

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



**UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS
DE LA SALUD**

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

TESIS:

**EMBARAZO EN ADOLESCENTES Y EL USO DE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS. HOSPITAL DE APOYO JOSÉ HERNÁN SOTO
CADENILLAS, CHOTA- 2012**

Para optar el Grado Académico de

MAESTRO EN CIENCIAS

MENCIÓN: PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Presentada por:

MARÍA DEL ROSARIO BAUTISTA TICLLA

Asesora:

Dra. MARTHA VICENTA ABANTO VILLAR

Cajamarca, Perú

2019



**Universidad
Nacional de
Cajamarca**
"Norte de la Universidad Peruana"



CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador:
María del Rosario Bautista Ticlla
DNI: 27437202
Escuela Profesional/Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud. Programa de Maestría en Ciencias, Mención: Promoción y Educación para la Salud
2. Asesora: Dra. Martha Vicenta Abanto Villar
3. Grado académico o título profesional
☐ Bachiller ☐ Título profesional ☐ Segunda especialidad
☒ Maestro ☐ Doctor
4. Tipo de Investigación:
☒ Tesis ☐ Trabajo de investigación ☐ Trabajo de suficiencia profesional
☐ Trabajo académico
5. Título de Trabajo de Investigación:
Embarazo en adolescentes y uso de métodos anticonceptivos, hospital de apoyo José Hernán Soto Cadenillas, Chota - 2012
6. Fecha de evaluación: **28/01/2025**
7. Software antiplagio: ☒ TURNITIN ☐ URKUND (OURIGINAL) (*)
8. Porcentaje de Informe de Similitud: **8%**
9. Código Documento: **3117:424536870**
10. Resultado de la Evaluación de Similitud:
☒ **APROBADO** ☐ PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES O DESAPROBADO

Fecha Emisión: **09/10/2025**

<i>Firma y/o Sello Emisor Constancia</i>
 Dra. Martha Vicenta Abanto Villar DNI: 26673990

* En caso se realizó la evaluación hasta setiembre de 2023

COPYRIGHT © 2019 by
MARÍA DEL ROSARIO BAUTISTA TICLLA
Todos los derechos reservados



Universidad Nacional de Cajamarca
LICENCIADA CON RESOLUCIÓN DE CONSEJO DIRECTIVO N° 080-2018-SUNEDU/CD
Escuela de Posgrado
CAJAMARCA - PERU



PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Siendo las 8:00.... horas del día 28 de noviembre de Dos Mil Diecinueve, reunidos en el Auditorio de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, el Jurado Evaluador presidido por la **Dra. MARINA VIOLETA ESTRADA PÉREZ, Dra. ROSA ESTHER CARRANZA PAZ, Dra. MERCEDES MARLENI BARDALES SILVA**, y en calidad de Asesor la **Dra. MARTHA VICENTA ABANTO VILLAR**. Actuando de conformidad con el Reglamento Interno y el Reglamento de Tesis de Maestría de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, se dio inicio a la Sustentación de la Tesis titulada: **EMBARAZO EN ADOLESCENTES Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, HOSPITAL DE APOYO JOSÉ HERNÁN SOTO CADENILLAS, CHOTA-2012**, presentada por la **Bach. En Obstetricia MARÍA DEL ROSARIO BAUTISTA TICLLA**.

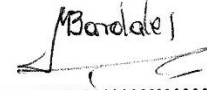
Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado Evaluador, y luego de la deliberación, se acordó A.P.R.O.B.A.R.....con la calificación de 16 (BUENO).....la mencionada Tesis; en tal virtud, la **Bach. En Obstetricia MARÍA DEL ROSARIO BAUTISTA TICLLA**, está apta para recibir en ceremonia especial el Diploma que la acredita como **MAESTRO EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, con Mención en **PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD**.

Siendo las 9:30.... horas del mismo día, se dio por concluido el acto.


.....
Dra. Martha Vicenta Abanto Villar
Asesora


.....
Dra. Marina Violeta Estrada Pérez
Jurado Evaluador


.....
Dra. Rosa Esther Carranza Paz
Jurado Evaluador


.....
Dra. Mercedes Marleni Bardales Silva
Jurado Evaluador

A:

A Dios por derramar sus bendiciones y llenarme de su fuerza para vencer todos los obstáculos desde el principio de mi vida.

A mi familia; principalmente a mi madre que ha sido un pilar fundamental en mi formación como profesional, por brindarme la confianza, consejos, oportunidad y recursos para lograrlo.

A mi esposo gracias por estar siempre en esos momentos difíciles brindándome su amor paciencia y comprensión a mis grandes tesoros que son la razón de mi vida Bryam y Yhadyra gracias por existir y principalmente a una personita muy especial que desde el cielo guía mis pasos, mi querido Angelito.

Rosario

A:

La Universidad Nacional de Cajamarca. Escuela de Post Grado. A mis formadores, personas de gran sabiduría quienes se han esforzado por ayudarme a llegar hasta éste momento, sencillo no ha sido el proceso, pero gracias a las ganas de transmitirme sus conocimientos y dedicación, he logrado importantes objetivos como culminar el desarrollo de mi tesis.

Un reconocimiento especial a mi Asesora Dra. Martha Vicenta Abanto Villar, por su dedicación, orientaciones, recomendaciones, que ha permitido que la presente investigación se haga realidad.

Al Director del Hospital José Hernán Soto Cadenillas y al personal de Obstetricia, quienes me facilitaron la información parte importante en la presente Tesis.

Rosario

CONTENIDO

	Pág.
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
CONTENIDO	vii
LISTA DE TABLAS	ix
LISTA DE APÉNDICES	x
LISTA DE ABREVIACIONES	xi
RESUMEN	xii
ABSTRAC	xiii
INTRODUCCIÓN	xiv

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. El Problema de investigación	01
1.2. Formulación del problema	06
1.3. Justificación e importancia de la investigación	07
1.4. Objetivos	09

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Marco doctrinal de las teorías	11
2.2. Antecedentes de la investigación	13
2.3. Marco conceptual	18

2.4. Características sociodemográficas	58
2.5. Hipótesis	62
2.6. Variables/categorización de las variables	62
2.7. Operacionalización de las variables	64
 CAPÍTULO III	
 MARCO METODOLÓGICO	
3.1. Método y diseño de la Investigación	67
3.2. Área de estudios	67
3.3. Población, muestra	68
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	71
3.5. Procedimiento para la recopilación de la información	73
3.6. Procesamiento de la información	73
3.7. Análisis de la información	74
3.8. Consideraciones Éticas y Científicas	75
 CAPÍTULO IV	
 RESULTADOS E INTERPRETACIÓN	77
 CONCLUSIONES	130
 RECOMENDACIONES	131
 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	133
 APÉNDICES	142

LISTA DE TABLAS

		PÁG.
Tabla 1	Adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo José Hernán Soto Cadenillas, Chota- 2012.	77
Tabla 2	Características Sociales y Demográficas de las adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo José Hernán Soto Cadenillas, Chota- 2012.	84
Tabla 3	Uso de Métodos Anticonceptivos Hormonales por las adolescentes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota- 2012.	93
Tabla 4	Uso de Anticonceptivos de Barrera por las adolescentes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota- 2012.	97
Tabla 5	Uso de Métodos Anticonceptivo de Abstinencia Periódica o Naturales por las adolescentes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota- 2012.	100
Tabla 6	Uso de Métodos Anticonceptivos y el embarazo en las adolescentes Atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota- 2012.	103
Tabla 7	Uso del Método Anticonceptivo Hormonal Oral y el embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota- 2012.	109
Tabla 8	Uso del Método Anticonceptivo Hormonal Inyectable y el embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas. Chota- 2012.	111
Tabla 9	Uso del Método Anticonceptivo de Emergencia La Píldora del día siguiente y embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota- 2012.	114
Tabla 10	Uso del Método Anticonceptivo de Barrera Condón y el embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota- 2012.	119
Tabla 11	Uso del Método del Ritmo y el embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota- 2012.	122
Tabla 12	Uso del Método de Coitus Interruptus y el embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota- 2012.	124

LISTA DE APÉNDICES

	PÁG.
APÉNDICE 1 Matriz de consistencia	143
APÉNDICE 2 Cuestionario.	145
APÉNDICE 3 Consentimiento informado	147
APÉNDICE 4 Ficha de Validación de instrumento	148
APÉNDICE 5 Validación del instrumento	150
APÉNDICE 6 Prueba de fiabilidad del instrumento	154

LISTA DE ABREVIACIONES

OPS	Organización Panamericana de la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud familiar
MELA	Método de lactancia materna exclusiva
ASIS	Análisis situacional de salud
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
ONG	Organización No Gubernamental
MAC	Métodos anticonceptivos
MINSA	Ministerio de Salud
UNICEF	Fondo De Las Naciones Unidas Para La Infancia
ITS	Infecciones de transmisión sexual
CNPE	Centro Nacional de Planeamiento Estratégico
PEAS	Plan esencial de Aseguramiento
EPS	Entidades Privadas de Salud
PNAI	Plan Nacional de Acción por la Infancia
AOC	Anticonceptivos orales combinados
AOE	Anticoncepción Oral de Emergencia
EPI	Enfermedad pélvica inflamatoria
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
TCP	Teoría de comportamiento planificado

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el embarazo en adolescentes (embarazo precoz) y el uso de métodos anticonceptivos en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas Chota, 2012. De enfoque cuantitativo, corte transversal, diseño no experimental y correlacional. La muestra estuvo constituida por 301 adolescentes. *Resultados.* Del total de adolescentes 48,8% se encontraban embarazadas en el momento de aplicar el instrumento. En relación a la edad, 53,5% corresponde al grupo etario de 17-19 años, 39,5% son convivientes, 67,4% con grado de instrucción secundaria, el ingreso económico 85,4% percibe <650,00 n.s. Los métodos hormonales más usados fueron los inyectables con 28,6%. El 35,9% empleó el condón como método de barrera; 33,6% utilizó el método del ritmo como método natural. Se encontró una relación estadística altamente significativa entre ambas variables, lo que permite rechazar el H_0 , y aceptar la hipótesis H_a . Se encontró relación significativa entre el embarazo en adolescentes y el uso del método hormonal oral ($X^2=4,379$ y $P= 0,036$), con el uso del inyectable (Depoprovera) ($X^2=6,515$ y $P=0,001$), uso de la píldora del día siguiente ($X^2=11,77$ y $P=0,001$). Y la relación fue altamente significativa, con el uso del método de barrera condón ($X^2=44,486$ y $P=0,000$), y del método natural del ritmo ($X^2=7,646$ y $P=0,000$). Conclusión: El embarazo en adolescentes guarda relación estadísticamente significativa con el uso de los métodos anticonceptivos.

Palabras claves: Adolescencia, Embarazo, métodos anticonceptivos.

ABSTRACT

The purpose of this research was to determine the relationship between teenage pregnancy(early pregnancy) and the use of contraceptive methods at the José Hernán Soto Cadenillas Chota Hospital, 2012. With a quantitative approach, cross-section, non-experimental and correlational design. The sample consisted of 301 adolescents. Results Of the total of teenagers 48,8% were pregnant at the time of applying the instrument. In relation to age, 53,5% corresponds to the age group of 17-19 years, 39,5% are living together, 67,4% with secondary education, economic income 85,4% receives <650,00 n.s. The most commonly used hormonal methods were injectables with 28,6%. 35,9% used the condom as a barrier method; 33,6% used the rhythm method as a natural method. A highly significant statistical relationship was found between both variables, which makes it possible to reject H_0 , and accept the H_a hypothesis. There was a significant relationship between pregnancy in adolescents and the use of the oral hormonal method ($X^2 = 4,379$ and $P = 0,036$). with the use of the injectable (Depoprovera) ($X^2 = 6,515$ and $P = 0,001$), use of the morning-after pill ($X^2 = 11,77$ and $P = 0,001$). And the relationship was highly significant, with the use of the condom barrier method ($X^2 = 44,486$ and $P = 0,000$), and the natural rhythm method ($X^2 = 7,646$ and $P = 0,000$). Conclusion: Pregnancy in adolescents is statistically significant related to the use of contraceptive methods.

Keywords: Adolescence, Pregnancy, contraceptive methods.

INTRODUCCIÓN

El embarazo adolescente (embarazo precoz) es un problema social y de salud pública, asociado a diversos factores como las relaciones familiares, la escolaridad y el nivel socioeconómico, entre otros (1). En algunos países de América Latina y el Caribe se carece de políticas públicas de salud sexual y reproductiva, no se valoran los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes. En el ámbito de esa población adolescente tienen también mucho impacto la presión de grupo, la curiosidad, el abuso sexual, la prostitución adolescente y la falta de orientación de los padres (2).

En el Perú, según ENDES en el 2017 revela que el 13,4% de adolescentes, de 15 a 19 años ya fueron madres (3). Según el Ministerio de Salud. En la región Cajamarca, la edad mínima de embarazos son 12 años es así como el ministerio de salud considera como mujeres en edad reproductiva a las edades de 11 a 45 años. También es notorio que aún los/as jóvenes teniendo conocimiento sobre los métodos anticonceptivos no los usan en el momento de una relación sexual (4).

En la presente investigación se planteó como objetivo general, determinar la relación entre el embarazo en adolescentes (embarazo precoz) y el uso de métodos anticonceptivos. Hospital José Hernán Soto Cadenillas Chota, 2012. Los resultados indican que el embarazo se presenta con frecuencia en nuestra realidad, del total de adolescentes el 48,8% se encontraban embarazadas en el

momento de aplicar el instrumento. En cuanto a la edad el mayor porcentaje corresponde a las edades de 17-19 años.

Dentro de los métodos más usados por las adolescentes son el inyectable (Depoprovera) y de barrera el condón o preservativo, y el método del ritmo. Al establecer la relación existente entre el uso de métodos anticonceptivos y el embarazo adolescente, se encontró una relación altamente significativa entre ambas variables puesto que ($X^2 = 77,065$ y $P=0,000$, es decir $P < \alpha = 0,05$), El embarazo en adolescentes guarda relación estadística significativa con el uso de los métodos. Anticonceptivos.

Por lo que podría considerarse que una de las causas más importantes es la falta de información adecuada sobre la sexualidad y la dificultad en el acceso de métodos de prevención, ya que muchos adolescentes tienen poco o ningún acceso a la educación sexual y a la información, conocimiento y reflexión sobre la diversidad de métodos anticonceptivos (5).

Por consiguiente, los profesionales encargados de velar por la salud integral de la mujer durante toda su etapa reproductiva, son los responsables de brindar orientación sobre salud sexual y reproductiva como prioridad, para lograr postergar un espaciamiento de sus embarazos que les permita obtener un mejor estado de salud física y emocional tanto a ellas como a sus familias y asimismo posponer los embarazos a una edad madura y responsable.

El presente trabajo de investigación consta de los siguientes capítulos:

Capítulo I. El Problema de investigación, planteamiento del problema, formulación del problema, justificación y objetivos.

Capítulo II. Marco Teórico: antecedentes teóricos de la investigación, marco conceptual, definición de términos, hipótesis alterna y nula, variables, categorización de las variables, operacionalización de las variables.

Capítulo III. Método y diseño de la investigación, ubicación geográfica, población, muestra, criterios de inclusión, criterios de exclusión, unidad de análisis, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procedimiento para la recolección de la información, procesamiento de la información, análisis de la información, consideraciones éticas y científicas.

Capítulo IV. Resultados, interpretación, análisis, discusión, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y apéndices.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo adolescente (embarazo precoz) y no planificado es una preocupación mundial que afecta tanto a los países de ingresos altos como a los países de ingresos medios y bajos. Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2017). La tasa mundial de embarazo adolescente se estima en 46 nacimientos por cada 1,000 niñas de entre 15 y 19 años, y solo superadas por las de África subsahariana. En el mundo, 70 mil adolescentes mueren cada año por complicaciones durante el embarazo y el parto (6).

