



UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CENTRO DE POSGRADO

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA
ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA EN LOS ADOLESCENTES
ESCOLARIZADOS DE LA CIUDAD DE CUENCA, 2014

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

AUTOR: DRA. GLADYS MAGDALENA LITUMA CAMPOVERDE.

DIRECTOR: DR. BERNARDO JOSÉ VEGA CRESPO.

ASESOR: DR. CARLOS EDUARDO ARÉVALO PELÁEZ.

CUENCA – ECUADOR

2015



RESUMEN

El inicio prematuro de la actividad sexual expone a las adolescentes a un embarazo no planificado y sus consecuencias. La Anticoncepción Oral de Emergencia es considerada un mecanismo eficaz de prevención; su utilización está determinada por el nivel de conocimientos y actitudes que tienen los adolescentes sobre este método contraceptivo.

Objetivo Principal: Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la anticoncepción oral de emergencia en los adolescentes escolarizados de la ciudad de Cuenca, 2014.

Método y Materiales: Estudio observacional descriptivo en 525 adolescentes escolarizados de 15 a 19 años, se aleatorizaron 7 colegios de la ciudad de Cuenca. Se utilizó un cuestionario que incluyó variables sobre: factores socio demográficos, comportamiento sexual, conocimientos, actitudes y prácticas.

Resultados: Se determinó que el 64,2% estaban entre 16-17 años, el 60,2% corresponde al sexo femenino, el 97,9% solteros, el 48,4% cursaban el segundo año de bachillerato, el 64% provinieron del área urbana y el 56,4% viven con sus padres. El 34,9% de adolescentes afirmaron ser sexualmente activos, el promedio de edad de inicio de relaciones sexuales fue 15,3 años. El 86,3% ha escuchado hablar sobre anticoncepción oral de emergencia, porcentajes que disminuyeron al explorar el conocimiento con más precisión; 74,3% tienen actitudes positivas hacia este método y el 52,8% de las adolescentes que tuvieron relaciones sexuales la usaron alguna vez.

Conclusiones: Los conocimientos acerca de la anticoncepción oral de emergencia de los adolescentes escolarizados fueron parciales, y a pesar de presentar actitudes positivas ante este método contraceptivo su aplicación fue insuficiente.

Palabras clave: adolescentes escolarizados, anticoncepción oral de emergencia, conocimientos, actitudes, prácticas.



ABSTRACT

Summary: Premature sexual activity exposes adolescents to the consequences of unplanned pregnancy. Emergency oral contraception is considered an efficacious mechanism to prevent pregnancy. The use of emergency oral contraception is determined by the level of knowledge and attitudes adolescents demonstrate towards this method of contraception.

Key Objective: Determine the knowledge, attitudes, and practice of emergency oral contraception of schooled adolescents in the city of Cuenca, 2014.

Method and Materials: An observational descriptive study of 525 schooled adolescents of ages 15 to 19 years from 7 randomized high-schools in Cuenca. A survey was used to determine the following variables: social demographics, sexual activity, knowledge, attitudes, and practices of emergency oral contraception.

Results: It was determined that 64.2% of test subjects were between 16-17 years of age, 60,2% were females, 97,9% identified themselves as single, 48,4% were completing their second year of high-school. 34,9% experienced sexual relations; test subjects initiated sexual activity at an average age of 15.3 years. 86,3% have heard of emergency oral contraception; rates lowered after investigating in depth, 74,3% possess positive attitudes towards this contraception, 52.8% of the sexually active female subjects admitted to using emergency oral contraception at some time.

Conclusions: The knowledge of oral emergency contraception was partial and although schooled adolescents demonstrated a positive attitude towards this method of contraception, its application was insufficient.

Key words: schooled adolescents, emergency oral contraception, knowledge, attitudes, practices.



ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
ÍNDICE.....	4
RESPONSABILIDAD	5
RECONOCIMIENTO	6
AGRADECIMIENTO	7
DEDICATORIA.	8
FUNDAMENTO TEÓRICO	9
OBJETIVO GENERAL.....	13
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
METODOLOGÍA.....	14
TIPO DE ESTUDIO.	14
UNIVERSO DE ESTUDIO, SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	14
TAMAÑO DE LA MUESTRA	14
ASIGNACIÓN DE LOS ADOLESCENTES AL ESTUDIO	15
UNIDAD DE ANÁLISIS Y OBSERVACIÓN	15
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	15
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	16
PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN, INSTRUMENTO UTILIZADO Y MÉTODOS PARA EL CONTROL Y CALIDAD DE LOS DATOS.	16
PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	17
PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS	17
RESULTADOS	18
DISCUSIÓN.....	27
CONCLUSIONES	32
RECOMENDACIONES.....	33
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	34
ANEXOS	38
ANEXO N°1. FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	38
ANEXO N° 2. CONSENTIMIENTOS Y ASENTIMIENTO.....	43
ANEXO N°3. DESCRIPCIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS.....	46



RESPONSABILIDAD

Yo, Dra. Gladys Magdalena Lituma Campoverde autora de la tesis: “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la anticoncepción oral de emergencia en los adolescentes escolarizados de la ciudad de Cuenca, 2014”. Certifico que todas las ideas, criterios, opiniones, afirmaciones, análisis, interpretaciones, conclusiones, recomendaciones, y demás contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 11 de diciembre del 2014.

Dra. Gladys Magdalena Lituma Campoverde.

CI: 0102475712



RECONOCIMIENTO

Yo, Dra. Gladys Magdalena Lituma Campoverde autora de la tesis: “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la anticoncepción oral de emergencia en los adolescentes escolarizados de la ciudad de Cuenca, 2014”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Especialista en Ginecología y Obstetricia. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 11 de diciembre del 2014.

Dra. Gladys Magdalena Lituma Campoverde.

CI: 0102475712



AGRADECIMIENTO

Me gustaría agradecer a mi familia, por su amor y apoyo incondicional durante la consecución de esta meta, de manera especial a mi esposo Wilson y a mis maravillosos hijos: Andrea, Sebastián y Mayté.

A los directivos de la Facultad de Ciencias Médicas, a los coordinadores del Programa Especial de Titulación y a todas aquellas personas que de una u otra manera, colaboraron con la ejecución de este estudio.



DEDICATORIA.

Dedico el esfuerzo incesante en la realización de esta tesis, a mi madre quien ha sido mi modelo a seguir, por su infinito apoyo y motivación.



FUNDAMENTO TEÓRICO

La adolescencia es una etapa crucial en la vida de todo individuo, durante la cual se producen muchos cambios de orden biológico, psicológico y social (1). Es un período de intenso aprendizaje y maduración en el que se ven expuestos a nuevas sensaciones, emociones, sentimientos, experiencias y oportunidades que influyen y moldean su desarrollo integral; pero también pueden verse forzados a enfrentar situaciones conflictivas que podrían llevarlo a tomar decisiones negativas que marcarán su futuro de manera trascendental (2–4). La Organización Mundial de la Salud (OMS), conceptúa como adolescente a un individuo desde los 10 años hasta los 19 años de edad (5). Durante este período, los adolescentes muestran mayor interés en conocer y experimentar en la esfera sexual, evidenciándose que el inicio de la actividad sexual se presenta cada vez a edades más tempranas y se asocia con un elevado riesgo de embarazos no deseados, abortos e infecciones de transmisión sexual (6,7). Según la OMS el inicio de la actividad sexual oscila entre los 15-19 años, siendo en el sexo masculino más temprano que en el femenino (8); en Cuba, Colombia y Ecuador (Azuay) se reportó que la edad promedio fue a los 15 años (9–11).

El embarazo en adolescentes es un problema de salud pública, siendo considerado de alto riesgo por las consecuencias que puede desencadenar sobre la salud materna e infantil, así como por las secuelas psicosociales que podría ocasionar (9,11). Alrededor de 16 millones de adolescentes entre 15 a 19 años de edad tienen un hijo anualmente, esto representa el 11% del total de nacimientos a escala mundial, 95% de los cuales ocurren en países en desarrollo (8,12,13). Durante el 2011 en el Ecuador, 46.5% de adolescentes menores de 19 años de edad ya fueron madres; en la provincia del Azuay se reportaron 1817 partos en adolescentes: 97.8% en jóvenes entre 15-19 años y el 2.1% entre los 10-14 años de edad; la proporción varió de acuerdo a la situación geográfica encontrándose el 15.2% en el área urbana y 22.5% en el área rural (11, 14).



Se ha comprobado que el inicio sexual precoz y el embarazo no deseado son factores determinantes en la incidencia del aborto provocado, que realizados en condiciones inseguras ponen en riesgo la vida de la adolescente (10,15). Según la OMS tres millones de abortos inseguros ocurrieron en mujeres entre 15-19 años de edad durante el 2008 (13). En nuestro país 10 muertes maternas fueron consecuencias directas del aborto en la población total durante el 2011 (16).

