que lo que menos necesitan es consejos.

Sí creo que hay que trabajar en mejorar el tipo de información veraz, práctica, concreta, concisa para que puedan tomar decisiones de las cuales puedan hacerse responsables.

También creo que se debe llegar a los adultos para que puedan comprender mejor su propia adolescencia y la de los adolescentes actuales y así poder encaminar mejor su toma de decisiones informadas y en libertad.

A nivel político, económico y social es preciso ampliar sus oportunidades para que puedan mirar hacia el futuro, planear una vida mejor y perseguir objetivos que contribuyan a su desarrollo como estudiantes, profesionales y personas.

7.1.2. Entrevista a la Dra. Glenda San Miguel, Gineco - Obstetra en APROFE

Segunda entrevista realizada a la Dra. Glenda San Miguel, Gineco - Obstetra. Actualmente atiende consulta ginecológica en APROFE y en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique Sotomayor. La entrevista fue realizada el día Lunes 24 de Febrero del 2014:

1. ¿Es correcto que los adolescentes puedan acceder libremente a los métodos?

Es correcto tener información clara veraz y consecuencias de los diferentes métodos así como de la importancia de paternidad responsable y riesgos al tener una vida sexual activa que debe ser llevada con la responsabilidad no solo enfocando el embarazo sino también las infecciones de transmisión sexual (ITS).

2. ¿Esta situación no conlleva una incidencia negativa que degenera los valores morales?

No lo creo, Si fomentamos correctamente una buena educación sexual, respeto así mismo no tiene porque degenerar los principios morales, pero la desinformación el abandono de los padres el no estar realmente pendiente de los hijos porque estar inmersos en el materialismo puede desviar los valores morales desde el hogar.

3. ¿En qué medida las adolescentes acuden a citas ginecológicas?

Lo realizan por diferentes motivos de manera regular.

4. ¿Acuden solas o en compañía de alguien?

Usualmente acompañadas de una amigas, pareja o familiar (primas , madres o tías rara vez el padre)

5. ¿Las mujeres que acuden inicialmente siguen asistiendo con regularidad a los chequeos o dejan de asistir una vez controlado su problema original?

Depende de la edad y de la patología o nivel de conocimiento de prevención que tenga la mujer. Por ejemplo señoras de edad madura asisten anualmente a sus controles ginecológicos, adolescentes con problemas de menstruación o planificación también, pero las que acuden por infección vaginal una vez solucionada la molestia no regresan hasta volver a tener problemas. Varía de acuerdo al motivo de consulta y la edad de la usuaria.

6. ¿Cuáles son los motivos más frecuentes por lo que acuden adolescentes a la cita ginecológica?

Son varios los motivos por el que las adolescentes acuden al consultorio ginecológico, como por ejemplo:

- *Infecciones vaginales, condilomas*
 - *Sospecha de embarazo*
 - *Planificación familiar después de un episodio de amenorrea*
 - *Pocas para control o toma de papanicolau*
 - *Control de embarazo*
7. ¿Los métodos de planificación familiar son abortivos?

NO. Y es algo en lo que los médicos tratamos de instruir a las y los pacientes. Con el profundo conocimiento científico que se posee en la actualidad, es posible asegurar que los métodos anticonceptivos no son de ninguna forma abortivos.

8. ¿Con respecto a la anticoncepción de emergencia? ¿Las adolescentes recurren a este fármaco con frecuencia?

Sí y luego van a la consulta preocupadas por los efectos secundarios de este medicamento

9. ¿En nuestro país cuales son las alternativas de métodos de planificación familiar?

Hay varios métodos que se pueden poner en práctica dependiendo de los requerimientos de la mujer o la pareja:

Tenemos los naturales como el ritmo, Billings y la temperatura basal. Los de barrera como el condón o el DIU y los hormonales como las pastillas (gestageno / combinadas), parche, anillo vaginal, inyectables mensuales y trimestrales, implantes, DIU hormonal, entre otros.

10. ¿Todas deben ser prescritas por un médico?

Personalmente creo que el médico puede brindar mejor información, clara veraz, acertada y que puede explicar claramente el método antes de ser usado y averiguar si realmente le sirve o no. Va mas allá de lo que se puede explicar en una farmacia o por un familiar o amigo, que aunque existe la cultura de todos de recetar, muchas veces no lo hace bien o no se dan a entender de manera correcta. Considero que sí deberían ser vendidos solo bajo receta médica. Así hasta prevención de ITS se podría conseguir.

11. ¿Qué métodos de planificación familiar son escogidos por las adolescentes y por qué?

Los inyectables mensuales son los preferidos por las adolescentes debido a su comodidad de uso y sobre todo por la discreción.

12. En su opinión ¿las adolescentes de la actualidad que nivel de conocimiento poseen sobre sexualidad y métodos de planificación familiar?

Yo pienso que sería un 5/10. Las adolescentes saben que los métodos existen, pero tiene un vago conocimiento de cómo deben usarlos y mucho menos saben cómo funcionan en el organismo.

13. ¿Cuáles son las incertidumbres más frecuentes que expresan las adolescentes?

- *Con respecto a métodos de planificación específicamente los hormonales es el temor mal infundado a la infertilidad cuando eligen un método*
- *Cada qué tiempo deben hacerse el control de método*
- *Que deben hacer si no se aplican correctamente algún método*
- *Si el Papanicolau ayuda para encontrar infecciones vaginales. Se les aclara siempre que solo es para diagnóstico precoz de cáncer de cérvix*
- *Si existe algún método para los hombres*

7.2. Modelo de la Encuesta

7.3. Matrices de las Observaciones