El informe indica que en algunos países las niñas adolescentes sin educación o con sólo educación primaria tiene cuatro veces más posibilidad de quedar embarazada (6). La Organización de las Naciones Unidas. Indica que las barreras que impiden que las niñas accedan a los servicios de salud- incluida la falta de autonomía, las actitudes de los proveedores de atención médica y la falta de recursos financieros aumentan el riesgo de embarazo y las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto (7).

Esto se ve agravado por la mala calidad de los servicios de atención prenatal y durante el parto, que pueden no satisfacer las necesidades específicas de

las madres adolescentes. “En los países de ingreso medios y bajos, la falta de conocimiento sobre la prevención del embarazo generalmente va de la mano con la falta de acceso a información y a servicios de salud sexual y reproductiva. En algunos países, el acceso a métodos anticonceptivos puede ser particularmente difícil para niñas solteras” (8).

“En América Latina y el Caribe se registra la segunda tasa más alta de embarazos adolescentes en el mundo, según UNICEF (2014). Un promedio de 38% de las mujeres de la región se embarazan antes de cumplir los 20 años. Casi el 20% de nacimientos vivos son de madres adolescentes” (9).

“En el Perú, según ENDES en el 2017 revela que el embarazo en las adolescentes significó un alza del 0,7% con respecto al 2016 más aún el 23,9% de estas jóvenes pertenecen a un sector con menos ingresos económicos” (3). Siendo este un factor que aumenta el riesgo de la morbilidad materno-infantil por las consecuencias que genera un embarazo en la edad en que la mujer no está preparada física y psicológicamente para afrontarlo, repercutiendo también en su desarrollo humano.

Además, Quintana (2013). Indica que está faltando acercamiento entre los proveedores de servicios y los/las adolescentes, sólo la mitad 52,6% conoce que tienen derecho a recibir información sobre métodos anticonceptivos de emergencia y ligeramente más 54,5% saben que tienen derecho a recibir educación sexual. La mitad sabe que tiene derecho a recibir condones 52,9%

sin distinción de la edad ni el sexo, pero menos saben que tienen derecho a recibir anticonceptivos en general 42,5% y el 27,5% anticoncepción de emergencia (10).

En el Perú, Mosquera, J (2011), refiere sobre el conocimiento, y el uso pasado y actual de métodos anticonceptivos que el conocimiento de métodos anticonceptivos es muy amplio entre la población peruana y entre todos los grupos poblacionales. El 60% de los adolescentes, conocen o han oído hablar de algún método. Los métodos modernos más conocidos son la píldora 88%, y la inyección 45%. Los menos conocidos son el Norplant 27% y el Método de la Lactancia materna exclusiva (MELA) 34% (11).

Minaya, P (2012). Describe que las adolescentes se encuentran en mayor riesgo de embarazo no deseado que las mujeres adultas debido a su menor información, acceso a servicios y anticoncepción segura, y menor capacidad de negociar protección o no tener actividad sexual, siendo más vulnerables a la violencia y a la presión de la pareja, por razones de identidades, roles y relaciones de género tradicionales, valores culturales de femineidad, maternidad, masculinidad, razones económicas y otras inequidades de género y sociales (12).

En la región Cajamarca, el Ministerio de Salud indica que existe una alta tasa de embarazos en adolescentes siendo el 16,0 % para el 2017, la mayoría de los embarazos son no deseados; Jaén es una de las provincias con mayor porcentaje de adolescentes en estos últimos años, seguido de Chota, con

una tasa del 9% para el 2014” (4). Muy ligado al desconocimiento y no uso de métodos anticonceptivos y que aun teniendo conocimiento no hacen uso de ellos.

En la Provincia de Chota, según referencias del Hospital José Hernán Soto Cadenillas de Chota (2014), también la salud sexual y reproductiva del adolescente se ve enmarcada en dos problemas médico-sociales más importantes, el embarazo no deseado y las enfermedades de transmisión sexual. Y es el uso de métodos anticonceptivos que puede servir como solución para ambos (13). Si bien muchos de estos métodos son conocidos por los adolescentes, la mayoría no los utiliza debido a la insuficiente información, la vergüenza para adquirirlos, la insuficiencia de servicios de salud y consejería que les garanticen una privacidad y confidencialidad merecida.

De lo expuesto, podemos afirmar que la muerte materna, en especial en adolescentes generada por las complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, genera una tragedia social que aún no se puede encontrar una solución a esta problemática. Son muchas las intervenciones practicadas; pero hoy podemos decir que la única solución está relacionada con la prestación de servicios. La adolescencia y la juventud constituyen un potencial muy grande que debería ser canalizado y fortalecido por el estado entendiéndose que de ellos depende el desarrollo de la sociedad.

En la realidad de la provincia de Chota según, el análisis de la situación de salud en Chota (ASIS 2014), “la proporción de gestantes adolescentes atendidas menciona que el indicador ha sufrido un ligero incremento con relación a años anteriores sin superar el estándar nacional o departamental. Para el año 2014 se controlaron 500 adolescentes, llegando a una cobertura del 11,2% de lo programado, datos que nos permite observar que el embarazo en adolescentes es un problema social presente en la realidad local” (14).

Y respecto al uso de métodos anticonceptivos, para el año 2015 la Disa-Chota, indica que el método anticonceptivo que más utilizaron las usuarias de 12 a 17 años fue el inyectable mensual, seguido de los preservativos, inyectable trimestral y las píldoras. Con menor demanda el preservativo femenino y MELA (Lactancia materna exclusiva), esta información corresponde a la RED-Chota (de enero a octubre del 2015) (14).

Realmente el porcentaje de usuarias que se logra cubrir con la atención a través de los servicios de salud es mínimo pues queda un gran porcentaje sin atención muchas son las razones, pero la que más se comenta es que los horarios de los servicios no se adecuan a la realidad y necesidad de la población, circunstancia importante para que se tenga que evaluar y poder ampliar la cobertura de atención especialmente a la población joven sobre todo lo que a consejería se refiere.

Tal como lo evidencian los indicadores el embarazo en edades cada vez más temprana se está convirtiendo en un problema social y de salud pública de alcance mundial, nacional, regional y local. Afecta a todos los estratos sociales, pero predomina en la clase de bajo nivel socioeconómico, en parte debido a la falta de educación sexual, y al desconocimiento de los métodos de control de la natalidad (2).

Por lo que la necesidad de orientación de su salud sexual y reproductiva tiene mayor prioridad, para lograr un espaciamiento de sus embarazos que les permita obtener un mejor estado de salud física y emocional tanto a ellas como a sus familias, así como evitar las infecciones de transmisión sexual.

Partiendo de esta realidad y teniendo en cuenta los pocos estudios de investigación en el nivel local a fines al problema a investigar se realizó la presente investigación, para profundizar sobre el problema que afecta a la población adolescente y contribuir a elevar el nivel de vida de este grupo especialmente en el ámbito local.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación entre el embarazo en adolescentes (embarazo precoz) y el uso de métodos anticonceptivos? ¿Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota- 2012?

1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.

El presente trabajo de investigación está motivado por la inquietud que genera el incremento de embarazos en adolescentes (embarazo precoz) a temprana edad. Resultando ser un problema que afecta a la salud materna perinatal en nuestro ámbito tanto local como nacional.

Este problema es muy importante y relevante estudiarlo porque existen múltiples factores que conllevan a los adolescentes a tener relaciones sexuales precoces trayendo como consecuencia embarazos no deseados, una crisis familiar, matrimonios forzados, complicaciones del embarazo, tasas elevadas de morbilidad materna perinatal. Muchas adolescentes que se quedan embarazadas se ven obligadas a dejar la escuela. Una adolescente con escasa o ninguna educación tiene menos aptitudes y oportunidades para encontrar un trabajo (15)

A pesar de los esfuerzos realizados en los últimos años en el país a nivel departamental y local, “las tasas de mortalidad materna se encuentran en el nivel local por encima de los índices nacionales y dentro de las causas de morbilidad materna se hallan las complicaciones del embarazo, hemorragia, preeclampsia- eclampsia llevando a problemas mayores que muchas veces significa la muerte tanto para la madre como para el producto” (13).

En tal sentido la presente investigación es trascendental para la población en estudio, ya que se propone determinar y analizar la relación entre el

embarazo en adolescentes y el uso de métodos anticonceptivos. Así los resultados contribuirán con los responsables del ministerio de salud en este caso del Hospital José Hernán Soto Cadenillas para que evalúen y replanteen las estrategias de intervención a fin de prevenir los embarazos en las adolescentes.

Además, es importante para toda la población, especialmente para la adolescente ya que el embarazo se asocia con el riesgo de enfermedad y muerte, tanto para la madre como para el niño. Así mismo, se considera un gran impedimento para la realización de la autorrealización de los adolescentes, en segundo lugar, afecta a la familia y la sociedad. El aporte del presente estudio será que se contará con una línea de base, muy útil para continuar investigando con un enfoque diferente en el nivel local sobre el problema e ir mejorando el nivel de intervención en el ámbito local.

Los resultados permitirán a las autoridades de las instituciones involucradas como el Ministerio de Salud, Seguro Social, Organizaciones no Gubernamentales y otras instituciones que brindan atención en salud a implementar estrategias adecuadas a la realidad, cuyo impacto será disminuir los embarazos en adolescentes, hacer que los servicios de consejería en planificación familiar sean accesibles a la población adolescente de tal forma que los resultados evidencien una mejora en los indicadores de morbilidad materna- perinatal.

También la trascendencia del presente estudio radica en que el conocimiento de la realidad es clave para las acciones de promoción para la prevención y en crear conciencia de la población; la intervención debe llegar a la población vulnerable las/los adolescentes y las familias; además en lo social, el presente estudio se enmarca en el compromiso como país a través de las políticas de salud mediante la Normativa del Ministerio de Salud para proteger la salud de la población especialmente en las adolescentes.

1.4. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- ✓ Determinar la relación entre el embarazo en adolescentes (embarazo precoz) y el uso de métodos anticonceptivos. Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota- 2012.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar las adolescentes embarazadas (embarazo precoz) atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota- 2012.
- ✓ Identificar los métodos anticonceptivos más utilizados por las adolescentes embarazadas (embarazo precoz) atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota- 2012.
- ✓ Caracterizar sociodemográficamente a las adolescentes embarazadas (embarazo precoz) atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota- 2012.

- ✓ Establecer la relación entre el embarazo en las adolescentes (embarazo precoz) y el uso de los métodos anticonceptivos. Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota- 2012.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. MARCO DOCTRINAL DE LAS TEORÍAS

2.1.1. TEORÍA DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD (PENDER, NOLA).

La promoción de la salud está motivada por el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial humano. El modelo de la promoción de la salud identifica los factores cognitivos y perceptuales, como los principales determinantes de la conducta de la promoción de la salud, este modelo se basa en la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura, que postula sobre la importancia del proceso cognitivo en la modificación de la conducta (16).

Tienen una construcción similar a la del modelo de creencia en la salud, pero no se limita a explicar la conducta preventiva de la enfermedad, sino que se amplía para abarcar la conducta que favorecen la salud. La teoría de Pender, citado por Marriner (2011) (16). Identifica factores cognitivo-perceptivos en el individuo, tales como la importancia de la salud, los beneficios percibidos de los comportamientos que promueven la salud y las barreras que se perciben para las conductas promotoras de la salud.

Estos factores se modifican por características demográficas y biológicas y por influencias interpersonales, así como también por factores de situaciones y comportamientos. Estos ayudan a predecir la participación en la conducta promotora de la salud. La definición individual de la salud para uno mismo tiene más importancia que una afirmación general sobre la salud. Una de las principales premisas de la teoría de Pender es que la salud, como estado positivo de alto nivel, se asume como objetivo hacia el cual se esfuerza un individuo.

La investigación se orienta en este modelo debido a que el embarazo en adolescentes se ha convertido en un problema de carácter social y de salud pública y debe tener una intervención holística, para fomentar en los adolescentes, sus familias y autoridades condiciones necesarias para que generen la mejora en las prácticas saludables en lo que a la salud sexual y reproductiva se refiere a través de las prácticas y estilos de vida y de salud.

El estudio busca crear mayor conocimiento teórico sobre las variables que pueden estar relacionadas con el embarazo en adolescentes y el uso de los métodos anticonceptivos con mayor o menor significancia y las adecuaciones que deben realizarse para lograr una mejor calidad de vida de los adolescentes.

2.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

Ruíz,S (2016), realizó un trabajo de investigación en Ecuador. Titulado. Factores asociados al embarazo en adolescentes de 13 a 17 años en un colegio de la ciudad de Guayaquil, de mayo a agosto. El objetivo fue. Determinar los factores que se asocian al embarazo en adolescentes de 13 a 17 años en un colegio de la ciudad de Guayaquil, de mayo a agosto. Resultados, el 76% tuvieron su menarquia antes de los 13 años, 9% han iniciado el acto sexual entre 13 y 15 años, el 8% siempre usaron anticonceptivos, el 2% consumió drogas de vez en cuando y 29% tiene un consumo de alcohol de vez en cuando (17).

Quintero, P (2016). Realizó un estudio. Caracterización de los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia en el Policlínico Universitario "Pedro Borrás Astorga. Objetivo. Caracterizar los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia en el Policlínico Universitario "Pedro Borrás Astorga" de Pinar del Río. Resultados, adolescentes con edades entre 15 y 19 años. Principalmente las de 10 y 14 años plantearon no tener información previa sobre el tema. Los antecedentes obstétricos que prevalecieron fueron: los abortos, la anemia, los partos previos y la hipertensión arterial (18).

D' Añari J. (2019). En su estudio Titulado. Factores biosociodemográficos asociados al embarazo precoz en adolescentes gestantes atendidas en el H.R.H.D.E de, Abril – Mayo. Tuvo como objetivo. Determinar los Factores biosociodemográficos que se asocian al embarazo precoz en adolescentes

gestantes atendidas en el H.R.H.D.E de, Abril – Mayo. Resultados: El resultado obtenido es que existe relación estadística entre el grado de instrucción ($p=0,031$); consumo de bebidas alcohólicas ($p=0,001$); estructura Familiar ($p=0,02$), edad de inicio de relaciones sexuales ($p=0,04$); número de parejas sexuales ($p=0,04$); uso de anticonceptivos y embarazo precoz (19).

Rodríguez A; Espinoza E.et.al. (2017). Realizaron una investigación sobre. Factores que influyen en el embarazo en adolescentes en el Centro de Salud Pedro Sánchez Meza Chupaca de enero a marzo del 2016. Con el Objetivo de. Determinar los factores que influyen en el embarazo en adolescentes en el Centro de Salud Pedro Sánchez Meza Chupaca. Resultados. El 90% tuvieron una edad de 15 a 19, el 47% tenían como grado de instrucción secundaria, 70% ocupación ama de casa, 43% estado civil convivientes, 63% no usaron métodos anticonceptivos (20).

Valdivia J. (2016). Ejecutó un estudio. Factores que contribuyen al embarazo en adolescentes del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari periodo enero – junio 2015; Cuyo Objetivo fue. Determinar los factores que contribuyen al embarazo en adolescentes del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari. Resultados: según la paridad y el número de gestación un 52,4% son segundíparas y segundigestas; el 71,4 % presentó una edad correspondiente a la adolescencia tardía; un 57,1 % presento la menarquia en la adolescencia temprana; un 95,2 % inició sus relaciones sexuales en la adolescencia media el 81,0 % del total de gestantes adolescentes estudiaron secundaria (21).