Actualmente la implementación de estrategias preventivas para reducir el índice de embarazos en adolescentes, como son: mejorar la educación sexual y reproductiva y la accesibilidad a métodos anticonceptivos, se ha convertido en un reto para la Salud Pública; varios estudios han demostrado que la educación tiene un efecto protector en la presentación del embarazo no planificado (7,8,17). En Ecuador la proporción de maternidad entre adolescentes con bajos niveles de instrucción, es hasta cuatro veces más alta, comparada con quienes tienen un mejor nivel educativo (18). Hernández A. et al., concluyen que una intervención educacional incrementó el conocimiento y los porcentajes del uso racional de la Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE)(19).

El gobierno del Ecuador, preocupado por los altos índices de embarazo en adolescentes, desde el año 2012 ha impulsado “La Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes” (ENIPLA), cuya finalidad es coordinar la planificación y ejecución de programas para asegurar que los jóvenes gocen de sus derechos sexuales y reproductivos. Siendo uno de sus principales objetivos incrementar la participación de los adolescentes en el cuidado de su salud, facilitando el acceso a información científica, a servicios de salud y de consejería (20).

Se ha demostrado que los adolescentes con una sólida educación sexual y mejor acceso a centros de salud para proveerse de un anticonceptivo, tienen mayores oportunidades de evitar un embarazo no planificado y sus consecuencias (11, 21–23). De acuerdo con las evidencias, la anticoncepción oral de emergencia, resulta de gran utilidad para la prevención de este problema (24–26).



La anticoncepción de emergencia consiste en utilizar ya sea sustancias hormonales, o un dispositivo intrauterino de cobre, para evitar un embarazo luego de una relación sexual sin protección (27,28).

La anticoncepción oral de emergencia incluye: una combinación de estrógenos y progesterona conocido también como “régimen combinado” o “método de Yuzpe”, progestinas solas (levonorgestrel), mifepristona y el acetato de ulipristal (23, 27).

Las progestinas solas tienen pocos efectos adversos y se prefieren antes que el antiguo “régimen combinado”. El mecanismo primario de acción del levonorgestrel es bloquear o retrasar la ovulación por supresión de la hormona luteinizante y alterar las características del moco cervical. Puede utilizarse en dosis única (1,5 mg) o dos dosis fraccionadas (0,75 mg) cada 12 horas. La terapia con dosis única también conocida como “píldora del día después”, previene el embarazo tomada dentro de las 120 horas después de una relación sexual no protegida. La evidencia ha demostrado que es un método seguro, efectivo y aceptable pero que de ninguna manera reemplaza a la anticoncepción regular (23,28–33).

A pesar de que en la actualidad se dispone de una variedad de anticonceptivos, el embarazo no deseado continúa representando un difícil problema de salud. Cuando existe la posibilidad de fracaso de la anticoncepción regular, como en el caso de olvido de la toma de las píldoras, debería tomarse en cuenta la anticoncepción oral de emergencia como un método de respaldo para garantizar la anticoncepción (34).

Por los beneficios que brinda la anticoncepción oral de emergencia y con el propósito de multiplicar y generalizar su uso, las posibles usuarias y sus parejas deberían ser instruidas claramente acerca de estos métodos para reducir la incidencia de embarazos no deseados en los adolescentes (26, 35).

Se ha reportado que el nivel de conocimiento acerca de la AOE es muy variable y está influenciado por diversos factores, entre los cuales tenemos: edad, sexo, estado civil y nivel de instrucción.



En un estudio realizado en Portugal, en 753 adolescentes con una edad promedio de 15 años, se encontró que el 61% han escuchado acerca de la anticoncepción de emergencia; sin embargo, sólo un 10.5% de la muestra analizada tenía un conocimiento efectivo sobre AOE, observándose mayor porcentaje en los estudiantes de décimo segundo grado y en el sexo femenino (22); en Morelos, México se estudiaron 1550 estudiantes, que provenían de 92 preparatorias, 3 institutos tecnológicos y 3 universidades, con una media de edad de 19 años; en esta investigación se determinó que: el 60% ha escuchado hablar sobre AOE, 45% tiene un conocimiento efectivo; los estudiantes de preparatoria tuvieron mayor conocimiento que los del instituto tecnológico y que los universitarios; y, las mujeres más que los hombres (36). En estudios realizados en Sudáfrica y Nigeria con poblaciones de mujeres universitarias, reportaron que las encuestadas han escuchado hablar sobre AOE en un 49,8% y 51,6% respectivamente, tuvieron mayor conocimiento aquellas que eran sexualmente activas (35, 37). En los Estados Unidos en una muestra de 1585 estudiantes universitarios, el 94% habían escuchado sobre AOE, pero solamente 5% conocía el tiempo dentro del cual podía tomarlo luego de un coito sin protección (38). En nuestra ciudad durante el año 2010 se realizó una investigación en estudiantes de Enfermería y Tecnología Médica de la Universidad de Cuenca determinándose que el 67.5% tenía algún conocimiento sobre AOE (39).

Las fuentes de donde provienen sus conocimientos variaron en las diferentes investigaciones: en Portugal, Nigeria, Sudáfrica y en Lao las amistades de los encuestados fueron la fuente de información en alrededor del 50% (22,26,35,37); los medios de comunicación se reportaron como fuente de conocimientos en porcentajes que varían entre el 18.1% en Nigeria y 88,2 % en la India (37,40); y los profesionales de salud informaron acerca del método en el 14% en Michigan y el 80,5% en Turquía. (38,41)

Dentro de la bibliografía analizada y basados en la Teoría del Comportamiento Planificado, de Ajzen, que plantea que las intenciones del comportamiento están determinados por: el grado de valoración positiva y negativa de un hecho, la presión social y el grado de control del individuo para mostrar o no dicho comportamiento; se



justifica, que a pesar que un individuo tenga una actitud definida hacia una situación particular, la práctica variará de acuerdo a diversas circunstancias (42).

Los esfuerzos para modificar la práctica en adolescentes con respecto a la anticoncepción no han dado los resultados esperados. En Chile, previo a la introducción de anticoncepción de emergencia, se encuestó a la población para evaluar la actitud hacia este método; en general se determinó una actitud positiva, sin embargo, se observaron porcentajes bajos de rechazo hacia la AOE basados en la creencia de que podría impulsar conductas irresponsables como la promiscuidad, el abandono del condón o de métodos anticonceptivos regulares (43).

Actualmente, la mayoría de estudios han reportado cifras que oscilan entre el 81 al 93% que reconocen la importancia, aprueban el uso y muestran gran interés en mejorar su conocimiento en este tema (25,26,35,36,38). Castro J y col. en Portugal observaron que aunque solamente el 10,5 % de su población estudiada tiene un conocimiento adecuado, el 81,3 % son receptivos o muy receptivos, lo que el autor califica como una actitud favorable hacia la AOE (22).

A pesar de observarse una actitud favorable con respecto a la anticoncepción oral de emergencia, la práctica descrita en las diferentes investigaciones aún se sitúa en cifras bajas, así: en México 3% de los estudiantes sexualmente activos la ha usado (36), en nuestra ciudad el 9.3% lo ha utilizado alguna vez (39); en Chile Schiappacasse V., durante los años 2012 – 2013 concluyó en su investigación que las razones principales para solicitar una píldora anticonceptiva de emergencia fueron: tener un coito sin protección en el 50% y por una falla del método regular en el 50% restante (44).

OBJETIVO GENERAL.

Determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la anticoncepción oral de emergencia que tienen los adolescentes escolarizados de la ciudad de Cuenca, 2014.



OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Describir las características generales de la población de estudio de acuerdo a edad, sexo, estado civil, escolaridad, paridad, lugar de residencia, familiares con los que vive.
- Establecer si tienen o no actividad sexual, edad de inicio, frecuencia y número de compañeros sexuales.
- Identificar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas acerca de la anticoncepción oral de emergencia en la población estudiada.

METODOLOGÍA.

TIPO DE ESTUDIO.

Observacional descriptivo transversal.

UNIVERSO DE ESTUDIO, SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

El universo de estudio fueron adolescentes escolarizados de edades comprendidas entre los 15-19 años que cursaron el primero, segundo y tercer año de bachillerato en los colegios de la ciudad de Cuenca, en el periodo mayo - julio 2014.

La edad seleccionada responde a que el 97,8 % de partos en adolescentes en nuestra provincia, se presentan en jóvenes comprendidas en este grupo etario (14).

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para el cálculo del tamaño de la muestra se consideró una población infinita, una proporción esperada del 50%, un nivel de confianza del 95%, un efecto de diseño de 1 y una precisión del 6%. Se consideró un 10% de pérdidas, el tamaño de la muestra a estudiar es de 300 adolescentes escolarizados. Los estudiantes expresaron interés en participar en el estudio recolectando una muestra final de 525 adolescentes.



ASIGNACIÓN DE LOS ADOLESCENTES AL ESTUDIO

Para el estudio se tomaron en cuenta los colegios existentes en la ciudad Cuenca, mediante números aleatorios se seleccionaron 7 colegios, de cada colegio se tomó un porcentaje de estudiantes de primero, segundo y tercer año de bachillerato de acuerdo al número de alumnos: Unidad Educativa “Luis Monsalve Pozo” (10,7 %), Colegio “Francisco Febres Cordero” (16,6 %), Unidad Educativa Central “La Inmaculada” (16,4%), Colegio Nacional “Antonio Ávila Maldonado” (11,8 %), Unidad Educativa “Remigio Cordero y Romero” (11,2 %), Colegio “Miguel Moreno” (16,9 %), Colegio “Ciudad de Cuenca” (16,4 %). Luego se aplicó muestreo aleatorio simple con la lista de estudiantes para tomar el número de acuerdo al tamaño de la muestra.

UNIDAD DE ANÁLISIS Y OBSERVACIÓN

Unidad de análisis

Estudiantes escolarizados de la ciudad de Cuenca.

Unidad de observación.

Colegios del área urbana de la ciudad de Cuenca

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Adolescentes que asisten a un sistema de educación formal de la ciudad de Cuenca.
2. Adolescentes de edades comprendidas entre 15-19 años de edad.
3. Adolescentes que firmaron el consentimiento o asentimiento y consentimiento informado por sus padres en el caso de los menores de edad.



CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Adolescentes que no firmaron el asentimiento.
2. Adolescentes que no desearon participar en el estudio.

PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN, INSTRUMENTO UTILIZADO Y MÉTODOS PARA EL CONTROL Y CALIDAD DE LOS DATOS.

Para el presente estudio se aplicó un cuestionario que inicialmente fue diseñado en base a similares utilizados en otros estudios, posteriormente y luego de la aplicación de una prueba piloto fue modificado ajustándolo a nuestro medio. Incluyó 31 preguntas, algunas de ellas de opciones múltiples con una o varias respuestas correctas y otras abiertas. Las variables socio demográficas incluyeron: edad, género, estado civil, escolaridad, lugar de residencia, familiares con los que vive, paridad. Se investigó además el comportamiento sexual, edad de inicio y frecuencia de relaciones sexuales, número de compañeros sexuales. Para evaluar el nivel de conocimientos sobre la anticoncepción de emergencia las variables consideradas fueron: conoce que es la AOE, mecanismo de acción, efecto que se consigue, ventana de tiempo para la administración y nuevas tomas, efectividad, efectos secundarios, indicaciones, nombre de un AOE, uso en el embarazo. Se consideró también la fuente de información. Para la actitud con respecto a la anticoncepción oral de emergencia las variables utilizadas fueron: el grado de acuerdo, disposición hacia el uso, deseo de recibir mayor información. Para el análisis de prácticas, las variables fueron: el uso de anticonceptivo oral de emergencia y frecuencia de uso en el último año. Anexo 1

La aplicación del cuestionario la realizó el investigador y un ayudante que fue capacitado para la aplicación del mismo. A los adolescentes se les dio un tiempo prudencial de 20 minutos para que respondan con tranquilidad. Cuando los



entrevistados no entendían la pregunta, se le explicó las veces necesarias hasta que sus dudas fueron despejadas.

PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Una vez registrados los datos en los formularios, estos fueron transcritos a una base digital utilizando el programa estadístico SPSS versión 15, luego de lo cual se realizó la evaluación de la calidad de los datos.

El análisis estadístico consistió en la presentación de frecuencias y porcentajes para las variables nominales y ordinales. Estadísticas de tendencia central como la media en algunos casos.

PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS

Se obtuvo la correspondiente autorización en los Distritos de Educación 1 y 2 de la ciudad de Cuenca para poder ejecutar la investigación en los siete colegios seleccionados.

Se explicó detalladamente a los participantes, acerca del objetivo y propósito de esta investigación; se les solicitó firmar un consentimiento informado; además el asentimiento y el consentimiento informado por parte de los padres en el caso de los menores de edad. Anexo N° 2.

En ningún momento se utilizaron los datos para otros propósitos que no fueron los estipulados en este estudio. No se tomaron los nombres de los participantes al momento de la publicación o de la presentación de los resultados para garantizar su anonimato. El estudio no conllevó riesgo para la salud de los adolescentes.

RESULTADOS

Se estudiaron 525 adolescentes escolarizados de los colegios de la ciudad de Cuenca, observándose que el 64,2% (337) se encuentran entre los 16 y 17 años de edad, 60,2% (316) corresponden al sexo femenino, el 97,9% (514) de estado civil soltero y el 48,4% (254) cursaban el segundo año de bachillerato. Residen en el área urbana el 64% (336), y viven con sus padres el 56,4% (296).

Tabla N.1 Descripción de las variables socio demográficas de los adolescentes escolarizados, Cuenca 2014.

Variable	n (525)	%
Edad		
15 años	72	13,7
16 años	166	31,6
17 años	171	32,6
18 años	91	17,3
19 años	25	4,8
Sexo		
Masculino	209	39,8
Femenino	316	60,2
Estado Civil		
Soltero/a	514	97,9
Casado/a	7	1,3
Unión libre	4	0,8
Escolaridad		
Primero Bachillerato	143	27,2
Segundo Bachillerato	254	48,4
Tercero Bachillerato	128	24,4
Residencia		
Urbano	336	64,0
Rural	189	36,0
Familiares con los que vive		
Padres	296	56,4
Solo padre	18	3,4
Solo madre	150	28,6
Abuelos	16	3,0
Otros	45	8,6

Fuente: Base de datos

Elaboración: Dra. Gladys Lituma

Al describir el comportamiento sexual 34,9% (183) de los adolescentes admiten haber tenido relaciones sexuales, la edad promedio de inicio de la actividad sexual fue de 15,34 años DS 1,4; en una sola ocasión el 36,6% (67) y con un compañero sexual el 62,3% (114).

Tabla N.2 Descripción del comportamiento sexual de los adolescentes escolarizados, Cuenca 2014.

Variable	n	%
Relaciones Sexuales		
Si	183	34,9
No	342	65,1
Total	525	100,0
Edad de inicio de Relaciones sexuales		
10 – 13 años	15	8,2
14 – 16 años	134	73,2
17 – 19 años	34	18,6
TOTAL	183	100,0
MEDIA 15,34 años DS 1,4		
Frecuencia de las relaciones sexuales		
Una sola vez	67	36,6
Por semana	34	18,6
Por mes	63	34,4
Por año	19	10,4
Total	183	100,0
Número de compañeros sexuales		
1	114	62,3
2	28	15,3
3	21	11,5
4 y más	20	10,9
Total	183	100,0

Fuente: Base de datos
Elaboración: Dra. Gladys Lituma

En la tabla N°3 se describe la edad de inicio de relaciones sexuales, determinándose que: de un total de 183 adolescentes que afirman haber tenido actividad sexual, el 73,3% (134) la iniciaron entre los 14 y 16 años de edad, de los cuales el 38,3% pertenecían al sexo masculino y 35% al sexo femenino.

Tabla N.3 Edad de inicio de las relaciones sexuales según sexo y edad actual de los adolescentes escolarizados, Cuenca 2014

Sexo		Edad de inicio de las Relaciones sexuales			
		10-13 años	14-16 años	17- 19 años	Total
Masculino	15-16 años	6 (3,3%)	31 (17,0%)	0 (0,0%)	37 (20,3%)
	17-19 años	7 (3,8%)	39 (21,3%)	11 (6,0%)	57 (31,1%)
Femenino	15-16 años	0 (0,0%)	22 (12,0%)	0 (0,0%)	22 (12,0%)
	17-19 años	2 (1,0%)	42 (23,0%)	23 (12,6%)	67 (36,6%)
Total	15-16 años	6 (3,3%)	53 (29,0%)	0 (0,0%)	59 (32,3%)
	17-19 años	9 (4,8%)	81 (44,3%)	34 (18,6%)	124 (67,7%)

Fuente: Base de datos

Elaboración: Dra. Gladys Lituma

Al analizar los antecedentes obstétricos, de las 89 adolescentes que afirmaron haber tenido relaciones sexuales, el 23,6% (21) admiten que estuvieron embarazadas y de ellas 18 mujeres tienen entre 1 y 2 hijos. Ver tabla N° 4

Tabla N° 4 Descripción de los antecedentes obstétricos de 89 adolescentes escolarizadas, Cuenca 2014.

Variable	n (89)	%
Embarazo		
Si	21	23,6
No	68	76,4
Total	89	100,0
Número de hijos		
0	71	79,8
1	17	19,1
2	1	1,1
Total	89	100,0

Fuente: Base de datos

Elaboración: Dra. Gladys Lituma.