Rujil P; Silupe J (2016). Realizó una investigación titulada. Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el control prenatal Hospital “Sagaro” II-1. Objetivo, Determinar los factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el control prenatal Hospital “Sagaro” II-1. Los resultados encontrados fueron: el 50% de gestantes adolescentes comprendidas entre 17 – 19 años no planificaron su embarazo, el 69% de gestantes adolescentes tenían estudios secundarios, el 54% si reciben apoyo económico de sus padres, el 69% tiene una familia funcional y el 37% que iniciaron sus relaciones sexuales entre 14 – 16 años tenían conocimientos previos de métodos anticonceptivos (22).

Cruzalegui, G. (2015). Investigó respecto a los Factores Sociales, Económicos y Culturales y su relación con la adolescente embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea, Nuevo Chimbote. Con el objetivo. Determinar los factores sociales, económicos y culturales y su relación con la adolescente embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote. Resultados: el 72,4% eran solteras, el 93,1 % su grado de instrucción secundaria, el 72,4% provenían de familias desintegradas; 62,1% tenían un ingreso familiar de 750,00 soles, el 79,3% su ocupación ama de casa; el 79,3% de procedencia urbana, el 41,4% no usaba método anticonceptivo, solo el 37,9% usó preservativo, el 89,7% tenía como inicio de relaciones sexuales entre los 14 – 16 años. Aplicando la prueba χ^2 , no se encontró significancia estadística $p>0,05$, entre ambas variables (23).

Pérez, M. En Loreto (2015), realizó un estudio *titulado*. Embarazos adolescentes en Iquitos. Refiere que, 30% de las adolescentes ya son madres o están embarazadas. Del total de mujeres que han sido madres adolescentes el 49,2% son de zonas rurales, 66,9% solo alcanzó estudios primarios y 51,3% pertenece al quintil inferior de riqueza; Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI 2015), 3 de cada 10 adolescentes ya son madres y están embarazadas, sólo 13,1% de las madres adolescentes asiste al colegio en comparación, 80,4% de las adolescentes que son madres ya no asisten al colegio. En lo laboral, las adolescentes que son madres deben realizar un trabajo menor y mal remunerado (24).

Vásquez, Y. (2015), realizaron un trabajo de investigación *titulado*. “Actitud de las adolescentes embarazadas frente a su estado de gravidez según factores sociales y demográficos. Puesto de salud Chontapaccha Cajamarca”. cuyo *objetivo* fue determinar y analizar la relación entre la actitud de las adolescentes embarazadas frente a su estado de gravidez y factores sociales y demográficos. Puesto de Salud Chontapaccha-Cajamarca, donde se determinó que la mayoría (56%) de adolescentes embarazadas tienen una actitud positiva frente a su embarazo, se encuentran entre las edades 16 y 17 años, un (64%) son solteras, proceden de la zona urbana, la mayoría (36%) de adolescentes embarazadas tiene un grado de instrucción de secundaria incompleta y pertenecen a una familia nuclear (25).

Escalera, Y; Méndez, T (2014), ejecutó un estudio *titulado*. “Causas del embarazo precoz en las adolescentes atendidas en el Centro de Salud Chilca-Huancayo”, objetivo describir las causas del embarazo precoz en las adolescentes atendidas en el Centro de Salud Chilca, Resultados, el 86,67% no hacen uso de los métodos anticonceptivos, el 44,44% mencionó que la comunicación en temas de planificación con su pareja es regular y en un 31,11% manifestó tener una mala comunicación con su pareja (26).

Bazán, M; Villanueva, K (2014). Realizaron un estudio en Perú, *titulado*: “Relación entre el uso de métodos anticonceptivos y el embarazo no planificado en adolescentes – Instituto Especializado Materno Perinatal” con el objetivo de analizar la relación entre los factores asociados al uso de métodos anticonceptivos (MAC) con los embarazos no planificados. Los factores de riesgo fueron: conocimientos de MAC, barreras al acceso de los anticonceptivos, comunicación con los padres, comunicación con la pareja (27).

Alves, M; Pinto, J (2014), realizó una investigación en Brasil, titulada: “Conocimiento, actitudes y práctica sobre métodos anticoncepciones entre adolescentes gestantes” con la finalidad de estudiar los conocimientos, actitudes y prácticas en relación con el uso previo de métodos anticonceptivos entre las adolescentes embarazadas. Las adolescentes tenían una edad media de 16,1 años. La edad media de la menarquia fue de 12,2 años y 14,5 años para la primera relación sexual. El 54% de los adolescentes había usado anticonceptivos en el primer coito. El uso de

condón (99,4%) y los anticonceptivos orales (98%) fueron los métodos anticonceptivos más populares. El 67,3% no estaba utilizando ningún método antes de quedar embarazada (28).

2.3. MARCO CONCEPTUAL.

A. EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.

El embarazo en la adolescencia se relaciona con factores sociales, económicos y culturales, son más probables en comunidades pobres, poco instruidas y rurales. La procreación prematura aumenta el riesgo tanto para las madres como para los recién nacidos. Cuanto más joven sea la madre, mayor el riesgo para el bebé (15).

“El embarazo precoz constituye uno de los problemas sociales que tiene el Perú, dado a que las jóvenes se embarazan a edades muy tempranas, cuando aún no han alcanzado a terminar su adolescencia, favoreciendo el incremento de los indicadores de morbilidad materno perinatal” (15).

La adolescencia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014), “define a la adolescencia al periodo de la vida en la cual la persona adquiere la capacidad reproductiva, que transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica y fija sus límites entre los 10 y 19 años” (29).

Etapa de transición en el desarrollo entre la niñez y la vida adulta, “comienza alrededor de 12-13 años con la pubertad, que es un largo y complejo proceso en el que se producen importantes cambios biológicos como el comienzo de la menstruación en las niñas, la presencia de espermatozoides en los varones, la maduración de los órganos reproductivos y el desarrollo de características sexuales secundarias” (30), todo esto produce el alcance de la maduración sexual.

Durante la adolescencia, se desarrolla la capacidad para:

Establecer y mantener relaciones personales satisfactorias al aprender a compartir la intimidad sin sentirse preocupado o inhibido.

Ir hacia un sentido más maduro de sí mismos y de su propósito.

Cuestionar los viejos valores sin perder su identidad (30)

En general se considera que los adolescentes son un grupo sano; sin embargo, muchos mueren de forma prematura debido a accidentes, suicidios, violencia escolar, complicaciones relacionadas con el embarazo y enfermedades prevenibles o tratables. Este cambio produce una nueva concepción del mundo interior y del mundo exterior, un nuevo enfrentamiento con los conceptos éticos, religiosos sociales, una nueva valoración de lo pasado y sobre todo de lo futuro que colocan al ser una crisis acuciante, profunda y larga.

La adolescencia es un fenómeno cultural y social y por lo tanto sus límites no se asocian fácilmente a características físicas. La relación entre la conducta sexual del adolescente y otras preocupaciones más amplias son

claras. Los estudios demuestran que las conductas de riesgo tienen factores comunes interrelacionados. Por ejemplo, los adolescentes que tienen un embarazo no deseado practican el sexo sin protección y de riesgo, y tienen relaciones abusivas que suelen ser los mismos que consumen sustancias y tienen bajo rendimiento escolar.

Fases del periodo adolescente

En el funcionamiento psicológico, las dimensiones más destacadas del desarrollo adolescente se dan en el plano intelectual, sexual, social y en la elaboración de la identidad. No se trata de secuencias rígidas, pues las aceleraciones y desaceleraciones de los procesos dependen, a lo menos, de las diferentes subculturas, la situación socioeconómica, los recursos personales y tendencias previas, los niveles alcanzados de salud mental y desarrollo biológico, las interacciones con el entorno, y entre éstas, las relaciones de género y las relaciones intergeneracionales (30).

Por los matices según las diferentes edades a la adolescencia se les puede dividir en tres edades (30):

1. Adolescencia Temprana (10 – 13 Años)

Biológicamente es el período peri puberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquia.

Psicológicamente el adolescente empieza a perder el interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.

Intelectualmente aumentan unas habilidades cognitivas y sus fantasías; no controlan sus impulsos y se plantean metas vocacionales irreales.

Personalmente se preocupa mucho más por sus cambios corporales con incertidumbres por su apariencia física.

2. Adolescencia Media (14 a 16 Años)

“Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático” (31).

Psicológicamente es el período de máxima relación con sus padres, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividades sexuales; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por la apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda (31).

3. Adolescencia Tardía (17 a 19 Años)

“Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus cuadros y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrolla su propio sistema de valores con metas vocacionales reales” (31).

Crecimiento y Desarrollo de las adolescentes.

Desde el punto de vista práctico, los cambios habituales del crecimiento tienen tres grandes características (32):

1. Se realizan en forma secuencial, “es decir unas características aparecen antes de que aparezcan otras, como es el caso del crecimiento de los senos antes de la aparición de la menstruación (regla o periodo) el vello púbico antes que el axilar, los miembros inferiores crecen primero que el tronco, los testículos se incrementan antes que el pene, etc.” (32).
2. El tiempo de comienzo la magnitud y la velocidad de cada evento es considerablemente variable entre las edades y los sexos. Cada evento del crecimiento y sigue la ley de la variabilidad individual del desarrollo. Cada individuo tiene una propia manera de ser y la conserva a través de los años de la adolescencia y en el que influyen diversos factores, como su origen étnico su constitución genética o familiar, nutrición funcionamiento endocrino y ambiente sociocultural (32).
3. Estos cambios dependen en gran medida del tipo constitucional, factores genéticos y otros más circunstanciales como la nutrición, la presencia o no de determinados desbalances hormonales que no necesariamente tienen que ser patológicos. La prevención primordial y la promoción de factores generales y específicos de protección evitan y controlan los daños y trastornos en la salud del adolescente (32).

Algunos de estos factores de protección incluyen la educación, la nutrición, las inmunizaciones, el ejercicio físico, el tiempo libre justo, la promoción de las actividades familiares, la atención al desarrollo emocional, las oportunidades de trabajo y el desarrollo de cambios en las legislaciones favorables para el niño y el adolescente (32).

Conceptos generales del embarazo en la adolescencia.

1. Embarazo en la adolescencia.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS 2014). Se define como: “el que ocurre dentro de los 2 años ginecológico entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarquia, y/o cuando el adolescente es aún dependiente de su núcleo general de origen “. Se denomina embarazo en adolescentes al que ocurre durante la adolescencia de la madre, definida esta última la (OMS), como el lapso de vida transcurrido entre los 10 y 19 años (29).

También se suele designar como embarazo precoz, en atención a que se presenta antes de que la madre haya alcanzado la suficiente madurez emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad. Aunque en muchas culturas aún persiste la idea de que la mujer debe iniciar tempranamente su vida reproductiva, son diversos los argumentos que la contradicen (29).

La OMS “considera como embarazo de riesgo el que ocurre en mujeres menores de 19 años, ya que es la causa principal de mortalidad de las jóvenes que tienen entre 15 y 19 años debido a complicaciones

relacionadas con el parto, y los abortos practicados en condiciones de riesgo” (29).

El embarazo en una pareja de jóvenes en general es un evento inesperado, sorpresivo. La OPS/OMS, señala que se desarrollan reacciones de angustia propias del momento y trastornos en el proceso normal del desarrollo de la personalidad, fenómenos que condicionan la aparición de patologías orgánicas propias del embarazo (29).

Muchas mujeres llegan al embarazo como una manera de llenar sus múltiples carencias. Al ser requerida sexualmente, las hace sentirse valoradas. Entregan ese cariño no tanto por satisfacción personal, sino por satisfacer a la persona que quieren mantener a su lado (29).

Factores que favorecen el embarazo en la adolescencia (33).

Entre los factores más relevantes que propician el embarazo en adolescentes, se mencionan los siguientes:

a) Factores individuales

Dificultad para planear proyectos a largo plazo, personalidad inestable, baja autoestima y poca confianza, sentimiento de desesperación, menarquia precoz, conducta de riesgo, abuso de alcohol y drogas, abandono escolar, dificultad para mejorar sus condiciones de vida, insuficientes dificultades por integrarse a grupos de entretenimiento,

antecedentes familiares, familia conflictiva o en crisis, madres que han estado embarazadas en la adolescencia (33).

Biológicos

El uso de los métodos de planificación en los adolescentes las expone a un embarazo a edades tempranas (33).

Menarquia

La edad de la pubertad ha declinado desde los 17 años en el siglo XIX alrededor de 12 a 13 años, actualmente lo que conduce a que la adolescente sea fértil a una edad menor (33).

Psicosociales

El embarazo en la adolescencia muy pocas veces es casual, obedece en general a una serie de causas, algunas psicológicas, socioculturales y familiares (33).

Psicológicos

En la etapa temprana del desarrollo cognoscitivo de la adolescencia, estos no son capaces de entender consecuencias de la actividad sexual precoz, la necesidad de probar su facultad, está influenciada por fantasías de infertilidad, puede ser un factor poderoso durante la adolescencia (33).

Dentro de las causas psicológicas están: desean tener hijo para reconstruir la ternura materna o para construir la que no han tenido,

para castigar a los padres por su incomprensión, agradar al novio, para irse de un hogar disfuncional, para conseguir un marido que la acompañe y la ayude a sobrevivir económicamente.

b) Factores familiares

La familia desde la perspectiva psicosocial es vista como uno de los microambientes donde permanece el adolescente y por lo tanto es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable, este estilo de vida debe promover bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia (33).

Se ha descrito como factor de riesgo asociado a la familia, la inestabilidad emocional, el embarazo adolescente de una hermana, madre con historia de embarazo adolescente y enfermedad crónica de uno de los padres.

Familia disfuncional (tensión y conflicto familiar) familia en crisis, pérdida de un familiar, enfermedad crónica de algún familiar, madre con embarazo en la adolescencia, hermana adolescente embarazada, padre ausente(33).

c) Factores sociales

Existen programas que incitan las relaciones sexuales, tendencia a la reproducción de la madurez materna (hijos a temprana edad), falta de acceso a los servicios de planificación familiar. Entre los factores socioculturales: el embarazo de la adolescente está relacionado con la condición de la mujer en las diferentes sociedades; también incluyen

la percepción de la sociedad sobre estos roles y el valor que ésta le otorga (33).

Esta se describe en términos de su ingreso, empleo, educación, salud y fertilidad y también los roles que ella desempeña en la familia y la comunidad (33).

Una unidad psicosocial sujeta a la influencia de los factores socioculturales, protectores y de riesgo cuya interacción la hace vulnerable a caer en situaciones de crisis. El machismo y la necesidad del varón de probarse es un factor dinámico en el comportamiento del varón que las embaraza. El machismo influencia el patrón de conducta sexual y el uso de métodos anticonceptivos (especialmente entre los adolescentes) (33).

Otras causas son: pocas oportunidades de esparcimiento y educación, inicio de las relaciones sexuales en edades tempranas, falta de acceso a los servicios de planificación familiar (33).

Aspectos psicosociales del embarazo en las adolescentes.

1. La adolescencia de las adolescentes embarazadas.

La maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado. Las madres adolescentes

pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y, en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares (34).

Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como “hija-madre”, cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron (34).

También en su historia, se encuentran figuras masculinas cambiantes, que no ejercen un rol ordenador ni de afectividad paterna, privándolas de la confianza y seguridad en el sexo opuesto, incluso con el mismo padre biológico. Así, por temor a perder lo que cree tener o en búsqueda de afecto, se someten a relaciones con parejas que las maltratan. En otros casos, especialmente en menores de 14 años, el embarazo es la consecuencia del “abuso sexual”, en la mayoría de los casos por su padre biológico. Issler, R (2011), manifiesta que el despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses; con escolaridad pobre, sin proyectos (laborales, de uso del tiempo libre, de estudio); con modelos familiares de iniciación sexual precoz; por estimulación de los medios de comunicación, inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con chicos muy jóvenes, con muy escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal (34).

Tienen relaciones sexuales sin protección contra enfermedades de transmisión sexual buscando a través de sus fantasías el amor que compense sus carencias (34).

2. Actitud hacia la maternidad.

“El embarazo en la adolescente (embarazo precoz), es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente” (34).

Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre.

En la adolescencia temprana (34), con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exacerban los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. Si, como muchas veces ocurre, es un embarazo por abuso sexual, la situación se complica mucho más.

Se vuelven muy dependiente de su propia madre, sin lugar para una pareja, aunque ella exista realmente. No identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos (34).

En la adolescencia media, entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suele usar, exhibiendo su abdomen gestante en el límite del exhibicionismo. Es muy común que “dramaticen” la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizando “poderoso instrumento” que le afirme su independencia de los padres (34).

Frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión. Temen los dolores del parto, pero también temen por la salud del hijo, adoptando actitudes de autocuidado hacia su salud y la de su hijo. Con buen apoyo familiar y del equipo de salud podrán desempeñar un rol maternal, siendo muy importante para ellas la presencia de su compañero. Si el padre del bebé la abandona, es frecuente que inmediatamente constituya otra pareja aún durante el embarazo (34).

En la adolescencia tardía, “luego de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando, muchas de ellas, el papel de madre

joven. La crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes” (34).

En resumen, la actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa de su vida por la que transita y, si es realmente una adolescente aún, necesitará mucha ayuda del equipo de salud, abordando el tema desde

un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y crianza de su hijo durante sus primeros años de vida (34).

Consecuencias de la maternidad- paternidad adolescente.

1. Consecuencias para la adolescente.

“Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o en el momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras oportunidades de lograr empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección. También le será difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales” (34).

Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación.

En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia. Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza (34).

2. Consecuencias para el hijo de la madre adolescente.

“Tienen un mayor riesgo de bajo peso al nacer, dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado la gestación. También se ha reportado una mayor incidencia de muerte súbita” (34).

Tienen un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional.

Muy pocas acceden a beneficios sociales, especialmente para el cuidado de su salud, por su condición de “extramatrimoniales” o porque sus padres no tienen trabajo que cuenten con ellos (34).

3. Consecuencias para el padre adolescente.

“Es frecuente la deserción escolar para absorber la manutención de su familia. También es común que tengan peores trabajos y de menor remuneración que sus padres, sometidos a un estrés inadecuado a su edad. En general, todo ello condiciona trastornos emocionales que dificultan el ejercicio de una paternidad feliz” (34).

Conocer los factores predisponentes y determinantes del embarazo en adolescentes, “permite detectar las jóvenes en riesgo para así extremar la prevención. Además, las razones que impulsan a una adolescente a continuar el embarazo hasta el nacimiento pueden ser las mismas que la llevaron a embarazarse” (34).

Plan multisectorial para la prevención del embarazo en las adolescentes.

Las adolescentes que enfrentan un embarazo no planeado afrontan un número importante de problemas en la dimensión individual, familiar y social como son: el abandono de sus parejas, la

imposibilidad de concluir sus estudios escolares (que limita sus planes de vida y el acceso a oportunidades de desarrollo), el incremento de los riesgos en la morbilidad de la adolescente embarazada y su bebé, la limitada capacidad de la adolescente madre para cuidar y criar al niño/a (35).

El inicio a temprana edad de las relaciones sexuales sin protección a su vez coloca a los y las adolescentes en riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH y Sida.

En este sentido, el Plan Bicentenario hacia el 2021, cuyo segundo eje estratégico está relacionado con el desarrollo de oportunidades y acceso a servicios y su objetivo general del eje en mención es: Igualdad de oportunidades y acceso a servicios básicos, y su segundo objetivo específico es el acceso universal a servicios integrales de salud con calidad. Establece acciones relacionadas con la salud de las y los adolescentes, las mismas que se mencionan a continuación (35):

Dotar de personal a los establecimientos de salud.

Fortalecer el primer nivel de atención en el país.

Ejecutar el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud- PEAS en el Seguro Integral de Salud-SIS, Es Salud, Entidades Privadas de Salud-EPS, y la Sanidad de las Fuerzas Armadas y PNP.

Ampliar la participación ciudadana en la prevención y la promoción de la salud; y definir prioridades sanitarias.

El Programa de aseguramiento universal. Protege a la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud priorizando a aquellas poblaciones vulnerables.

Programa de salud materno neonatal. Reducir la morbilidad materna y neonatal.

El Programa de violencia familiar y sexual.

Del mismo modo, el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021(PNAIA 2021), aprobado por Decreto Supremo N° 001-2012-MIMP, establece como una de las Metas Emblemáticas para el desarrollo de la infancia y la adolescencia en el Perú, reducir la tasa de adolescente en 20%, estableciendo como Objetivo Estratégico N° 3: Consolidar el crecimiento y desarrollo integral de las y los adolescentes de 12 a 17 años de edad, señalando como Resultado Esperado N° 9: “Las y los adolescentes postergan su maternidad y paternidad hasta alcanzar la edad adulta” (35).

El presente Plan Multisectorial, es el resultado de un trabajo concertado entre distintos sectores públicos, privados, la sociedad civil, representantes de la población adolescente, organizaciones no gubernamentales, así como organismos de la cooperación técnica internacional; deberá guiar las acciones en materia de prevención y atención del embarazo en adolescentes en los próximos años (2013

- 2021), tanto del sector gubernamental, como del sector no gubernamental y de la cooperación internacional (35).

No cabe duda que el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescente se constituye en una oportunidad para crear las condiciones necesarias que contribuirán a cumplir con los objetivos y metas comprometidas en la Cumbre del Milenio con énfasis en el Objetivo 5 y de esta forma, permitir que miles de adolescentes mejoren sus condiciones de vida y alcancen una mayor equidad en el acceso a la salud y al desarrollo (35).

Atención diferenciada de los adolescentes en los servicios de salud del Ministerio de Salud.

La Norma Técnica de Salud para la atención integral de salud en la etapa de vida adolescente, fue aprobada con la finalidad de contribuir a la atención Integral de Salud de calidad para las y los adolescentes, con enfoque de derechos, género, diversidad, interculturalidad, prevención de riesgo, igualdad de oportunidades, equidad e intergeneracionalidad , y con el objetivo de establecer los criterios técnicos y administrativos para la atención integral de las y los adolescentes residentes en el Perú cuyas edades están comprendidas entre los 12 y 17 años, 11 meses y 29 días, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud basado en la Familia y Comunidad (35).

Para lograr la atención integral de salud de los y las adolescentes se implementarán diversas estrategias, entendiéndose como estrategia al conjunto de acciones que deberán ser incorporadas acorde a la realidad de cada región.

Las estrategias que se vienen incorporando son las siguientes:

- a. La descentralización.
- b. Coordinación multisectorial e intersectorial.
- c. Participación del adolescente.
- d. Formación de equipos de interdisciplinarios.
- e. Conformación de redes de soporte social.
- f. Utilización de tecnologías y comunicación articulación con instituciones educativas saludables.
- g. Formación de adolescentes como educadores pares.
- h. Implementación de familias fuertes.
- i. Promoción de comunidades saludables.
- j. Promoción de municipios saludables.

A través del cumplimiento de esta norma los/las adolescentes reciben atención diferenciada en los establecimientos de salud a nivel nacional (36). En los hospitales y centros de salud, 3572 servicios se organizan en ambientes y horarios diferenciados. Su personal brinda confidencialidad en el trato al paciente. A nivel nacional existen servicios para adolescentes en todos los establecimientos de salud, los cuales brindan acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos o enfermedades, recuperación y rehabilitación; 3572 de ellos se han organizado en horarios o espacios exclusivos que garanticen la privacidad en la atención.

Los servicios de salud para adolescentes contribuyen a disminuir las condiciones de vulnerabilidad, brechas e inequidades en el acceso de este grupo poblacional, se brinda evaluación nutricional y física, la evaluación del desarrollo sexual, incluye la orientación y consejería en salud sexual (VIH-SIDA) y entrega de métodos anticonceptivos a adolescentes sexualmente activos; asimismo, se realiza la evaluación del desarrollo psicosocial y talleres educativos (36).

Otro de los aspectos importantes de los servicios para adolescentes, en los establecimientos de salud, es que sus equipos multidisciplinarios se encargan de detectar factores y conductas de riesgo como violencia, depresión, ansiedad, consumo de alcohol, drogas, embarazo precoz, ITS-VIH, entre otros.

La Coordinadora de la Etapa Vida Adolescente del MINSA, informó que el MINSA cuenta con servicios de atención al adolescente en los 8 000 establecimientos a nivel nacional. Sin embargo, explicó que “hay algunos que se han organizado de tal forma que brindan atención diferenciada y otros que coordinan con instituciones educativas. Lo importante aquí es que el adolescente encuentre privacidad y confidencialidad durante las atenciones” (36).

B. USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POR LAS/LOS ADOLESCENTES.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (2015). En el capítulo respecto a la evolución de la fecundidad de las adolescentes, aborda el uso actual de métodos anticonceptivos en tres grupos de mujeres adolescentes según su nivel de exposición al riesgo de embarazo. En el embarazo de 17 años, el total de mujeres adolescentes que usa algún método anticonceptivo se ha incrementado (de 7,5% en 1996 a 14,0% en el 2013), en especial el uso de métodos modernos (37).

Entre las adolescentes actualmente unidas (casadas y convivientes al momento de la encuesta) la proporción que usa algún método anticonceptivo aumentó de 46,0% en 1996 a 65,9% en el 2013. El uso de los métodos modernos ha pasado de cerca de un tercio en 1996 a algo más de la mitad en el 2012 (31,0% a 50,6%), pero en el 2013 se advierte menor porcentaje de adolescentes que usan este tipo de métodos (47,9%), a la vez del nacimiento de las que usan métodos tradicionales y folklóricos (pasaron de 16,0% a 19,0%) (37).

Los métodos específicos modernos de mayor porcentaje de uso son la inyección y el condón masculino y entre los tradicionales, el ritmo o abstinencia periódica. Entre aquellas adolescentes sexualmente activas, el comportamiento en cuanto a uso de métodos anticonceptivos tuvo un desarrollo diferente al de los otros dos grupos mencionados. Hubo incrementos entre 1996 y el 2000, pero fue en los métodos tradicionales y folclóricos (de 37,1% a 45,1% en el 2000) (37).

¿Qué sucedió entonces en el 2009 y en el 2013, que aluden a períodos en los que hubo incremento de la fecundidad adolescente? ¿Se puede atribuir a falla del método? ¿Falta de información para usar correctamente? Por un lado, está la falta de provisión de insumos, pues hubo desabastecimiento de anticonceptivos en varios periodos aproximadamente desde el 2000, y otros en el que el presupuesto para el programa de Planificación Familiar tuvo poco incremento, en especial para adquirir insumos anticonceptivos (37).

Aunado a esta carencia está la concerniente a la falta de oferta de información y educación en planificación familiar y en educación sexual. Por otro lado, la brecha entre una iniciación sexual que se adelanta y el uso de anticonceptivos entre las adolescentes sexualmente activas que aún está lejos de ser generalizado (menos de dos tercios de adolescentes sexualmente activas estaban usando los métodos modernos en el 2013) explica el incremento de fecundidad en adolescente (37).

Y, sobre el número de hijos e hijas de las adolescentes al empezar el uso de anticoncepción. El porcentaje de adolescentes alguna vez unidas que empezó el uso de métodos anticonceptivos antes de tener hijos e hijas vivos se ha ido incrementando desde 35,3% en el 2000 hasta 73,2% en el 2013. Entre las adolescentes alguna vez embarazadas, algo más de tres cuartos empezaron a usar algún método anticonceptivo antes de tener hijos e hijas, algo más de un quinto cuando tenía una hija o hijo vivo (37).

Planificación familiar.

Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a mujeres y hombres en edad fértil, dentro de las cuales se encuentra la información, educación, orientación/consejería y la prescripción y provisión de métodos anticonceptivos, para que las personas o parejas ejerzan el derecho a decidir libre y responsablemente, si quieren o no tener hijos, así como el número y el espaciamiento entre ellos (38).

Anticoncepción:

Procedimiento que previene o reduce significativamente las posibilidades de una fecundación en mujeres fértiles, ya sean ellas o sus parejas quienes los usen. En lo posible, los métodos anticonceptivos deben cumplir con requisitos y características que permitan a las personas alcanzar sus metas reproductivas en forma efectiva y segura para su salud y de acuerdo a su situación de vida (38).

Método Anticonceptivo:

Se refiere a cualquier acción, instrumento o medicación dirigida a evitar la concepción de un embarazo.

Eficacia Anticonceptiva:

Es la eficacia teórica y la eficacia de uso. A veces se expresa en forma de porcentaje, pero es más preciso hacerlo por número de embarazos anuales por cada 100 mujeres que usan el método. La tasa media de

embarazos para parejas sexualmente activas es de 90% al año; cualquier método anticonceptivo que reduzca la tasa de embarazo por mujer al año al 10% se considera muy efectivo (39).

Descripción de los Métodos de Planificación Familiar:

A. Método de Abstinencia Periódica

Definición: “Abstención de relaciones sexuales durante un período determinado del ciclo menstrual (fase fértil) para evitar un embarazo” (40).

1. Método de Billings, de la ovulación o del moco cervical.

Definición. Consiste en reconocer la fase fértil del ciclo menstrual, por la presencia del moco cervical, la lubricación o sensación de humedad mediante la observación diaria de sus genitales. La fase fértil comprende desde el día de inicio de la sensación de humedad o presencia de moco hasta tres días después de haber identificado el día fértil (día de máxima humedad, moco filante), momento en el cual el moco vuelve a ser pegajoso o hay sensación de sequedad (40).

Características particulares

Puede ser usado por cualquier mujer en edad reproductiva.

Recomendar el uso con precaución a:

- Mujeres con flujo persistente o que estén dando de amamantar.
- Mujeres en quienes se les haya realizado procedimientos cervicales como: conización, electro cauterización.

Forma de uso

Se requiere:

- Aprender a observar los signos y síntomas de fertilidad.
- Registrar estos signos y síntomas en una gráfica o cartilla.

2. Método del ritmo, Ogino–knaus, de la regla o del calendario (40).

Definición: Es un método de abstinencia periódica.

Forma de uso:

En las mujeres con ciclos entre 27 y 30 días, instruir a la pareja que debe abstenerse de tener relaciones sexuales entre el noveno y décimo noveno día del ciclo menstrual.

Características particulares para el uso: (40).

Puede ser usado por mujeres de cualquier edad con ciclos regulares.

La mujer debe registrar la duración de los ciclos menstruales por lo menos durante 6 meses; idealmente entre 10 a 12 meses (historia menstrual). De no tenerla, podría iniciar con este método usando “ciclos referenciales” de 23 días como el ciclo más corto y de 33 como el día más largo.

De la historia menstrual, seleccionar el ciclo más corto y el más largo

Se calcula el número de días del período menstrual a partir del primer día de sangrado hasta el anterior de la siguiente menstruación.

Para calcular el primer día del período fértil, reste 19 días al ciclo más corto.

Para calcular el último día del período fértil, reste 11 días al ciclo más largo.

Utilizarlo con precaución en mujeres que estén dando de lactar. Debe brindarse orientación sobre las particularidades para predecir el período fértil.

No se recomienda en mujeres con ciclos irregulares (en cuanto a duración y características) (40).

3. Método de lactancia materna y amenorrea (MELA).

Definición: “Método natural, basado en la infecundidad temporal de la mujer durante la lactancia” (40).

Mecanismo de acción: Supresión de la ovulación ocasionada por cambios hormonales, producto del amamantamiento, siendo la principal modificación.

Criterios básicos. Debe cumplir necesariamente estas 3 condiciones:

Lactancia exclusiva (amamantar 10 a 12 veces durante el día y la noche, con un intervalo no mayor de 4 horas durante el día y de 6 horas durante la noche).