En la siguiente tabla, observamos que 86,3% (453) de los adolescentes responden que conocen lo que es un anticonceptivo oral de emergencia, el 69,1% (363) contesta correctamente cuánto tiempo después de un coito sin protección deben usarlo, el 28,6% (150) conoce cuanto tiempo después de una primera toma pueden volver a hacerlo. En cuanto a la efectividad, el 21,7% (114) conoce cuan efectiva es y el 41,9% (220) conocen un nombre para solicitarla. *Ver análisis descriptivo Anexo N° 3.*

Tabla N.5 Descripción del nivel de conocimientos sobre AOE de los adolescentes escolarizados, Cuenca 2014

Variable	n (525)	%
Conocen los adolescentes ¿Qué es un anticonceptivo oral de emergencia?		
SI	453	86,3
NO	72	13,7
Conocen ¿Cuánto tiempo después de una relación sexual sin protección deben tomarse los anticonceptivos orales de emergencia?		
SI	363	69,1
NO	162	30,9
Conocen ¿En cuánto tiempo puede volver a tomarlo?		
SI	150	28,6
NO	375	71,4
¿Conocen la efectividad de los anticonceptivos orales de emergencia?		
SI	114	21,7
NO	411	78,3
¿Conocen el nombre de algún anticonceptivo oral de emergencia?		
SI	220	41,9
NO	305	58,1

Fuente: Base de datos
Elaboración: Dra. Gladys Lituma

+ Un detallado análisis se encuentra en el anexo N° 3



En la tabla N°6 observamos que de los 453 (100%) adolescentes que afirman conocer que es un AOE: el 58,9% (267) pertenecen al sexo femenino, 98% (444) de estado civil soltero, el 65,1% (295) viven en el área rural y el 48,3% (219) cursan el segundo año de bachillerato.

Tabla N°6. Descripción de 453 adolescentes escolarizados que responden conocer qué es un AOE según sexo, estado civil, residencia y año que cursa.
Cuenca 2014

CONOCE USTED ¿QUÉ ES UN ANTICONCEPTIVO ORAL DE EMERGENCIA?		
	n (453)	%
SEXO		
Masculino	186	41,1
Femenino	267	58,9
ESTADO CIVIL		
Soltero	444	98,0
Casado	5	1,1
U. Libre	4	0,9
RESIDENCIA		
Urbano	295	65,1
Rural	158	34,9
AÑO QUE CURSA		
Primero	125	27,6
Segundo	219	48,3
Tercero	109	24,1

Fuente: Base de datos
Elaboración: Dra. Gladys Lituma



Al interrogar cual es el resultado de tomar un anticonceptivo oral de emergencia, el 80,6% (423) responden que evita el embarazo; al indagar cual es el mecanismo de acción, el 47,4% (249) consideran que los AOE no permiten la fecundación; el 53,4% (280) desconocen los efectos secundarios; 54,1% (284) la usarían luego de relaciones sexuales sin protección, y el 38,1% (200) señalan que causa aborto en caso de la toma durante el embarazo ya establecido.

Tabla N.7 Descripción del nivel de conocimientos sobre AOE de los adolescentes escolarizados, Cuenca 2014

Variable	n	%
¿Qué efecto consigue al tomar un anticonceptivo oral de emergencia?		
1. Evitar el embarazo	423	80,6
2. Provocar un aborto	45	8,6
3. Prevenir infecciones de transmisión sexual	13	2,5
4. Otros	2	0,4
5. No sabe	60	11,4
¿Sabe usted cómo actúan los anticonceptivos orales de emergencias?		
1. Impiden la ovulación	120	22,9
2. No permite la fecundación	249	47,4
3. Es un abortivo	72	13,7
4. No sabe	111	21,2
¿Cuáles son los Efectos Secundarios de un anticonceptivo Oral de emergencia?		
1. Dolor de cabeza	55	10,5
2. Nausea	44	8,4
3. Vómito	31	5,9
4. Alteraciones de la menstruación	131	25,0
5. Todos	74	14,1
6. Ninguno	14	2,7
7. No sabe	266	50,7
¿En qué situaciones tomaría usted un anticonceptivo oral de emergencia?		
1. Violación	240	45,7
2. Relaciones sexuales sin protección	284	54,1
3. Rotura de condón	225	42,9
4. Olvido de la toma de la píldora anticonceptiva	42	8,0
5. Actividad sexual poco frecuente	55	10,5
6. En todas las relaciones sexuales	54	10,3
7. Ninguna es correcta	31	5,9
8. No sabe	99	18,9
Si una mujer embarazada toma un anticonceptivo oral de emergencia ¿Qué sucedería?		
1. No pasa nada	57	10,9
2. Aborto	200	38,1
3. Mal formación del producto	120	22,9
4. Complicaciones de la salud de la madre	51	9,7
5. No sabe	158	30,1

Fuente: Base de datos

Elaboración: Dra. Gladys Lituma



Al describir las fuentes de información sobre la anticoncepción oral de emergencia se observa que: el 58,1% (305) adolescentes adquirieron conocimientos sobre anticoncepción oral de emergencia en sus colegios, el 39,4% (207) lo hizo a través de internet, el 37,7% (198) lo obtuvieron de un médico, el 36,4% de sus amigos y en menores porcentajes por medio de la televisión, texto y sus parejas.

Tabla N.8 Descripción de las fuentes de información sobre la anticoncepción oral de emergencia en los adolescentes escolarizados, Cuenca 2014

Variable	n	%
¿En dónde adquirió este conocimiento?		
1. Texto	79	15,0
2. Televisión	129	24,6
3. Internet	207	39,4
4. Médico	198	37,7
5. Colegio	305	58,1
6. Un amigo/a	191	36,4
7. Su pareja	64	12,2

Fuente: Base de datos

Elaboración: Dra. Gladys Lituma



En la tabla N°9 observamos que 74,3% (390) adolescentes están de acuerdo con el uso de la anticoncepción oral de emergencia; 135 (25,7%) están en desacuerdo con su uso, de los cuales 66,7% (90) piensan que causa aborto y lo señalan como la razón de su desacuerdo. El 348 (66,3%) la recomendarían, 313 (59,6%) estarían dispuestas a tomarlo o sugerírselo a sus parejas en el caso de los varones, y 500 (95,2%) desean recibir más información acerca de este método anticonceptivo.

Tabla N.9 Descripción de la actitud hacia la anticoncepción oral de emergencia de los adolescentes escolarizados, Cuenca 2014

Variable	n	%
¿Está usted de acuerdo con el uso de anticonceptivos orales de emergencia?		
SI	390	74,3
NO	135	25,7
TOTAL	525	100,0
Principales causas de desacuerdo.		
causar aborto	90	66,6
los efectos secundarios	12	8,9
ser ilegales	4	3,0
principios morales y religiosos	19	14,1
Otros	10	7,4
Total	135	100,0
¿Recomendaría usted el uso de anticonceptivos orales de emergencia?		
SI	348	66,3
NO	177	33,7
TOTAL	525	100,0
¿Estaría dispuesta a tomar un anticonceptivo oral de emergencia o sugerirlo en el caso de ser hombre?		
SI	313	59,6
NO	212	40,4
TOTAL	525	100,0
¿Desearía recibir más información sobre la anticoncepción oral de emergencia?		
SI	500	95,2
NO	25	4,8
TOTAL	525	100,0

Fuente: Base de datos
Elaboración: Dra. Gladys Lituma.



Al examinar la práctica en cuanto a la anticoncepción oral de emergencia determinamos que del 100% (89) de adolescentes de sexo femenino que afirmaron tener relaciones, el 52,8% (47) admitieron haber tomado un AOE; de las cuales el 56,1% (23) lo hicieron en una ocasión durante el último año

Tabla N°10 Descripción del uso de la anticoncepción oral de emergencia en las adolescentes escolarizadas, Cuenca 2014

Variable	n	%
¿Ha tomado usted un anticonceptivo oral de emergencia?		
SI	47	52,8
NO	42	47,2
TOTAL	89	100,0
Si ha tomado ¿Cuántas veces lo ha hecho en el último año? Mujeres		
1. Una	23	49,0
2. Dos	9	19,1
3. Tres	6	12,8
4. Cuatro	1	2,1
5. Cinco	2	4,2
6. No responden	6	12,8
Total	47	100,0

Fuente: Base de datos
Elaboración: Dra. Gladys Lituma



DISCUSIÓN

Un elevado número de adolescentes enfrentan las negativas consecuencias de un embarazo no planificado y el aborto provocado como resultado de un inicio sexual precoz (12); la Anticoncepción Oral de Emergencia a pesar de ser controversial, es ampliamente considerada como una opción válida en su prevención (23).