Que la usuaria se mantenga en amenorrea, es decir que no haya sangrado después de los 42 días post parto.

Se encuentre dentro de los 6 meses postparto.

Características

Fácil de usar

Muy eficaz, si cumple con los criterios básicos

No interfiere con las relaciones sexuales.

No requiere insumos anticonceptivos

La madre VIH (+) puede infectar al neonato a través de la lactancia

Contraindicaciones:

Mujeres que tengan contraindicación para dar de lactar a su hijo.

Portadoras de VIH.

Mujeres que no cumplen los tres requisitos (40).

4. El coito interrumpido (coitus interruptus):

Definición. Es otro método de planificación familiar natural que consiste en retirar el pene de la vagina antes de que se produzca la eyaculación, para evitar la diseminación y la fecundación del óvulo(41).

Ventajas (42).

Es gratuito y siempre está disponible.

Uno de los motivos fundamentales por los que se utiliza es porque es absolutamente gratuito y siempre es una opción. No hay que comprar ni colocarse nada antes de la relación sexual.

Eyacular fuera de la vagina puede hacerlo cualquiera, en cualquier lugar y en cualquier momento (aunque hacerlo correctamente requiere práctica).

El método de eyaculación fuera de la vagina es seguro porque no tiene efectos secundarios. De todas formas, este método no protege contra el contagio de ITS y no es la manera más eficaz de evitar embarazos (42).

Desventajas (42).

Es difícil retirar el pene antes de eyacular a tiempo.

El primer motivo por el cual el método de eyaculación fuera de la vagina falla es porque no se retira el pene antes de eyacular.

Si eyacula dentro de la vagina, es posible que se produzca el embarazo. Aunque el semen solo tenga contacto con los genitales externos (la vulva), los espermatozoides pueden llegar a la vagina y producir el embarazo.

Algunos hombres no logran retirar correctamente el pene antes de eyacular.

Si eyacula de manera precoz, el método de eyaculación fuera de la vagina no es una buena manera de evitar embarazos.

El coitus interruptus tampoco es el mejor método si no puede predecir exactamente cuándo va a eyacular.

Para usar este método, necesita mucho autocontrol y confianza (42).

El autocontrol y la confianza son indispensables para la práctica de este método.

Para practicar correctamente el coitus interruptus, debe tener una relación sana, en la que ambos miembros de la pareja se comprometan por igual a evitar el embarazo (42).

B. Métodos de barrera.

1. Condón (40).

Definición: Funda delgada de látex, lubricada

Características.

Eficaz si se usa correctamente.

Pocos efectos negativos: alergia al látex.

De fácil obtención y bajo costo.

No requiere examen ni prescripción médica.

Fomenta la participación activa del varón en la anticoncepción.

Su uso correcto evita la transmisión de las ITS y VIH/SIDA.

Requiere motivación de la pareja.

Se usa en el momento durante la relación sexual.

2. Químicos:

1. Espermicidas (40):

Mecanismo de Acción

Se trata de sustancias que, en forma de gel, espuma o supositorio, destruyen o incapacitan los espermatozoides.

Eficacia

Tienen una eficacia anticonceptiva baja, por lo que solamente se indica.

Si se usan junto con otros métodos anticonceptivos (preservativo) (40).

Modo de uso

Requiere introducirlo en la vagina previamente unos 10 a 15 minutos antes de iniciada la penetración, según las indicaciones de uso.

C. Anticonceptivos hormonales.

1. Anticonceptivos orales combinados (AOC).

Definición: “Son aquellos que poseen una combinación de estrógeno y progestágeno” (40).

Tipos

De dosis alta de estrógeno:

Con 50 microgramos de etinilestradiol, su uso solo está limitado a situaciones muy especiales y debe ser prescrito por especialistas.

De dosis media de estrógeno:

Con 30 a 35 microgramos de etinilestradiol, es la de uso común en los servicios de planificación familiar del Ministerio de Salud.

De dosis baja de estrógeno:

Con 15 a 20 microgramos de etinilestradiol.

Pueden ser de 21 tabletas o de 28 (21 con hormonas y 7 con sulfato ferroso).

El Ministerio de Salud, distribuye en forma gratuita lofemenal de 21 pastillas con 30 microgramos de etinilestradiol y 150 microgramos de levonorgestrel, y 7 pastillas con sulfato ferroso.

Mecanismos de acción.

Supresión de la ovulación

Espesamiento del moco cervical, que dificulta el ascenso de los espermatozoides hacia el tracto reproductivo superior.

Características (40): Método dependiente de la usuaria (requiere motivación y uso diario).

No requiere examen pélvico para el inicio del método (sólo en caso de existir algún síntoma que sugiera patología ginecológica subyacente).

Se recomienda completar el examen en las siguientes visitas.

Retorno inmediato de la fertilidad al discontinuar el método.

Puede ser usado por mujeres de cualquier edad y paridad.

Disminuye el flujo menstrual (podría mejorar la anemia por deficiencia de hierro).

Disminuye los cólicos menstruales.

Regulariza los ciclos menstruales.

Disminuye la incidencia del cáncer de ovario y de endometrio.

Disminuye la incidencia de patologías benignas de mamas.

Previene los embarazos ectópicos.

Disminuye el riesgo de contraer una enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).

La eficacia disminuye cuando se utilizan ciertos fármacos como la rifampicina en la tuberculosis, griseofulvina para micosis y antiepilépticos (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos y primidona).

En mujeres con enfermedades crónicas preexistentes se requiere una evaluación médica por personal calificado.

Forma de uso.

Debe ser indicado por personal capacitado.

Se recomienda usar anticonceptivos orales de dosis media o baja (etinilestradiol de 15 a 30 microgramos).

Ingesta diaria y preferentemente a la misma hora.

Iniciar el método:

El primer día del ciclo, pero puede iniciarse entre el primero y el quinto día.

En el postaborto, entre el primero y quinto día después de la evacuación.

En el postparto si no está amamantando a partir de la sexta semana; en caso contrario, diferir los anticonceptivos hormonales combinados hasta los seis meses post parto.

En los siguientes ciclos:

En el caso de paquete o tira de 21 pastillas, reiniciar luego de siete días de haber terminado el ciclo anterior.

En el caso de paquete o tira de 28 pastillas, no interrumpir la toma y continuar inmediatamente con el siguiente luego de terminar el anterior.

Instrucciones en caso de olvido en la toma del AOC:

Ciclo de 21 pastillas:

En caso de que la usuaria olvide tomar una pastilla indicar que tome inmediatamente la pastilla que olvidó y que continúe diariamente con las pastillas que siguen (40).

Si la usuaria olvida tomar dos o más pastillas, indicarle que suspenda la toma de éstas y espere la menstruación (sangrado por deprivación) para iniciar con un nuevo paquete de inmediato. En caso de haber tenido relaciones en los días que no se tomó la pastilla, brindar consejería sobre el uso de la Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE).

Durante el periodo de espera del sangrado, se debe usar un método de respaldo como el condón o practicar abstinencia (evitar las relaciones sexuales).

Ciclo de 28 pastillas:

Si las pastillas que la usuaria olvidó tomar son las blancas (con contenido hormonal), se deben seguir las mismas indicaciones anteriores. El olvido de tomar la pastilla marrón (sulfato ferroso), no amerita ningún manejo especial. Iniciar un nuevo paquete o tira el primer día de la menstruación.

Contraindicaciones:

Mujeres embarazadas (embarazo posible o confirmado).

Mujeres con sangrado genital sin explicación (hasta que se evalúe).

Mujeres que estén amamantando, hasta los seis meses del postparto.

Mujeres con una hepatopatía activa.

Mujeres fumadoras (más de 15 cigarrillos por día) de más de 35 años de edad.

Mujeres con antecedentes de cardiopatía, hipertensión arterial (mayor de 160/100) o accidente cerebro vascular, coagulopatía o diabetes con compromiso vascular y/o cualquier enfermedad con evidencia de daño vascular.

Mujeres cuya condición les impida cumplir con las indicaciones.

Mujeres con cáncer de mama o endometrio.

Mujeres con indicación de reposo absoluto por una semana o más (cirugía, traumatismos, etc.).

Mujeres con cefalea intensa asociada a visión borrosa, pérdida temporal de la visión, destellos, problemas al hablar o realizar movimientos.

2. Anticonceptivos inyectables combinados AIC:

Definición. Ampollas que contienen en su fórmula estrógenos y progestágenos pudiendo tener lo siguiente.

Composición:

1. 25 mg de acetato de medroxiprogesterona y 5 mg de cipionato de estradiol en solución acuosa.
2. 50 mg de enantato de norretisterona y 5 mg de valerato de estradiol en solución oleosa.

Mecanismo de acción:

Similar a los anticonceptivos orales combinados.

Características.

Acción inmediata y eficaz.

No requiere examen pélvico para el inicio del método (sólo en caso de existir algún síntoma que sugiera patología ginecológica subyacente). Se recomienda completar el examen en las siguientes visitas.

Puede ser usado por mujeres de cualquier edad y paridad.

No interfiere con las relaciones sexuales.

Puede producir cambios en el patrón de sangrado menstrual, al menos en los primeros meses.

En mujeres con enfermedades crónicas se requiere una evaluación médica por personal calificado.

Forma de uso.

Primera ampolla:

Aplicar entre el primer y quinto día del inicio de la menstruación.

En el postparto aplicar a partir de la tercera semana en mujeres que no dan de lactar; en mujeres que dan de lactar después de los 6 meses

En el postaborto aplicar entre el primer y quinto día (considerar la evacuación como el primer día del ciclo).

Cada 30 días con un margen de 3 días antes o después.

Administrar en la región glútea o deltoidea sin realizar masaje post aplicación.

Contraindicaciones (40):

Mujeres embarazadas (embarazo posible o confirmado).

Mujeres con sangrado genital sin explicación (hasta que se evalúe).

Mujeres que estén amamantando, hasta los seis meses del postparto.

Mujeres con una hepatopatía activa.

Mujeres fumadoras (más de 15 cigarrillos por día) de más de 35 años de edad.

Mujeres con antecedentes de cardiopatía, hipertensión arterial (mayor de 160/100) o accidente cerebro vascular, coagulopatía o diabetes con compromiso vascular y/o cualquier enfermedad con evidencia de daño vascular.

Mujeres con cáncer de mama o endometrio.

Mujeres con indicación de reposo absoluto por una semana o más; por ejemplo, cirugía y traumatismos.

Mujeres con cefalea intensa asociada a visión borrosa, pérdida temporal de la visión, destellos, problemas al hablar o realizar movimientos.

3. Inyectables de solo Progestágenos

Definición: El más usado es el acetato de medroxiprogesterona de 150 miligramos (DMPA) (40).

Mecanismos

Supresión de la ovulación.

Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides.

Reducción del transporte de los óvulos en las trompas de Falopio.

Cambios en el endometrio.

Características.

Pueden ser usados por mujeres en cualquier edad o paridad (incluidas las nulíparas).

No es aconsejable su uso durante los 2 primeros años posteriores a la menarquia por el riesgo de la disminución de la captación de calcio por la matriz ósea de los huesos. En caso de no existir otra alternativa, es preferible su uso, ya que el riesgo de muerte por embarazo no deseado es mayor que la disminución de la densidad ósea. Eficaz y de efecto rápido.

No requiere examen pélvico para el inicio del método (sólo en caso de existir algún síntoma que sugiera patología ginecológica subyacente). Se recomienda completar el examen en las siguientes visitas.

Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI). Ayuda a prevenir el cáncer de endometrio y posiblemente el cáncer de ovario.

Cambios en el patrón del sangrado menstrual en la mayoría de las mujeres: amenorrea, sangrado/goteos irregulares.

Puede producir aumento de peso.

El retorno de la fecundidad no es inmediato, en promedio puede demorar cuatro meses.

Mejora la anemia.

Forma de Uso.

Inicio: Entre el primer o quinto día del inicio de la menstruación;

Postparto: inmediatamente en mujeres que no dan de lactar.

Mujeres que dan de lactar: iniciar a las seis semanas postparto

Postaborto: entre el primero y quinto día después de la evacuación.

La eficacia se presenta a las 24 horas del inicio.

En mujeres que dan de lactar, podría ser utilizado inmediatamente en el post parto, en caso de:

No tener otra opción anticonceptiva

Que la usuaria no se siente segura con el método de lactancia y amenorrea.

En algunos establecimientos se ha promovido su empleo desde el postparto inmediato en todas las mujeres que escojan el método, por la ventaja adicional que la mujer egresa del hospital usando un método anticonceptivo. El inicio en el postparto inmediato depende del criterio del médico, quien deberá analizar costo-beneficio, teniendo en cuenta que lo más importante no es que la usuaria salga con un método anticonceptivo, sino que use uno en forma continua y con el cual se sienta cómoda y segura.

Siguientes dosis:

Administrar cada tres meses,

En casos especiales se puede adelantar o atrasar su aplicación hasta dos semanas.

Administrar en la región glútea o deltoidea sin realizar masaje post aplicación (40).

4. Anticoncepción oral de emergencia (AOE).

Definición: Método de emergencia para prevenir un embarazo; no reemplaza al uso continuado de otros métodos anticonceptivos (40).

Mecanismo de acción.

Seguimiento.

Primer control: las mujeres que usan este método es necesario que acudan para evaluación y prescripción de la siguiente dosis, antes de los 90 días de iniciado el método.

Siguientes controles: cada 3 meses para la administración del

inyectable.

Es importante que la mujer y su pareja acudan cada año para una evaluación integral de salud.

Informar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en el momento que ella o su pareja considere necesario o si presenta alguna molestia.

Impide la ovulación

Previene la fertilización por alteración del transporte de los espermatozoides y el óvulo.

No altera el endometrio

No actúa como abortivo, ya que no interrumpe un embarazo ya existente.

Características.

No es un método anticonceptivo de rutina, sino de excepción; por lo que no debe usarse en lugar de los otros métodos de planificación familiar.

Por lo tanto, no se debe incluir en la mezcla anticonceptiva.

Cualquier mujer puede usar AOE siempre y cuando no esté embarazada.

No se han reportado malformaciones congénitas en los recién nacidos en el caso de falla del método.

En qué casos usar la AOE. Se puede usar en situaciones de emergencia:

Mujeres que han tenido una relación sexual contra su voluntad (violación).

Si el condón se ha roto.

Si el DIU ha sido expulsado.

Si la mujer ha olvidado de tomar 2 días o más sus anticonceptivos orales,

o se ha retrasado más de 2 semanas en recibir su inyectable anticonceptivo (depoprovera) y ha tenido una relación sexual sin usar otro método de planificación familiar.

Si la relación sexual tuvo lugar sin protección anticonceptiva y la mujer no desea quedar embarazada.

Modo de uso. Se debe usar como máximo dentro de las 72 horas después de la relación sexual sin protección. Debe ser administrado por personal capacitado. Toda mujer que recibe AOE debe tener consejería en planificación familiar.

Contraindicaciones.

La mujer embarazada, por el hecho de que no interrumpirá el embarazo. No existen contraindicaciones médicas conocidas para el uso ocasional de las pastillas anticonceptivas de emergencia.

Sin embargo, su uso repetido implica las mismas contraindicaciones que los anticonceptivos hormonales orales de uso rutinario.

La AOE no debe reemplazar el uso de otros métodos de planificación familiar.

2.4. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS ADOLESCENTES.

- 1. Edad.** La edad periodo de tiempo que ha pasado desde el nacimiento y se expresa en años cumplidos (43).

La edad de inicio de las relaciones sexuales es cada vez más temprana, pero la capacidad de prevenir el embarazo no acompaña este comportamiento. Entre los 10 y los 14 años no existe la madurez emocional e intelectual necesaria para aplicar medidas adecuadas de prevención. Esto dificulta la

posibilidad de las adolescentes de ejercer un control reflexivo sobre el ejercicio de la sexualidad y sus consecuencias, así como la capacidad para negociar con sus parejas las decisiones sobre la actividad sexual y la prevención de embarazos (37).