La muestra del presente estudio estuvo conformada por 525 adolescentes escolarizados, el 64,2% entre los 16 y 17 años de edad, el 60,2% correspondieron al sexo femenino, el 97,9% fueron estado civil soltero, el 48,4% cursaban el segundo año de bachillerato. El 64% proveniente del área urbana, existiendo un importante porcentaje de estudiantes que provienen del área rural, que se justifica debido a la expansión que la ciudad ha sufrido en los últimos años y a la idea de que el nivel de educación en la ciudad es de mejor calidad. Más de la mitad de estudiantes, 56,4% viven con sus padres y un porcentaje no despreciable (28,6%) viven sólo con su madre.

Al analizar el comportamiento sexual, se determinó que la mayoría de los adolescentes que participaron en este estudio (65,1%) aún no habían iniciado su vida sexual, porcentaje similar al reportado por Castro J., en Portugal en donde el 67% no la había iniciado aun. El 34,9% (183) afirmaron haber tenido relaciones sexuales; la edad promedio de inicio de actividad sexual fue a los 15,3 años, cercano a lo reportado por Castro J., donde el 32% de la población estudiada inició su actividad sexual alrededor de los 16 años (22); pero diferente a lo encontrado en Morelos, México por Leyva-López A, y al estudio en Sudáfrica con estudiantes universitarias realizado por Hoque ME, en donde la media de edad de inicio de relaciones sexuales fue a los 19 años (35,36). De las 89 mujeres adolescentes que manifiestan haber tenido relaciones sexuales, el 23,6% declararon haber estado embarazadas, porcentaje que difiere con el encontrado por Zepeda E. en Minatitlán, México que reportó un 1,2% de embarazadas (45).

Actualmente, proveer y mejorar el conocimiento acerca de la anticoncepción de emergencia ha cobrado gran importancia, por ello uno de los objetivos principales de



esta investigación fue determinar si los adolescentes escolarizados en nuestra ciudad tienen conocimientos acerca de este tema.

Se estableció que el 86,3 % de adolescentes en el estudio, respondieron que conocen o han escuchado hablar sobre la AOE, semejante a lo expuesto al de Castro J. y col quienes observaron que el 84,5% de estudiantes tuvieron conocimientos sobre AOE (22), pero superior a los resultados encontrados por Leyva-López A, en México con un 60% y por Ezebialu I, en Nigeria 51.6% (36,37) e inferior al de Vahratian A. en Michigan donde el 94% de los universitarios encuestados tienen algún conocimiento sobre este tema (38). Los porcentajes altos de adolescentes que han escuchado hablar sobre este método, pueden deberse a las nuevas políticas de los gobiernos que están empeñados en dar a conocer y difundir este método contraceptivo y al ser en estos tiempos un producto de libre expendio ha ganado popularidad entre los jóvenes. Observamos además que los adolescentes de sexo femenino 58,9%, tuvieron mayor conocimiento sobre la AOE, semejante a lo reportado en la investigación de Castro J y col (22), pero que difiere de lo descrito por Sychareun V, en donde los adultos jóvenes de sexo masculino tuvieron más conciencia acerca de la AOE que las mujeres, debido según el autor, a que en la República de Laos los varones tienen mayor libertad de hablar sobre sexo y ser sexualmente activos, no así en el caso de las mujeres (26). En nuestro medio se justificaría el mayor conocimiento sobre la AOE en el sexo femenino, por el hecho que la responsabilidad sobre los aspectos reproductivos y la anticoncepción generalmente recaen sobre la mujer.

Cuando se interrogó acerca de cuál es el efecto o finalidad de usarla AOE, el 80,6% respondió que evita el embarazo siendo superior al porcentaje descrito por Arinze-O. et al en Nigeria quienes describen que un 55% de sus encuestados respondieron de igual manera (25). Sin embargo, cuando se realizó una pregunta de mayor complejidad sobre el mecanismo de acción: el 47,4% respondió que no permite la fecundación y el 22,9% que impide la ovulación, este último porcentaje es similar al encontrado en Costa Rica en donde Esquivel et al, describió un porcentaje del 26%, cifra baja considerando que su estudio se llevó a cabo con profesionales farmacéuticos (46), lo que nos deja ver que los dos grupos tienen un conocimiento limitado probablemente por lo confuso que es este tema.



En el estudio realizado por Zepeda E. en México, se observó que el 87,2% de adolescentes conocían cuanto tiempo después de una relación sexual sin protección, podrían usar un anticonceptivo oral de emergencia (45); este valor es superior al presente estudio en el que se encontró un 69,1%, sin embargo sobrepasa a los porcentajes descritos en Turquía, Lao y Sudáfrica que reportan el 10,5%, 17,9%, y el 29,5% respectivamente (26,35,41).

La creencia de que los anticonceptivos orales de emergencia pueden provocar aborto si es que una mujer que está embarazada lo consume, es del 38,1% semejante a lo reportado por Gómez I et al, en Colombia en donde el 35% de sus encuestadas tuvieron la misma presunción (47), e inferior al 78,5% reportado por Kumar et al en adolescentes del Canadá (48).

Este tipo de contraceptivos no están exentos de efectos secundarios, que aunque sean mínimos y de corta duración (30), ocasionalmente podrían comprometer la salud de la adolescente si no se administran de acuerdo a las recomendaciones generales. En la muestra estudiada, el 53,4% manifestaron desconocer efectos colaterales, cifra alta si la comparamos con el 10% descrito por Esquivel et al., en Costa Rica (46). Este alto porcentaje encontrado en los adolescentes, es justificable puesto que el estudio de Esquivel et al, fue realizado en profesionales farmacéuticos.

Los adolescentes encuestados en la presente investigación en su mayoría desconocen la efectividad de la AOE, solamente el 21,7% consideró que es efectiva, porcentaje inferior al reportado por varios autores que describen cifras entre el 50% y 99% (26,34,45).

Se preguntó en qué circunstancias tomaría un AOE, el 45,7% respondió que un motivo sería en caso de violación, el 54,1% contestó que lo haría luego de una relación sexual sin protección, valores que son inferiores a los encontrados en Michigan cuya población investigada aprobó el uso en caso de violación con el 93% y el 68% luego de una relación sin protección (38).

Las fuentes de información acerca de la AOE más referidas fueron: a través de charlas en el colegio (58,1%), dato inferior al 86,7% reportado por Amaro F y col. en adolescentes cubanos (49); por un profesional médico en el 37,7% porcentaje



inferior al reportado en Turquía en donde el 80,5% recibió la información de los proveedores de salud (41). En trabajos publicados en Portugal, South África, Michigan, Laos y Nigeria se describieron porcentajes entre el 50 y el 57% de encuestados que recibieron información acerca de la AOE a través de sus amistades (22,26,35,37,38), observándose superioridad con respecto al 36,4% encontrado en la presente investigación.

Los adolescentes encuestados en su mayoría han escuchado hablar respecto a la AOE, pero al indagar con mayor precisión los porcentajes empobrecieron; esto se debe a que en ocasiones el origen de esa información no es la más adecuada y les resultó confusa, o los educadores, consejeros y profesionales de la salud no comparten su conocimiento de manera clara y concisa, y en otros casos los amigos o personas no calificadas los asesoran erróneamente de manera que el conocimiento resulta ser impreciso o inadecuado.

Partiendo de un conocimiento limitado, al analizar la disposición de los jóvenes hacia el uso de la AOE, determinamos que el 74,3% estuvo de acuerdo con su empleo, porcentaje inferior a los reportados en Michigan y Turquía, en donde el 93% y el 86,6% respectivamente aprueban y apoyan su utilización (38,41), pero superior al 32,3% encontrado en Etiopía (34).

El 66,3% de la población estudiada la recomendaría, esta actitud positiva es semejante a la descrita en South África por Hoque M, quien describe que un 61,8% lo recomienda (35). En la India, las mujeres en edad reproductiva, a pesar de tener un bajo conocimiento, el 81% estarían dispuestas a tomarla (40), dato superior al 59,6% encontrado en nuestros adolescentes, quienes estarían dispuestas a tomarlo o recomendarlo a su pareja en el caso de los varones.

Es importante anotar que el 95,2% expresan su deseo de recibir mayor información sobre este método porcentaje superior al 70% observado por Hoque M, en Sudáfrica (35) similar a la cifra observada por Sychaeum V et al, en Laos (26).

Se analizó a 135 adolescentes que representaron el 25,7% del total de la muestra, que afirmaron estar en desacuerdo con la AOE, ya sea por considerarla abortiva (66,6%) o por principios morales y religiosos (14,1%) una situación semejante se reportó en el estudio realizado con universitarias colombianas en donde el 37% no la



recomendarían y dos de cada diez no están de acuerdo con su uso por miedo a los efectos secundarios y por considerarla como causa de infertilidad y aborto (47).

Con respecto al uso de AOE en nuestra población encontramos que de las 89 adolescentes que afirmaron haber tenido relaciones sexuales alguna vez, el 52,8% ha tomado un AOE, dato similar al reportado en México en donde el 50% de los adolescentes sexualmente activos la ha utilizado (45), y superior al encontrado por TafuriS, en Italia en donde un alto porcentaje (88%) admitió haber tenido relaciones sexuales en al menos una ocasión, 20% de los cuales usaron anticoncepción de emergencia (50). En Colombia seis de cada diez universitarias la han utilizado alguna vez y el 2% la ha utilizado hasta cuatro veces en el último año (47) a diferencia de la mayoría de adolescentes en el presente estudio que lo ha hecho una sola vez en el último año; en la India, a pesar del bajo conocimiento que se observó en las mujeres encuestadas, el 10,3% la ha usado (40).

CONCLUSIONES

1. Se estudiaron 525 adolescentes escolarizados, de los cuales el 64,2% tenía entre 16 – 17 años de edad, el 60,2% de sexo femenino, el 97,9% de estado civil soltero, el 48,4% cursaban el segundo año de bachillerato; el 64% procedían del área urbana y el 56,4% viven con sus padres.
2. Se estableció que el 34,9% de encuestados admitieron haber tenido relaciones sexuales, la edad media de edad de inicio de actividad sexual fue a los 15,3 años DS 1,4; el 36,6% manifestó haberlo hecho en una sola ocasión y el 62,3% tubo un compañero sexual.
3. Al analizar el conocimiento se determinó que el 86,3% han escuchado hablar sobre la anticoncepción oral de emergencia, pero al indagar acerca del tiempo después de una relación sexual sin protección para tomar un anticonceptivo oral de emergencia, la finalidad de tomarlo, mecanismo de acción, eficacia, efectos secundarios, indicaciones, y nombre para solicitarla las cifras reflejaron conocimientos parciales; y aunque se observó actitudes positivas, las prácticas con respecto a este método contraceptivo fueron insuficientes.



RECOMENDACIONES

1. Desarrollar y mejorar los programas de promoción y educación en temas de salud sexual y reproductiva; para incrementar el nivel de conocimientos y mejorar sus actitudes y prácticas.
2. Optimizar las políticas actuales de marketing, comercialización y distribución de los anticonceptivos orales de emergencia, de tal manera que sean mucho más accesibles a los adolescentes, basados en un conocimiento y uso racional de los mismos.
3. Crear en las instituciones educativas un departamento de consejería, en las que se conforme un equipo idóneo para una correcta evaluación de adolescentes en el campo de la sexualidad.
4. Es importante continuar con nuevas investigaciones en el tema de la salud sexual y reproductiva, debido a que en la actualidad el embarazo en las adolescentes es un problema de salud pública del cual nuestro país ocupa el segundo lugar en América Latina.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. OMS | Desarrollo [Internet]. WHO,2014 [cited 2014 Nov 2]. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/development/es/
2. OMS.Una guía para la evaluación de servicios de salud amigables para los adolescentes. WHO, 2011 [Internet]. [cited 2014 Nov 3]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85329/1/9789241598859_spa.pdf?ua=1
3. Pérez Pérez M, Sosa Zamora M, Amarán Valverde JE, del Rosario Pinto M, Arias Acosta D. Algunos aspectos relacionados con el conocimiento sobre sexualidad en adolescentes de un área de salud. *Medisan*. 2009;13(3):0–0.
4. OPS. Salud Sexual y Reproductiva al alcance de adolescentes pobres y en situación de vulnerabilidad. Washington. DC. OPS,2013 [Internet] 978-42-75-31774-7. [cited 2014 Sep 28]. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=25322&Itemid=
5. OMS | Salud del adolescente [Internet]. WHO,2014 [cited 2014 Jul 20]. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/es/
6. Oringanje C, Meremikwu MM, Eko H, Esu E, Meremikwu A. Intervenciones para la prevención de embarazos no deseados en adolescentes. *La Biblioteca Cochrane Plus* [Internet]. 2014 [cited 2014 Apr 23];(4). Available from: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%208756883&DocumentID=CD005215>
7. Barbón Pérez OG. Algunas consideraciones sobre comunicación, género y prevención del embarazo adolescente. *Cienc Enferm*. 2011;17(1):19–25.
8. World Health Organization. Early marriages, adolescent and young pregnancies [Internet]. 2012 [cited 2014 Apr 25]. Available from: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_13-en.pdf?ua=1
9. Sánchez Valencia YA, Mendoza Tascón LA, Grisales López MB, Molina C, Yohanna L, Bustamente Farfan JC, et al. Características poblacionales y factores asociados a embarazo en mujeres adolescentes de Tuluá, Colombia. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2013;78(4):269–81.
10. Doblado Donis NI, De la Rosa Batista I, Junco Manrique A. Aborto en la adolescencia un problema de salud. *Rev Cuba Obstet Ginecol*. 2010;36(3):409–21.
11. Quizhpe Peralta Arturo, Bernardo Vega Crespo. Cuidado de la Salud Reproductiva para Adolescentes Enmarcado en la Comunidad.2013 [Internet]. [cited 2014 Apr 28]. Available from: <http://www.proyectocerca.org/Portals/0/INFORME%20CERCA%20ECUADOR.pdf>
12. OMS | Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo [Internet]. WHO. 2009[cited 2014 Jul 19]. Available from: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>



13. (WHO) WHO. WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive health outcomes among adolescents in developing countries. Geneva WHO [Internet]. 2011 [cited 2014 Aug 24]; Available from: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/44691>
14. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Anuario de Nacimientos y Defunciones [Internet]. INEC. 2011[cited 2014 Aug 25]. Available from: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/anuario-de-nacimientos-y-defunciones/>
15. UNICEF Argentina. Situación del embarazo adolescente en Argentina, en el día mundial de la población. [Internet]. 2013 [cited 2014 Apr 25]. Available from: http://www.unicef.org/argentina/spanish/Embarazo_adolescente_Argentina-VB.pdf
16. Vega Crespo B. Legalización del aborto en Ecuador [Internet]. 2013 [cited 2014 Apr 28]. Available from: www.proyectocerca.org
17. López-Amorós M, Schiaffino A, Moncada A, Pérez G. Factors associated with self-reported use of emergency contraception among the school population aged 14-18 years. *Gac Sanit.* 2010;24(5):404–9.
18. MIES. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Dirección de la Juventud. [Internet]. MIES, 2008; [cited 2014 May 3]. Available from: <http://prenatal.tv/lecturas/ecuador/EMBARAZOADOLESCENCIA-ecu.pdf>
19. Hernández-Martínez A, García-Serrano I, Simón-Hernández M, Coy-Auñón R, García-Fernández AM, Liante-Peñarrubia E, et al. Efectividad de un programa de educación sexual en adolescentes acerca de la adquisición de conocimientos y cambios de actitud ante el empleo de métodos anticonceptivos. *Enferm Clínica.* 2009 May;19(3):121–8.
20. Ministerio Coordinador de Desarrollo Social. Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENIPLA) [Internet].2012. [cited 2014 Dec 1]. Available from: <http://www.desarrollosocial.gob.ec/programa-de-planificacion-familiar-y-la-prevencion-del-embarazo-adolescente/>
21. Polis CB, Grimes DA, Schaffer K, Blanchard K, Glasier A, Harper C. Advance provision of emergency contraception for pregnancy prevention. *Cochrane Libr* [Internet]. 2010 [cited 2014 Apr 22]; Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005497.pub2/full>
22. Castro JF de, Rodrigues VMCP. Conocimientos y actitudes de los jóvenes frente a la contracepción de emergencia. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(4):884–9.
23. Trussell J, Raymond E, Cleland K. Emergency Contraception: A Last Chance to Prevent Unintended Pregnancy [Internet].2014 [cited 2014 Apr 24]. Available from: <http://ec.princeton.edu/questions/ec-review.pdf>
24. Peláez Mendoza JO. Importancia del conocimiento y promoción de la anticoncepción de emergencia. *Rev Cuba Obstet Ginecol.* 2011;37(3):399–408.
25. Arinze-Onyia S, Aguwa E, Nwobodo E. Health education alone and health education plus advance provision of emergency contraceptive pills on knowledge and attitudes among university female students in Enugu, Nigeria. *Niger J Clin Pract.* 2014;17(1):100.