En muchos países de la región, las mujeres en edad reproductiva tienen poco conocimiento sobre el cuerpo y procesos fisiológicos como el ciclo menstrual y el periodo fértil. Este desconocimiento es mayor en las adolescentes más jóvenes. En casos extremos, el embarazo no es reconocido hasta el momento del parto. De igual forma, a edades tempranas el conocimiento sobre las formas de evitar el embarazo es escaso o circula información errónea a cerca de la fecundación y los métodos anticonceptivos (37).

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud en México (ENSA), 54,2% de los adolescentes de 12 a 14 años dijeron conocer al menos un método anticonceptivo. Este porcentaje se reduce a 31,9% entre los adolescentes del mismo grupo de edad sin escolaridad (37).

2. Paridad.

Está dado por el número de hijos que ha tenido la mujer, ya sea vía vaginal o por cesárea. La paridad constituye un factor de riesgo tanto en la edad de la adolescencia como en la edad límite de la reproducción, cuando la mujer ha tenido seis a más embarazos, tiene mayores probabilidades de tener contracciones leves durante el parto y hemorragias después del mismo,

debido al debilitamiento de sus músculos uterinos (44).

También puede tener un parto rápido, que aumenta el riesgo de padecer una hemorragia vaginal copiosa. Además, tiene muchas más probabilidades de tener placenta previa (una placenta anormalmente localizada en la parte inferior del útero). Este trastorno puede causar hemorragia y, como la placenta puede bloquear el cuello uterino por lo general, se debe practicar una cesárea (44).

3. Estado civil.

Situación jurídica concreta que posee un individuo con respecto a la familia. El estado o nación a la que pertenece. El estado conyugal no tiene un efecto directo sobre la fecundidad, pues opera mediante la actividad sexual, que es la variable subyacente de interés. Sin embargo, su efecto indirecto puede ser muy poderoso, porque la actividad sexual en el marco de una unión conyugal no solo tiene que ser más frecuente, sino que, sobre todo, suele asociarse a muchas mayores probabilidades de objetivos reproductivos (37).

Respecto al estado conyugal de las adolescentes alguna vez embarazadas, según la Encuesta del 2013 alrededor de un tercio son madres sin pareja conyugal (25,5% son solteras y 6,8% separadas o divorciadas). Y entre las que tienen pareja conyugal, predominan las convivientes (64,8% frente a 2,9% de casados). La maternidad adolescente ocurre principalmente en uniones consensuales (convivencias), pero también existe importante proporción de madres solteras, sobre todo en las embarazadas por primera vez (30,1%) (37).

Cada vez es más frecuente que la madre permanezca soltera, a diferencia del pasado, cuando la mayoría de los embarazos adolescentes conducía a unión o matrimonio voluntario o forzado. Una posible explicación se puede encontrar en Smith-Battle, quien afirma que la mayoría de las madres adolescentes tiene matrimonios menos estables que aquellas que posponen la maternidad para más adelante (45).

4. Grado de instrucción.

La asistencia a un centro educativo en el periodo de la adolescencia debería caracterizarse por ser una etapa de la vida en la que la formación educativa fuese uno de los principales roles que deba desempeñar (46).

Pero hay una menor asistencia escolar entre las adolescentes madres que entre las adolescentes no madres, tanto en el área urbana como en la rural. Según la encuesta 2013, más de ocho de cada diez adolescentes alguna vez embarazadas no asisten a un centro educativo (85,2%) y la razón más frecuente es por embarazo o matrimonio (45,9%) seguida de las razones económicas (22,1%) (46).

La deserción por embarazo en las adolescentes se enfrenta por problemas sociales y económicos, que son los que generalmente motivan la deserción escolar en un gran número de ellas, por falta de apoyo emocional y/o económico por parte de la familia. Por lo tanto, el embarazo adolescente como tal no es la principal causa de deserción escolar, sino que existen factores externos relacionados con este hecho que afectan la presencia en el proceso educativo formal. No se puede olvidar que la asistencia escolar

guarda relación con las condiciones económicas (47).

5. Ingreso económico.

El ingreso económico es el producto remunerativo del trabajo, mensual quincenal o semanal. Cantidad de dinero que una familia puede gastar en un periodo determinado sin aumentar ni disminuir sus activos netos (48), un embarazo adolescente implica generalmente la interrupción de su formación educativa y la necesidad de incorporarse compulsivamente al mercado laboral en condiciones desfavorables.

“El embarazo adolescente es relevante desde el punto de vista del desarrollo porque es una manifestación de la falta de oportunidades y porque la maternidad temprana puede tener implicaciones que fomenten círculos viciosos de pobreza entre generaciones, exclusión social y altos costos sociales. Atender este reto demandará políticas mejor diseñadas que tomen en cuenta la complejidad del fenómeno” (49).

2.5. HIPÓTESIS.

Ha: El embarazo en adolescentes (embarazo precoz) guarda relación estadística significativa con el uso de los métodos anticonceptivos.
Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota -2012.

Ho: El embarazo en adolescentes (embarazo precoz) no guarda relación estadística significativa con el uso de los métodos anticonceptivos.

2.6. VARIABLES.

VARIABLE DEPENDIENTE:

Embarazo en adolescentes (embarazo precoz)

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Uso de métodos anticonceptivos.

A. Métodos de Abstinencia periódica o naturales (40).

- Método de Billings, de la ovulación o del moco cervical.
- Método del ritmo, Ogino – knaus. De la regla o del calendario.
- Método de lactancia materna y amenorrea.
- Coitus interruptus.

B. Métodos de barrera:

- El condón
- Espermicidas vaginales

C. Métodos anticonceptivos hormonales:

- Anticonceptivos orales
- Inyectables (depoprovera, otras)

D. Método anticoncepción oral de emergencia:

- Píldora del día siguiente.

VARIABLE INTERVINIENTE:

Características sociodemográficas.

1. Edad.
2. Paridad.
3. Estado Civil.
4. Grado de instrucción.
5. Ingreso económico.

2.7. OPERACIONALIZACIÓN DE LOS COMPONENTES DE LAS HIPÓTESIS

Variable Independiente	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Tipo de variable
Embarazo en Adolescentes (embarazo precoz)	Es aquella condición de gestación que ocurre en la edad de la adolescencia, comprendida desde los 10 hasta 19 años, independientemente de la edad ginecológica entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen (29).	Actualmente embarazada: Embarazo temprano. Embarazo medio. Embarazo tardío.	SI NO De 10 a 13 años De 14 a 16 años De 17 a 19 años.	Cualitativa

Variable Dependiente	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Tipo de variable
Uso de métodos anticonceptivos.	Es el ejercicio o práctica general, acción de usar algún método anticonceptivo, acción, instrumento o medicación dirigida a evitar la concepción de un embarazo (37).	Métodos de abstinencia periódica Método de Billings, de la ovulación o del moco cervical. Método del ritmo, Ogino – Knaus. De la regla o del calendario. Método de lactancia materna y amenorrea. Coitus interruptus Métodos de Barrera El condón espermicidas vaginales Método anticonceptivo hormonal: Anticonceptivos orales Inyectables Método anticoncepción oral de emergencia: Píldora del día siguiente. .	Uso de método anticonceptivo: Si usa () No usa () cuál es el método anticonceptivo que usa:	Cualitativa.

Variable Interviniente	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Tipo de variable
Características Sociodemográficas	Elementos y procesos que provocan el cambio social. Se produce constantemente a través de los grupos humanos o del desarrollo histórico de la sociedad. Incluye la descripción de las características sociales y demográficas de un grupo de la población, tales como: edad, paridad, estado civil, grado de instrucción entre otras (50)	Edad. Paridad. Estado Civil. Grado de instrucción. Ingreso económico.	De 10 a 13 años De 14 a 16 años De 17 a 19 años 0: Ninguno 1: Uno Soltera Casada: Conviviente Analfabeta Primaria. Secundaria. Superior. Menor a un sueldo mínimo vital S/. 650.00 Igual a un sueldo mínimo vital S/ 650.00 Más de un sueldo mínimo vital S/ 650.00	Cuantitativa Razón Cualitativa Nominal Cualitativa Nominal Ordinal Ordinal .

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. MÉTODOS Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

El presente estudio de investigación es no experimental, transversal, y correlacional. No experimental; ya que, no se realizó manipulación de las variables. Lo que se hace en la investigación no experimental es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos (51).

Con enfoque cuantitativo, basado en los números con el fin de analizar y comprobar información y datos, de corte transversal ya que se recolectaron los datos en un periodo de tiempo determinado en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas, de diseño correlacional la cual tiene como objetivo analizar las relaciones entre dos o más variables significativas del objeto de estudio, se determinó el grado de relación existente entre la variable dependiente con la independiente. Se empleó la prueba estadística de chi-cuadrado para determinar la relación entre las variables dependientes e independiente (51).

3.2. ÁREA DE ESTUDIO

El presente trabajo de investigación se realizó en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas, en los servicios de obstetricia y planificación familiar, en donde se atienden mujeres en edad fértil a los/las adolescentes quienes tienen una atención diferenciada. El mismo que se encuentra ubicado en la

zona urbana de la ciudad de Chota, que corresponde al distrito y provincia de Chota y región Cajamarca. Chota, se ubica en la parte Septentrional del Perú, y se encuentra a 2 228 m.s.n.m. por el norte limita con la provincia de Cutervo, por el sur con la provincia de Celendín, Hualgayoc y Santa Cruz, por el este con la provincia de Luya (Amazonas) y por el oeste con la provincia de Ferreñafe, Chiclayo (Lambayeque).

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.

3.3.1. Población.

La población lo constituyeron todas las adolescentes embarazadas y no embarazadas en el momento de la entrevista, entre las edades comprendidas de 10 a 19 años, atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas de Chota, en el servicio de obstetricia y planificación familiar, en el período de enero a diciembre del 2012, siendo un total de 1391.

3.3.2. Muestra.

La muestra es de tipo probabilística, se utilizó la fórmula estadística para determinarla y está conformada por las adolescentes sexualmente activas, que ya eran madres o que se encontraban embarazadas al momento de aplicar el instrumento, adolescentes que acudían a atenderse en el servicio de Obstetricia y planificación familiar del Hospital José Hernán Soto Cadenillas de Chota. Así la muestra está conformada por 301 adolescentes, según los criterios de inclusión.

El tamaño mínimo de muestra se calculó para estimar la proporción de embarazo en adolescentes (embarazo precoz), con una confiabilidad del 95% y un error máximo tolerable del 5% basado en la siguiente formula y los datos que se encuentran a continuación.

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

Donde:

N=1 391 (Población adolescentes de 10 a 19 años).

Z=1,96 Coeficiente del 95% de la confiabilidad

P=0,5 Proporción de gestantes adolescentes que se encontraban embarazadas (Estimado hipotético).

Q=0,5 Proporción de gestantes adolescentes que no se encontraban embarazadas (estimado hipotético).

E= 0,05 Error máximo tolerable en la estimación de "P" (precisión).

n= Tamaño de la muestra.

$$n = \frac{(1,96)^2 (0,95)(0,05) (375)}{(0,05)^2 (374) + 3,84 (0,25)}$$

$$n = 301$$

La muestra corresponde a 301 adolescentes, sexualmente activas, que ya eran madres o que se encontraban embarazadas y que correspondían al ámbito de acción del Hospital José Hernán Soto Cadenillas Chota, que acudieron a ser atendidas en éste.

La muestra se obtuvo del registro de atención de los servicios de gineco-obstetricia y planificación familiar en forma aleatoria, teniendo en cuenta los criterios de inclusión, hasta tener las 301 adolescentes según los criterios de inclusión, en el período de enero a diciembre del 2012.

3.3.3. Criterios de inclusión.

Se tuvo en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Mujeres adolescentes sexualmente activas, atendidas en el servicio de Planificación familiar y de Obstetricia en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas de Chota.
- Adolescentes que ya eran madres.
- Adolescentes embarazadas en el momento de la aplicación del instrumento.
- Adolescentes con residencia en el ámbito de acción del hospital José Hernán Soto Cadenillas de Chota que acudían a ser atendidas.
- Adolescentes que firmaron el consentimiento informado.

3.3.4. Criterios de exclusión.

Se tuvo en cuenta los siguientes criterios de exclusión:

- Mujeres adolescentes que se nieguen a la entrevista.
- Mujeres que no firmaron el consentimiento informado.

3.3.5. Unidad de análisis.

En el presente trabajo la unidad de análisis lo constituyen cada una de las adolescentes seleccionadas como parte de la muestra y que cumplían con los criterios de inclusión.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

3.4.1. Técnicas.

La técnica que se empleó para la recolección de la información en la presente fue la entrevista.

3.4.2. Instrumento.

Los datos fueron recolectados a través de un instrumento denominado cuestionario, diseñado por la autora, fue elaborado teniendo en cuenta los objetivos y las variables en estudio, se divide en cuatro secciones que contemplan los siguientes aspectos:

En la primera parte: Datos generales de identificación de la adolescente.

La segunda parte: Registro del embarazo adolescente.

La tercera parte: Corresponde al registro del uso de métodos anticonceptivos y el uso más frecuente.

La cuarta parte: Caracterización de las adolescentes. Paridad, Estado civil, Grado de instrucción, Ingreso económico.

3.4.3. Validez y Confiabilidad.

Validez del instrumento. Se validó el instrumento mediante criterio de 03 jueces (expertos) (Apéndice N°05), profesionales con experiencia en el tema, esto permitió tener la validez de contenido, constructo y criterio del instrumento y luego se editó el instrumento final.

a). Juicio de Expertos

Para dar validez al instrumento se utilizó la evaluación de tres expertos (Apéndice N°05), cuyos resultados son los siguientes:

EMBARAZO EN ADOLESCENTES Y EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	EVALUACIÓN (%)
Experto 1	85%
Experto 2	80%
Experto 3	73%
Promedio	79%

Fuente. Fichas de validación de expertos

Análisis.

El instrumento de recojo de datos sometido a juicio de expertos, tuvo un promedio de 79% equivalente a una evaluación BUENA, según el criterio expuesto en el esquema de validación, lo que indica que el INSTRUMENTO fue apto para ser aplicado (Apéndice N°05).

Confiabilidad del instrumento.

Para determinar la confiabilidad del instrumento, se aplicó una Prueba Piloto, al 10% del total de la muestra, que correspondió a 30

adolescentes, con características similares a la población y que no conforma parte de la muestra.

Considerando que la prueba de confiabilidad calculada mediante el coeficiente ALPHA DE CROMBRACH = 0,734, que se interpreta como una confiabilidad excelente, en función de 13 items base para el cálculo (Apéndice N°06).

3.5. Procedimiento para la recolección de información.

La recolección de la información se la realizó de la siguiente manera:

- a) Coordinaciones pertinentes con el director del Hospital José Hernán Soto Cadenillas de la ciudad de Chota.
- b) Se coordinó con los responsables de los servicios de obstetricia y planificación familiar. Para la recolección de datos importantes para la formulación del presente estudio.
- c) Luego se aplicó el instrumento a través de la entrevista, luego de la firma del consentimiento informado para recabar la información pertinente, teniendo en cuenta que cumplan con los criterios de inclusión de la muestra.

3.6. Procesamiento de la información.

La información se recolectó en forma manual a través del cuestionario, la misma que fue codificada, y digitalizada. Para el procesamiento de la información se tuvo en cuenta que es un trabajo cuantitativo, transversal, no experimental y correlacional. Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 22:00, los datos organizados son presentados en tablas simples y de doble

entrada. Utilizando además frecuencias relativas y absolutas, e indicadores estadísticos.

CONTRASTE DE HIPÓTESIS:

Para determinar la relación entre las variables se utilizó la prueba estadística de chi-cuadrado, como prueba de independencia de criterios de clasificación, por ser la más adecuada para determinar los objetivos propuestos y contrastar la hipótesis planteada. Se complementa con el coeficiente de Pearson, por ser el más adecuado para el tipo de variables.

Nivel de significación $NS=\alpha= 0,05$

Estadística de Prueba: Chi cuadrada (Escala nominal)

Se contrastó la variable dependiente: Embarazo adolescente (embarazo precoz).

Con la variable Independiente; Métodos anticonceptivos, clasificada de la siguiente manera:

Métodos de abstinencia periódica

Métodos de Barrera

Métodos anticonceptivos orales de emergencia

Otros métodos: Coitus interruptus

Regla de Decisión

Para cada caso:

Si NS (nivel de sig.) $=P < 0,05$ se rechaza H_0 . Y se acepta H_1 , Caso Contrario se acepta H_0

3.7. Análisis de la información.

El análisis de la información se lo hizo en dos fases:

Primera fase: Se describen los resultados respecto al embarazo adolescente (embarazo precoz) y al uso de los métodos anticonceptivos, en base a las estadísticas obtenidas en el proceso comparando con teóricas y antecedentes.

Segunda fase: Se realizó la contrastación de la hipótesis, sobre la base de estadísticas inferenciales, tales como el chi cuadrado, para determinar la relación significativa entre el embarazo en adolescentes relacionados significativamente con el uso de los métodos anticonceptivos, para ello se utilizó el coeficiente de Pearson.

3.8. Consideraciones éticas.

La investigación cuantitativa busca asegurar la calidad y objetividad de la investigación, con relación a la ética se tuvo en cuenta los siguientes principios:

Rigor ético.

Principio de autonomía. La participación fue de carácter voluntario, garantizando que cualquier participante podía negarse o retirarse en cualquier momento, sin considerarse que cualquiera de sus derechos pudiera verse amenazado. En nuestro trabajo de investigación las adolescentes pudieron tomar la decisión de participar o no en la investigación, las cuales no fueron influenciadas por otras personas, para esto firmaron el consentimiento informado.

Justicia: El cuestionario fue aplicado a las adolescentes, respetando su decisión de participar, dándoles libertad a manifestar sus dudas, proporcionándoles un trato amable y cordial en todo momento (52).

3.9. Rigor científico.

Confidencialidad: La información que se recolectó en el servicio de obstetricia y de planificación familiar del Hospital José Hernán Soto Cadenillas, será utilizada solo por la investigadora. Los datos extraídos serán confidenciales, utilizados solo para fines de investigación

Confiabilidad: Considerando este principio, se tuvo confianza en la información brindada por los participantes.

Credibilidad: Se refiere al valor de la verdad, considerándose durante todo el proceso de investigación para la confianza de la información que se obtuvo durante la aplicación del instrumento a los sujetos de estudio. Se logró a través de las observaciones y conversaciones con los participantes del estudio y recolectando la información por los informantes (52).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS E INTERPRETACIÓN

TABLA 1. ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL JOSÉ HERNÁN SOTO CADENILLAS CHOTA, 2012.

Adolescentes atendidas En el H.J.H.S.C	Actualmente se encuentra embarazada				Total	
	Sí		No		Nº	%
Edad:						
12-13	1	0,7	25	16,2	26	8,6
14-16	50	34,0	64	41,6	114	37,9
17-19	96	65,3	65	42,2	161	53,5
TOTAL	147	100,0	154	100,0	301	100,0

En la presente tabla muestra, que del total de adolescentes atendidas el 65,3% se encontraban embarazadas en el momento de la entrevista y correspondían a las edades de 17 a 19 años y el de menos porcentaje de embarazadas se encontró en el grupo etario de 12 a 13 años con el 0,7%.

Mientras que de las adolescentes que no se encontraban embarazadas el 42,2% se hallaban en el grupo etario de 17 a 19 años y el 16,2% al grupo etario de 12 a 13 años.

Los resultados revelan una realidad en cuanto al embarazo en adolescentes (embarazo precoz), pues más del cincuenta por ciento de las participantes se encontraba embarazada, estos resultados conllevan a reflexionar sobre esta situación de las adolescentes en nuestro medio, por las consecuencias que este trae para la salud y la vida de ellas y de sus hijos; probablemente estos se dan por

diversos factores: sociales, biológicos y culturales. Sobre todo, que al momento de la relación sexual no optan por usar los métodos anticonceptivos.

Molina, R (2013). Refiere que es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todas pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actividades y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo, sabiendo que: una adolescente que se embaraza se comportara como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes (31).

El embarazo en las adolescentes “traen consecuencias que afectan tanto a la adolescente como al hijo de la madre adolescente y al padre adolescente; en la adolescente el abandono de los estudios, no puede conseguir un trabajo con sus beneficios sociales, el compromiso de pareja va a ser menos duradero, las madres adolescentes tienden a tener mayor número de hijos” (34). Así mismo en el mayor riesgo del bajo peso al nacer, de sufrir daños físicos, negligencias en sus cuidados y para el padre deserción escolar, tener trabajos no dignos y de menor remuneración, todo ello trasciende emocionalmente y no les permite ejercer una paternidad feliz.

La Organización Mundial de la Salud (2018), refiere que algunos adolescentes planean y desean su embarazo, pero en muchos casos no es así. Los embarazos en la adolescencia son más probables en comunidades pobres, poco instruidas y rurales. En países de ingresos medianos y bajos más del 30% de los adolescentes

contraen matrimonio antes de los 18 años, y cerca del 14% antes de los 15 años. Las adolescentes no saben cómo evitar un embarazo, pues en muchos países no hay educación sexual (53).

Es probable que los adolescentes se sientan demasiado cohibidos o avergonzados para solicitar servicios de anticoncepción, puede que los anticonceptivos son demasiados caros o que no sea fácil conseguirlos o incluso que sean ilegales (53). Aun cuando sea fácil conseguir anticonceptivos, las adolescentes activas sexualmente son menos propensas a usarlos que las mujeres adultas, o que las adolescentes no puedan negarse a mantener relaciones sexuales no deseadas, a oponerse a las relaciones sexuales forzadas, que suelen ser sin protección.

La no utilización de métodos anticonceptivos según Rojas y Clavos (2014), tiene una alta relación con la negativa de la pareja para su uso; las probables causas aducidos por los varones son la falta de conocimiento, actitud cultural en relación a los mismos y la violencia física y verbal. Basado en este hecho, probablemente, el incremento de educación en la población masculina puede obtener un cambio en la percepción. El haber tenido una madre cuyo hijo haya nacido en la adolescencia, la falta de conocimiento de métodos anticonceptivos, la falta de uso de dichos métodos y al número de parejas. Son factores relacionados con un incremento de embarazo en la adolescencia (54).

El embarazo en adolescentes, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2012), es un problema de salud pública por eso, la tarea de los países a nivel mundial es implementar estrategias efectivas para reducirlo, implementando

acciones de prevención y políticas públicas, refiere que la educación es clave para disminuir los embarazos en la adolescencia y su recurrencia y se deben incluir los programas de salud sexual y reproductiva. Asimismo, los programas encaminados a prevenir la violencia tanto sexual como doméstica contribuirán a disminuir esta problemática (55).

Asimismo, los programas también deben guiar a la adolescente en el uso de un método anticonceptivo, ellos los conocen, pero no los aplican, es necesario eliminar falsas creencias y el temor frente a los efectos secundarios. Estos programas contribuirán a evitar embarazos no deseados en corto plazo (55). En los últimos años se ha visto un incremento de las actividades de educación sexual en el país, actualmente, cuatro de cinco mujeres jóvenes han participado en actividades de educación sexual en los colegios, barrios o universidades. Esta tendencia se debe mantener hasta lograr una cobertura del 100%.

Respecto a los adolescentes que ya son madres Rothenberg (2012), asegura en primer lugar, que es fundamental implementar estrategias adecuadas con el fin de fomentar desde la gestación la participación en el control prenatal, orientar la anticoncepción durante el postparto inmediato y evitar la deserción escolar (56). Así mismo numerosos estudios en países industrializados han demostrado que realizar programas exclusivos para su atención, son útiles para el riesgo de un segundo embarazo. Por lo que debería contemplar ese tipo de proyectos con el fin de mejorar el futuro de los adolescentes.

Existen estrategias para mejorar la salud de los adolescentes y especialmente disminuir los indicadores en cuanto al embarazo en las adolescentes. Dentro de estos se encuentra El Plan Multisectorial para la prevención del embarazo 2013 – 2021, que “resolvió reconocer las consecuencias del embarazo en adolescentes como un problema de salud pública dentro de la Subregión y declarar prioritarios los planes para su prevención y atención integral”(35). Asimismo, el Plan Bicentenario “El Perú hacia el 2021”; elaborado por el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico y aprobado por el foro de Acuerdo Nacional en marzo del 2011, “cuyo segundo eje estratégico está relacionado con el desarrollo de oportunidades y acceso a servicios básicos, y su segundo objetivo específico es el acceso universal a servicios integrales de salud con calidad”.

No cabe duda que el Plan Multisectorial para la prevención del embarazo en adolescentes “se constituye en una oportunidad para crear condiciones necesarias que contribuyan a cumplir el objetivo 5: Disminuir la mortalidad materna y de esta forma permitir que miles de adolescentes mejoren sus condiciones de vida y alcancen una mayor equidad en el acceso a la salud y al desarrollo” (35).

Sin embargo, se espera el cumplimiento de su implementación óptima a fin de lograr lo previsto. Así otro de los esfuerzos del Ministerio de Salud (2017), es el establecimiento de la atención diferenciada de los adolescentes en los servicios de salud, con la finalidad de contribuir a la atención integral de salud de calidad para las y los adolescentes, con enfoque de derechos, género, diversidad, interculturalidad, prevención de riesgo, igualdad de oportunidades, equidad e intergeneracionalidad (36). A través del cumplimiento de esta norma los

adolescentes reciben atención diferenciada en los establecimientos de salud a nivel nacional, en los hospitales y centros de salud, con el objetivo de disminuir los embarazos no deseados.

Se espera que esta estrategia vigente actualmente contribuya a que ocurra una disminución de los indicadores mencionados en cuanto al embarazo en adolescentes. En el Hospital José Hernán Soto Cadenillas de Chota, también se viene implementando esta estrategia con la finalidad de lograr un acercamiento de las adolescentes a los servicios de salud y así contribuir a disminuir los indicadores de embarazos en las adolescentes que en nuestro medio también constituyen un problema social.

Varios determinantes según Chandra et.al (2013), han sido implicados con el embarazo en adolescentes, y si bien muchas adolescentes tal vez deseen quedar embarazadas, varios se producen en el contexto de violaciones de derechos humanos como el matrimonio infantil, relaciones sexuales forzadas o el abuso sexual (57). Así, Sánchez, Y et.al (2013), afirma que “Este fenómeno se ha vinculado a múltiples determinantes individuales, familiares, socioculturales y políticos” (58).

Gomes, I (2019), en su estudio también afirma que otro factor condicionante es que la menarquia en la actualidad se presenta a temprana edad entre los 12 a 13 años y además que el uso de métodos de planificación en los adolescentes de Latinoamérica es bajo, lo cual las expone al riesgo de embarazarse a edades tempranas (33).

Según el Ministerio de Protección Social República de Colombia (2019), refiere que “Hasta un 49% de adolescentes en embarazo se encuentran por fuera de escuelas y colegios, otras abandonan los estudios secundarios y 7,5% lo hacen por estar en embarazo y 5% por que se casan, entre otras razones. Las mujeres sin escolaridad tienen la edad de la primera unión marital a los 17 años”. Un 81% de adolescentes ha usado un método anticonceptivo alguna vez en su vida, pero sólo 10% los usa en su primera relación sexual, siendo este uno de los determinantes más importantes para embarazos precoces (59).

Ruíz, S (2016). Concluye que entre los factores que influyen para que se produzca este problema de salud pública se encuentra: falta de información o información distorsionada sobre educación sexual, inicio precoz de actividad sexual más la menarquia temprana que se da entre las niñas. Las recomendaciones incluyen llegar de manera oportuna y con información de calidad sobre educación sexual, para que las adolescentes tengan conocimientos del riesgo de embarazo precoz por iniciar una vida sexual activa a temprana edad (17).

Por tanto, en nuestro medio también constituye una prioridad la educación sexual en la población adolescente y así poder evitar los riesgos de un embarazo no deseado, empoderarla de conocimiento sobre sus derechos sexuales, el valor de sí misma y la responsabilidad de sus decisiones, con participación de la familia lo cual es fundamental si queremos lograr cambios en esta problemática.

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y DEMOGRÁFICAS DE LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL JOSÉ HERNÁN SOTO CADENILLAS, CHOTA- 2012.

Características Sociales y Demográficas	Actualmente se encuentra embarazada				Total	
	Sí		No		Nº	%
Edad:						
12-13	1	0,7	25	16,2	26	8,6
14-16	50	34,0	64	41,6	114	37,9
17-19	96	65,3	65	42,2	161	53,5
Paridad						
Ninguno	113	76,9	137	89,0	250	83,1
Uno	34	23,1	17	11,0	51	16,9
Estado Civil						
Soltera	35	23,8	79	51,3	114	37,9
Casada	44	30,0	24	15,6	68	22,6
Conviviente	68	46,2	51	33,1	119	39,5
Grado de Instrucción						
Analfabeta	4	2,7	3	1,9	7	2,3
Primaria	13	8,8	18	11,7	31	10,3
Secundaria	94	63,9	109	70,8	203	67,4
Superior	36	24,4	24	15,6	60	19,9
Ingreso Económico (S/.)						
< 650.00	124	84,4	133	86,4	257	85,4
650.00	12	8,1	16	10,4	28	9,3
> 650.00	11	7,5	5	3,2	16	5,3

Se observa en relación a la edad de las adolescentes atendidas, que del total de adolescentes el 53,5% corresponde al grupo etario de 17-19 años, de las cuales el 65,3% estuvo embarazada y el 42,2% no estaba embarazada en el momento del

estudio y solamente el 8,6% de las adolescentes correspondió al grupo etario entre 12- 13 años de edad.

Los resultados guardan cierta similitud con lo referido por Quintero (2015), donde los resultados destacan que es en la adolescencia tardía donde ocurre la mayoría de los embarazos representando el 67,2% (18). También guarda relación con los resultados de Rodríguez, A; Espinoza, E.et.al (2017), quien encontró que el 90% de las adolescentes embarazadas se hallaban entre los 15 a 19 años de edad (20), y con los referidos por Rujil P; Silupe J (2016) en que el 50% de las gestantes adolescentes se encontraban entre los 17 a 19 años (22).

De igual forma Alves, M; Pinto J. (2014), manifiesta que las adolescentes tenían una edad media de 16,1 años, la edad de la menarquia fue de 12,2 años y 14,5 años, la primera relación sexual y el 54% de los adolescentes habían usado anticonceptivos en el primer coito (28). La edad de la primera relación sexual decrece a medida que aumentan los años de educación, cuando es más bajo el nivel económico, las mujeres inician sus relaciones a más temprana edad.

En cuanto a la paridad, se observa que del total de adolescentes el 83,1% no tenían hijos, de las cuales el 76,9% se encontraba embarazada; mientras que del 16,9% que ya tenía un hijo, el 23,1% estaba embarazada. Resultados que guardan cierta relación con el estudio de Chura, R; Campos R. et. al (2014), quienes manifiestan que el 20,8% de las adolescentes tuvieron un embarazo (60).

Los resultados difieren con el estudio de Rojas, Z y Claros, N (2014), refiere que el 86,36% tenían su primer hijo (54) y con los de. Alves, M; Pinto, J (2014), muestra

que las adolescentes multíparas utilizaban con mayor frecuencia los anticonceptivos antes del embarazo (28). Así mismo con las referencias de Quimper, H (2014), donde las madres adolescentes 46,7% tenía un hijo, dos hijos 49,7% y con tres o más hijos con el 3,6% (61).