26. Sychareun V, Hansana V, Phengsavanh A, Phongsavan K. Awareness and attitudes towards emergency contraceptive pills among young people in the entertainment places, Vientiane City, Lao PDR. *BMC Womens Health*. 2013;13(1):14.
27. Croxatto H, Ortiz ME. Mecanismo de acción del levonorgestrel en la anticoncepción de emergencia. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2004;69(2):157–62.
28. Cheng L, Gülmezoglu A, Ezcurra E, Van Look P. Interventions for emergency contraception. In: The Cochrane Collaboration, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013. [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 1999 [cited 2014 Oct 18]. Available from: <http://www.bibliotecacochrane.com/BCPMainFrame.asp?DocumentID=CD001324&SessionID=%209139681>
29. Halpern V, Raymond EG, Lopez LM. Repeated use of pre- and postcoital hormonal contraception for prevention of pregnancy. In: The Cochrane Collaboration, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2014 [cited 2014 Oct 18]. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007595.pub3>
30. Linden, Koyama, Dr. Hagopian, Linden. Emerging Options for Emergency Contraception. *Clin Med Insights Reprod Health*. 2013 Feb;23.
31. Rodrigues I, Grou F, Joly J. Effectiveness of emergency contraceptive pills between 72 and 120 hours after unprotected sexual intercourse. *Am J Obstet Gynecol*. 2001 Mar 1;184(4):531–7.
32. Shohel M, Rahman MM, Zaman A, Uddin MMN, Al-Amin MM, Reza HM. A systematic review of effectiveness and safety of different regimens of levonorgestrel oral tablets for emergency contraception. *BMC Womens Health*. 2014;14(1):54.
33. OMS | Anticoncepción de emergencia [Internet]. WHO,2012. [cited 2014 Sep 27]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/es/>
34. Ahmed FA, Moussa KM, Petterson KO, Asamoah BO. Assessing knowledge, attitude, and practice of emergency contraception: a cross- sectional study among Ethiopian undergraduate female students. *BMC Public Health*. 2012 Dec 1;12(1):1–9.
35. Hoque ME, Ghuman S. Knowledge, Practices, and Attitudes of Emergency Contraception among Female University Students in KwaZulu-Natal, South Africa. *PLoS ONE* [Internet]. 2012 Sep 26 [cited 2014 Sep 10];7(9). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3458816/>
36. Leyva-López A, Chávez-Ayala R, Atienzo EE, Allen-Leigh B, Ramírez-Villalobos D, Yunes-Díaz E, et al. Anticoncepción de emergencia en estudiantes mexicanos. *Salud Pública México*. 2010;52(2):156–64.
37. Ezebialu I, Eke A. Knowledge and Practice of Emergency Contraception Among Female Undergraduates in South Eastern Nigeria. *Ann Med Health Sci Res*. 2013;3(4):541–5.
38. Vahratian A, Patel DA, Wolff K, Xu X. College Students' Perceptions of Emergency Contraception Provision. *J Womens Health* 2002. 2008;17(1):103–11.
39. Gómez Molina ED, Idrovo Freire MV. Conocimientos y uso de la anticoncepción de emergencia en estudiantes de la Escuela de Enfermería y Tecnología Médica de la Facultad de Ciencias



- Médicas de la Universidad de Cuenca 2009- 2010. 2010 [cited 2014 May 14]; Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/3738>
40. Chopra S, Dhaliwal L. Knowledge, attitude and practices of contraception in urban population of North India. *Arch Gynecol Obstet*. 2010 Feb;281(2):273–7.
 41. Aksu H, Küçük M, Karaöz B, Ünay V. Knowledge, practices, and barriers concerning the use of emergency contraception among women of reproductive age at a university hospital of Aydin, Turkey. *Arch Gynecol Obstet*. 2010 Sep;282(3):285–92.
 42. Ajzen I. Theory of Planned Behavior. *Soc Psychol I Soc Cogn Soc Percept*. 2003;347–77.
 43. Gogna M, Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Experiencias innovadoras en salud reproductiva: la complementación de las ciencias médicas y sociales : desafíos y aprendizajes. Buenos Aires, Argentina: Centro de Estudios de Estado y Sociedad; 2002.
 44. Schiappacasse V, Bascuñan T, Frez K, Cortés I. Píldora anticonceptiva de emergencia: características de la demanda en una organización no gubernamental en Chile. *REV CHIL OBSTET GINECOL*. 2014;79(5):378–83.
 45. Zepeda Díaz EM, Del Castillo Castaneria SM. Conocimiento y uso de la píldora de emergencia en estudiantes de preparatoria. 2011 [cited 2014 May 14]; Available from: <http://cdigital.uv.mx/handle/123456789/33615>
 46. Esquivel AB, Montoya AV, Marín C, Ramírez CG. Conocimientos, actitudes y prácticas de profesionales en farmacia sobre la anticoncepción hormonal de emergencia (PAE) en Costa Rica. *Poblac Salud En Mesoamérica* [Internet]. 2012 [cited 2014 May 1];9(2). Available from: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/725>
 47. Gómez I. P, Arguello G. K, Caceres V. C, Gutierrez A. E, Rodriguez R. A, et al. Anticoncepción de emergencia hormonal: conocimientos, actitudes y prácticas en estudiantes universitarias: estudio de corte transversal: Colombia, 2008. *Rev Colomb Enferm*. 2010 Aug;5(5):10–4.
 48. Kumar MM, Lim R, Langford C, Seabrook JA, Speechley KN, Lynch T. Sexual knowledge of Canadian adolescents after completion of high school sexual education requirements. *Paediatr Child Health*. 2013 Feb;18(2):74–80.
 49. Hernández FA, Guzmán GR, Santelices LPM de, Núñez OC. Intervención educativa sobre conocimientos de anticoncepción en adolescentes [Internet]. *Archivo Médico de Camagüey*. 2010 [cited 2014 Dec 3]. Available from: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=211114981012>
 50. Tafuri S, Martinelli D, Germinario C, Prato R. A study on the sexual and contraception behaviours of the pre-university students in Puglia (South-Italy). *J Prev Med Hyg*. 2011 Dec;52(4):219–23.

**ANEXOS****ANEXO N°1. FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA
ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA EN LOS ADOLESCENTES
ESCOLARIZADOS DE LA CIUDAD DE CUENCA, 2014**
Grupo poblacional: Colegios de la ciudad de Cuenca

Formulario Nro: _____

1. Colegio: _____		2. Curso: _____	
3. Edad: _____	4. Sexo: M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	5. Estado Civil: _____
6. Residencia: Urbana _____		Rural _____	
7. Familiares con los que vive:			Si respondió "Otros"
1. Padres <input type="checkbox"/>	2. Sólo padre <input type="checkbox"/>	3. Sólo madre <input type="checkbox"/>	4. Abuelos <input type="checkbox"/>
5. Otros <input type="checkbox"/>			
			Especifique: _____

8. Ha tenido relaciones sexuales? SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>
9. A qué edad tuvo su primera relación sexual?		<input type="text"/>
10. Con qué frecuencia tiene Ud. relaciones sexuales?		Una sola vez <input type="checkbox"/>
		Por semana <input type="checkbox"/>
		Por mes <input type="checkbox"/>
		Por año <input type="checkbox"/>
11. Cuantos compañeros sexuales ha tenido?		<input type="text"/>
12. Alguna vez ha estado embarazada? SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>
		Número de hijos: <input type="text"/>



13. Qué es un anticonceptivo oral de emergencia?

- La píldora del día después
- La píldora que se toma todos los días
- No sabe

14. En donde adquirió este conocimiento?

1. Texto
2. Televisión
3. Internet
4. Médico
5. Colegio
6. Un amigo/a
7. Su pareja

15. Sabe Usted cómo actúan los anticonceptivos orales de emergencia? (Píldora del día después)

- Impide la ovulación
- No permite la fecundación
- Es abortivo
- No sabe

16. Qué efecto se consigue al tomar un anticonceptivo oral de emergencia?

- Evitar el embarazo
- Provocar un aborto
- Prevenir Infecciones de Transmisión Sexual
- OtroCuál? _____
- No sabe

17. Cuanto tiempo después de una relación sexual sin protección deben tomarse los anticonceptivos orales de emergencia?

- Inmediatamente luego de la relación sexual
- Dentro de los primeros tres días
- Dentro de los primeros 5 días
- Después de los 5 días
- No sabe



18. Califique usted la efectividad de los anticonceptivos orales de emergencia para prevenir el embarazo:

- Inefectivo
- Poco efectivo
- Moderadamente efectivo
- Muy efectivo
- Totalmente efectivo
- No sabe

19. Si una persona tomó un anticonceptivo oral de emergencia, sabe Usted en cuanto tiempo puede volver a usarlo?

- En _____ días
- En _____ semanas
- En _____ meses
- No sabe

20. Cuáles son los efectos secundarios del uso de un anticonceptivo oral de emergencia:

- Dolor de cabeza
- Nausea
- Vómito
- Alteraciones de la menstruación
- Todos
- Ninguno
- No sabe

21. Qué anticonceptivos orales de emergencia conoce, indique su nombre:



22. En qué situaciones tomaría usted un anticonceptivo oral de emergencia?:
(Puede marcar una o más opciones)

- Violación
- Relaciones sexuales sin protección
- Rotura de condón
- Olvido de la toma de la píldora que se usa todos los días
- Actividad sexual poco frecuente
- En todas las relaciones sexuales
- Ninguna es correcta
- No sabe

23. Si una mujer embarazada toma un anticonceptivo oral de emergencia; qué sucedería?

- No pasa nada
- Aborto
- Malformación del producto
- Complicaciones con la salud de la madre
- No sabe

24. Está usted de acuerdo con el uso de anticonceptivos orales de emergencia?

- Completamente de acuerdo
- De acuerdo
- En desacuerdo
- Completamente en desacuerdo
- Indiferente

25. En caso de estar en desacuerdo, Cuál es la razón de este desacuerdo?

- Por causar aborto
- Por los efectos secundarios
- Por la poca eficacia
- Por ser ilegales
- Por principios morales religiosos
- Otro Especifique: _____



26. Recomendaría Usted el uso de anticonceptivos orales de emergencia?

SI

NO

27. Estaría Usted dispuesta a tomar un anticonceptivo oral de emergencia? (O de sugerírselo a su pareja en el caso de ser hombre)

SI

NO

28. Ha tomado usted un anticonceptivo oral de emergencia?

SI

NO

29. Si ha tomado ¿Cuántas veces lo ha hecho en el último año?

30. Desearía recibir más información acerca de la anticoncepción oral de emergencia?

SI

NO

31. Ha utilizado usted algún otro método anticonceptivo?

SI

NO

Cuál? _____

MUCHAS GRACIAS.

Nombre del/a investigadora _____

Fecha ___/___/___



ANEXO N° 2. CONSENTIMIENTOS Y ASENTIMIENTO. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA EN LOS ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE LA CIUDAD DE CUENCA, 2014

La anticoncepción de emergencia en la actualidad es una alternativa válida para el manejo de las relaciones sexuales sin protección y que implican riesgo de embarazo no deseado. El acceso a la anticoncepción de emergencia está aprobado por el Ministerio de Salud Pública y es de venta libre en la mayoría de farmacias del país. Las estadísticas actuales evidencian porcentajes altos de madres adolescentes. Las causas para el uso y el no uso de anticoncepción de emergencia en los adolescentes son múltiples de las cuales la más importante es el nivel de conocimiento actitudes y prácticas. El propósito de este estudio es investigar estas causas para proponer acciones o programas que mejoren los aspectos positivos y corrijan los negativos.

Procedimientos

- Los/as adolescentes que deseen ingresar al estudio firmarán un asentimiento.
- Se solicitará a los adolescentes rellenar un formulario para evaluar el nivel de conocimientos

Riesgos

- La presente investigación no tiene riesgo para la salud del adolescente.

Beneficios

- El/La adolescente que participe en este estudio contribuirá a mejorar la calidad de atención y a crear proyectos que mejoren la salud sexual y reproductiva en los/as jóvenes.

Costos

- El programa es absolutamente gratuito

Participación

- La participación es totalmente voluntaria pudiendo el/la adolescente no participar en el estudio.

Asentimiento de el/la adolescente.

Colegio: _____

Con el presente documento hago conocer que he sido informado/a de los detalles del estudio que se pretende llevar a cabo en mi colegio.

Yo entiendo que voy a ser encuestado por un médico, que se me va hacer preguntas acerca del conocimiento que tengo sobre anticonceptivos orales de emergencia. Sé que la información que de mi obtengan, será manejada con absoluta confidencialidad y anonimato.

Yo _____ libremente y sin ninguna presión, acepto participar en este estudio. Estoy de acuerdo con la información que he recibido y sé que en cualquier momento puedo retirarme.

Firma de el/la adolescente _____

Fecha _____ Firma del investigador _____



CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA EN LOS ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE LA CIUDAD DE CUENCA, 2014

La anticoncepción de emergencia en la actualidad es una alternativa válida para el manejo de las relaciones sexuales sin protección y que implican riesgo de embarazo no deseado. El acceso a la anticoncepción de emergencia está aprobado por el Ministerio de Salud Pública y es de venta libre en la mayoría de farmacias del país. Las estadísticas actuales evidencian porcentajes altos de madres adolescentes. Las causas para el uso y el no uso de anticoncepción de emergencia en los adolescentes son múltiples de las cuales las más importantes son el nivel de conocimiento y actitudes. El propósito de este estudio es investigar estas causas para proponer acciones o programas que mejoren los aspectos positivos y corrijan los negativos.

Procedimientos

- Los/as adolescentes que deseen ingresar al estudio firmarán un asentimiento.
- Se solicitará a los adolescentes rellenar un formulario para evaluar el nivel de conocimientos

Riesgos

- La presente investigación no tiene riesgo para la salud del adolescente.

Beneficios

- El/La adolescente que participe en este estudio contribuirá a mejorar la calidad de atención y a crear proyectos que mejoren la salud sexual y reproductiva en los/as jóvenes.

Costos

- El programa es absolutamente gratuito

Participación

- La participación es totalmente voluntaria pudiendo el/la adolescente no participar en el estudio.

Consentimiento de el/la adolescente.

Colegio: _____

Con el presente documento hago conocer que he sido informado/a de los detalles del estudio que se pretende llevar a cabo en mi colegio.

Yo entiendo que voy a ser encuestado por un médico, que se me va hacer preguntas acerca del conocimiento que tengo sobre anticonceptivos orales de emergencia. Sé que la información que de mi obtengan, será manejada con absoluta confidencialidad y anonimato.

Yo _____ libremente y sin ninguna presión, acepto participar en este estudio. Estoy de acuerdo con la información que he recibido y sé que en cualquier momento puedo retirarme.

Firma de el/la adolescente _____

Fecha _____ Firma del investigador _____



CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA EN LOS ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE LA CIUDAD DE CUENCA, 2014

La anticoncepción de emergencia en la actualidad es una alternativa válida para el manejo de las relaciones sexuales sin protección y que implican riesgo de embarazo no deseado. El acceso a la anticoncepción de emergencia está aprobado por el Ministerio de Salud Pública y es de venta libre en la mayoría de farmacias del país. Las estadísticas actuales evidencian porcentajes altos de madres adolescentes. Las causas para el uso y el no uso de anticoncepción de emergencia en los adolescentes son múltiples de las cuales las más importantes son: el nivel de conocimiento y actitudes. El propósito de este estudio es investigar estas causas para proponer acciones o programas que mejoren los aspectos positivos y corrijan los negativos.

Procedimientos

- Los/as adolescentes que deseen ingresar al estudio firmarán un asentimiento.
- Se solicitará a los adolescentes rellenar un formulario para evaluar el nivel de conocimientos

Riesgos

- La presente investigación no tiene riesgo para la salud del adolescente.

Beneficios

- El/La adolescente que participe en este estudio contribuirá a mejorar la calidad de atención y a crear proyectos que mejoren la salud sexual y reproductiva en los/as jóvenes.

Costos

- El programa es absolutamente gratuito

Participación

- La participación es totalmente voluntaria pudiendo el/la adolescente no participar en el estudio.

Consentimiento del padre de familia o representante.

Colegio: _____

Con el presente documento hago conocer que he sido informado/a de los detalles del estudio que se pretende llevar a cabo en mi colegio.

Yo entiendo que voy a ser encuestado por un médico, que se me va hacer preguntas acerca del conocimiento que tengo sobre anticonceptivos orales de emergencia. Sé que la información que de mi obtengan, será manejada con absoluta confidencialidad y anonimato.

Yo _____ libremente y sin ninguna presión, acepto participar en este estudio. Estoy de acuerdo con la información que he recibido y sé que en cualquier momento puedo retirarme.

Firma de el/la adolescente _____

Fecha _____ Firma del investigador _____

ANEXO N°3. DESCRIPCIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS

Tabla N.5 Descripción del nivel de conocimientos sobre AOE de los adolescentes escolarizados, Cuenca 2014

Variable	n (525)	%
Conoce usted ¿Qué es un anticonceptivo oral de emergencia?		
1. Es la píldora del día después	453	86,3
2. Es la píldora que se toma todos los días	14	2,7
3. No sabe	58	11,0
¿Cuánto tiempo después de una relación sexual sin protección deben tomarse los anticonceptivos orales de emergencia?		
1. Inmediatamente luego de la relación sexual	162	30,9
2. Dentro de los primeros tres días	184	35,0
3. Dentro de los primeros cinco días	17	3,2
4. Después de los cinco días	1	0,2
5. No sabe	161	30,7
Califique usted la efectividad de los anticonceptivos orales de emergencia para prevenir el embarazo		
1. Inefectivo	15	2,9
2. Poco efectivo	111	21,1
3. Moderadamente efectivo	118	22,5
4. Muy efectivo	105	20,0
5. Totalmente efectivo	9	1,7
6. No sabe	167	31,8
¿Qué anticonceptivo oral de emergencia conoce?		
1. Conocen un nombre comercial	22	4,2
2. Lo mencionan como píldora del día después	198	37,7
3. No saben	305	58,1

Fuente: Base de datos

Elaboración: Dra. Gladys Lituma