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (2015), refiere sobre el número de hijos de las adolescentes antes de empezar el uso de anticoncepción. Que el porcentaje de adolescentes alguna vez unidas que empezó el uso de métodos anticonceptivos antes de tener hijos vivos se ha ido incrementando desde 35,3% en el 2000 hasta 73,2% en el (2013). Entre las adolescentes alguna vez embarazadas, algo más de tres cuartas empezaron a usar algún método anticonceptivo antes de tener hijos, algo más de un quinto cuando tenía hija o hijo vivo (37).

Además, manifiesta que, “Si bien es cierto estos porcentajes de uso de métodos anticonceptivos indican que los adolescentes tienen la intención de limitar o espaciar su fecundidad, no obstante, no dan luces de cómo están usándolos, ya que probablemente haya una serie de dudas y temores en los usuarios” (37).

En relación al estado civil de las adolescentes, se observa que el 39,5% eran convivientes, de las cuales el 46,2% se encontraban embarazadas y el 22,6% eran casadas y el 30% estaba embarazada. Resultados que guardan cierta relación con los resultados de Rojas, L y Claros, N. (2014), encontró que las adolescentes que se encontraban embarazadas el 45,45% eran convivientes y en menor porcentaje casadas con el 19,09% (62).

Los resultados no guardan relación con lo encontrado por Cruzalegui G. (2016) en el que 72,9% manifestaron estar solteras (23) y con las referencias de Vásquez, Y (2015) donde un 64% también eran solteras (25).

Respecto al estado conyugal de las adolescentes alguna vez embarazadas el Instituto de Estadística e Informática, del 2013 informa que “alrededor de un tercio son madres sin pareja conyugal (25,5% son solteras y 6,8% separados o divorciados). Y entre las que tienen pareja conyugal, predominan las convivientes (64,8% frente a 2,9% de casadas)” (63).

“El matrimonio formal va perdiendo importancia a favor de la convivencia; las encuestas de la década del 2000 dan cuenta que tanto en el total de las mujeres adolescentes, se incrementan las convivencias o uniones consensuales y; por lo tanto; disminuye la proporción de los matrimonios formales, en ambos grupos aumenta la ruptura de las uniones maritales, por divorcio o separación” (63).

Sobre el grado de instrucción, se observa que el 67,4% tenían secundaria, y el 63,9% se encontraba embarazada el 10,3% tenía primaria y el 2,3% eran analfabetas. Los resultados guardan cierta relación con los presentados por Rodríguez A; Espinoza E. et.al (2017), en donde el 70% tuvo grado de instrucción secundaria (20). Asimismo, con Valdivia, J (2015). Refiere que el 81% cursaba la enseñanza de secundaria. Observándose que el mayor porcentaje corresponde al grado de instrucción secundaria (21). También con Quimper, H (2014), el 7,8% tenían primaria completa e incompleta, 45,5% secundaria completa e incompleta 46,7% (61).

Los resultados difieren con Vásquez, Y (2015), quien describe que el 36% de las adolescentes embarazadas han alcanzado un grado de instrucción de secundaria (25) y con Pérez, M. (2015), donde el 66,9% alcanzaron estudios primarios, lo cual afecta al capital educativo, solo el 13,1% de las madres adolescentes asisten al colegio en comparación, con el 80,4% de las adolescentes que son madres ya no asisten al colegio afectando a lo laboral, las adolescentes que son madres deben realizar un trabajo menor mal remunerado, que afecta la posibilidad de desarrollo de sus hijos, todo esto aqueja sus posibilidades de progreso y sus planes de vida (24). Asimismo, con Rojas, L. y Claros, N (2014) describe que eran analfabetas el 4,55%, tenían primaria el 36,36% y secundaria 50,0% (62).

“La alta fertilidad en la adolescencia está ligada a un bajo nivel educacional y a la pobreza y viceversa; más aún, el comportamiento de riesgo se relaciona con el bajo rendimiento escolar y una menor supervisión y apoyo por parte de la familia” (26). Gómez, C. y Montoya, L. (2014). Ostentan que, a mayor nivel educativo de los padres, el riesgo de embarazo en los adolescentes disminuye. El inicio temprano de las relaciones sexuales potencia la posibilidad de un embarazo en jóvenes. La maternidad adolescente está asociada a una vida sexual activa con más de dos compañeros, aumentando el riesgo de embarazo en un 70% (64).

El período de la adolescencia debería caracterizarse por ser una etapa de vida en que la formación educativa fuese una de los principales roles que deben desempeñar (37). Pero hoy se observa una menor asistencia escolar entre las adolescentes madres que entre las adolescentes no madres, tanto en el área urbana como rural. Según la Encuesta (2013), “más de ocho de cada diez

adolescentes alguna vez embarazadas no asisten a un centro educativo 85,2% y la razón más frecuente es por embarazo o matrimonio 45,9%, seguida de las razones económicas 22,1%” (37).

La educación tiene un efecto importante en el embarazo de las adolescentes. La precocidad y el número de hijos que una mujer tendrá, declinan a medida que el nivel de escolaridad aumenta, más bien la educación actúa mejorando la condición social y la auto imagen de la mujer, aumenta las opciones de su vida. (33)

En cuanto al ingreso económico, tenemos que el 85,4% su ingreso económico era menor a 650,00 nuevos soles, de las cuales el 84,4% se encontraba embarazada y solo el 5,3% tenían un ingreso económico mayor a 650,00 nuevos soles, de las cuales el 7,5% se encontraba embarazada.

Resultados que guardan cierta relación con el estudio de Pérez, M. (2015), el 51,3% de las adolescentes pertenecía al quintil inferior de riqueza (24). Así, mismo con Quimper, H (2014) el 42,5% tenía como ingreso mensual 300 nuevos soles y el 47,9% de 600 soles. Se ha determinado, que las madres adolescentes se insertan al trabajo junto a sus padres y tienen, asimismo, los ingresos insuficientes, se dedican a la actividad agrícola (61). Esta situación obliga a las adolescentes a la búsqueda de ingresos complementarios en trabajos precarios.

Alves, M; Pinto, J (2014), concluyó que la edad y el nivel socioeconómico están relacionados con el conocimiento adecuado de los métodos anticonceptivos, y las multíparas se caracterizan por su mayor uso (28).

En el Perú, según ENDES en el (2017), revela que “el 13,4% de adolescentes, de 15 a 19, fueron madres o quedaron embarazadas por primera vez y que el 23,9% de estos jóvenes pertenecen a un sector con menor ingreso económicos”. Además, según UNFA (2017), cita que en el Perú se registran cada día cuatro nacimientos de madres menores de 15 años, y el 99% de ellas son pobres. La Organización Mundial de la Salud, señala que el embarazo en la adolescencia puede tener repercusiones sociales, económicas negativas para las jóvenes (2).

La prosperidad económica de un individuo o familia “es afectada directamente por la política económica y en particular por los efectos sobre el nivel de precios, la disponibilidad de empleo y al nivel de ingreso. Muchas investigaciones realizadas en el mundo, demuestran una fuerte correlación entre la pobreza y los altos índices de fecundidad en adolescentes” (64).

Comparando la fecundidad según quintiles de riqueza, entre el 2009 y el 2013, manifiesta ENDES, “que se han captado los mayores incrementos de fecundidad adolescente, en comparación con los demás años considerados, se advierte que el porcentaje de las que ya son madres se incrementó en los situados en el cuarto quintil. Y decrecieron en los demás quintiles excepto en el quintil superior en el que casi se mantuvo (3,0% y 3,2% respectivamente)” (63).

Los factores sociodemográficos, en los embarazos y maternidad de los adolescentes hace referencia Quimper, están asociados a la falta de presencia protectora de los padres progenitores en primer lugar y en los espacios públicos; así como la falta de comunicación de padres-hijos y viceversa. Los factores sociodemográficos caracterizan las relaciones precarias de protección, la

comunicación afectiva distante y valores limitados de padres e hijos. “Las adolescentes son vulnerables según su naturaleza biológica, con hijos desnutridos y pequeños existe una correlación fuerte entre la inversa el índice de embarazo-maternidad precoz en adolescentes en el contexto familiar” (63).

Además, Quimper (2014), informa que los factores socioeconómicos en los embarazos y maternidad de las adolescentes, están asociados a sus padres progenitores, que tienen ocupaciones económicas más informales y poco formales. Así mismo los ingresos son insuficientes en las actividades tradicionales como la agricultura para educar a los hijos, en ciudades más desarrolladas. Existe una correlación fuerte e inversa entre los factores socio-económicos y el embarazo-maternidad precoz en los adolescentes, en el contexto familia (61).

Las mujeres incursionan en la actividad tradicional agrícola o el comercio en la adolescencia intermedia como fuerza productiva. Así, el trabajo agrícola tradicional, era la principal fuente de ingresos (61).

También D' Añari J. (2019), evidenció en los resultados de su estudio que existe relación estadística entre el grado de instrucción, consumo de bebidas alcohólicas, estructura Familiar, edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, uso de anticonceptivos y embarazo adolescente (embarazo precoz) (19).

De los resultados y referencias se puede decir que en nuestra realidad también existen factores sociales y demográficos que condicionan la ocurrencia del embarazo en las adolescentes (embarazo precoz), siendo muy importante tener

que intervenir en ellos a fin de controlar los riesgos que significan para los adolescentes ya que contribuirán al incremento de los embarazos no deseados, conllevándolas al abandono escolar, fomentando la pobreza y el no desarrollo de las adolescentes.

Además, se puede observar en cuanto a los resultados del estudio en contraste con los resultados de las referencias más actuales.

Que a pesar de los años de diferencia en cuanto a la realización del estudio, la problemática del embarazo en adolescentes persiste y que las edades de mayor frecuencia es en el grupo etario de 17 a 19 años de edad, que corresponde a la adolescencia tardía; asimismo dentro de los factores económicos, son las adolescentes de menor ingreso las que están más propensas al embarazo adolescente (embarazo precoz), de igual forma las adolescente con menor grado de instrucción muchas de ellas no concluyen sus estudios secundarios y en cuanto al estado civil cada vez se incrementa las uniones libres, la convivencia mayoritariamente.

Los resultados también nos llevan a la reflexión que a pesar de los esfuerzos Institucionales poco o casi nada se ha avanzado en controlar esta problemática; siendo muy importante realizar un trabajo multidisciplinario con intervención especial de salud y educación y con involucramiento de los padres y los/las adolescentes.

TABLA 3. USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES POR LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL JOSÉ HERNÁN SOTO CADENILLAS, CHOTA - 2012.

USO DE MÉTODOS HORMONALES	SI		NO			
	N°	%	N°	%	N°	%
Método hormonal oral (píldoras)	27	9,0	274	91,0	301	100,0
Método hormonal inyectable	86	28,6	215	71,4	301	100,0
De emergencia: Píldora del día siguiente	22	7,3	279	92,7	301	100,0

En la presente tabla. Se observa que, dentro de los métodos hormonales más usados por las adolescentes embarazadas y no embarazadas, son los inyectables con el 28,6%, seguido de las píldoras con el 9,0% y solamente el 7,3% empleó la píldora del día siguiente; siendo esta la que tiene el mayor porcentaje de no uso con el 92,7%.

Resultados que difiere de las referencias de Alves, M; Pinto J. (2014), quien encontró que el 98% utilizaron las píldoras hormonales como método anticonceptivo (28). Asimismo, con resultados de Rojas, L. y Claros N. (2014) en que el 50% utilizaron las píldoras hormonales; siendo estos los anticonceptivos más populares (54), lo que sustenta que el uso se incrementa cuando mayor es la información que se tiene de un determinado método.

Respecto al uso del Inyectable. Este método fue utilizado por el 28,6% de las adolescentes. Los resultados de la presente, guardan cierta relación con el estudio de Casanova, donde el mayor porcentaje de uso de métodos anticonceptivos por las adolescentes es el del método hormonal inyectable con 18%, 15% método del ritmo y 7 %pastillas anticonceptivas (65).

Según referencias de Healthy Children, seis de cada 100 mujeres que usan este método quedan embarazadas durante el primer año de uso (66). La inyección no proporciona protección contra las infecciones de transmisión sexual, así que usar condones sigue siendo importante. Además Peláez J (2011), indica que no se recomienda su uso sistemático durante la adolescencia, porque puede producir sangrado irregular” (67) y Arribas L (2014), refiere que ya algunos expertos la están proponiendo como de uso seguro en esta etapa (68).

En cuanto a la Anticoncepción de emergencia. Los resultados revelan que el 7,3% hizo uso de este método. Los resultados difieren de los presentados por Sánchez et. Al (2014), el 6,0% de las adolescentes utilizaron la píldora de emergencia, como prevención del embarazo (69).

La anticoncepción en la adolescencia según Cruz et. Al (2015), debe reunir una serie de requisitos por las circunstancias y características especiales de la vida, en general (70). Por tanto, la edad, la situación familiar, el entorno social, el nivel educacional, las características de la actividad sexual y el grado de maduración psicológica, deben ser evaluados sistemáticamente, e individualizar la indicación anticonceptiva para tratar siempre que el adolescente se sienta partícipe de la elección.

Es importante en consecuencia, adaptar a los adolescentes la asesoría en anticoncepción de acuerdo con su desarrollo cognitivo, conocimiento del riesgo de un embarazo a esta edad, actitudes y aptitudes para enfrentarse a ese riesgo, y opciones que prioriza por encima de las demás, de acuerdo con su contexto particular.

Según Quintana (2014), indica que está faltando un acercamiento entre proveedores de servicios y los adolescentes, sólo la mitad conoce que tiene derecho a recibir información sobre métodos anticonceptivos de emergencia y ligeramente más saben que tienen derecho a recibir educación sexual, la mitad sabe que tiene derecho a recibir condones sin distinción de edad ni sexo, pero que tienen menos derecho a recibir anticonceptivos en general (10).

Así, el presente trabajo se sustenta en la teoría de la Promoción de la Salud de Nola Pender, puesto que esta teoría identifica los factores cognitivo-perceptivos del individuo, tal como la importancia de la salud, los beneficios percibidos de los comportamientos que promueva la salud y las barreras que se perciben para las conductas promotoras de salud. Estos factores se modifican por características demográficas y biológicas y por influencias interpersonales, así como factores de situación y comportamientos. Una de las principales premisas de la teoría de Pender es que la salud, como estado positivo de alto nivel, se asume como objetivo hacia el cual se esfuerza un individuo (16).

En este caso los adolescentes tienen que ser empoderados del conocimiento sobre la salud sexual y reproductiva. Asimismo, sobre los diferentes métodos anticonceptivos, decirles claramente las ventajas, desventajas y las formas de uso que no queden dudas en las consejerías y ampliar la atención prioritariamente a este grupo poblacional en riesgo. El trabajo con los padres de familia también resulta de mucha importancia para que los jóvenes reciban la información desde su hogar y no en la calle.

En relación a los resultados de la presente investigación y los estudios actuales, se puede observar que el uso de los métodos anticonceptivos a través del tiempo ha variado, ha incrementado su uso por parte de las adolescentes y mayormente es la píldora lo que más utilizan y los inyectables; asimismo, se nota que la píldora del día siguiente anteriormente se usaba con menos frecuencia en la actualidad se podría decir que se está haciendo un uso indebido porque no es controlado y su venta es libre en las farmacias.

TABLA 4. USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE BARRERA POR LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL JOSÉ HERNÁN SOTO CADENILLAS, CHOTA- 2012.

USO DE MÉTODOS DE BARRERA	SI		NO			
	N°	%	N°	%	N°	%
Condón	108	35,9	193	64,1	301	100,0
Espermicidas vaginales	3	1,0	298	99,0	301	100,0

Se observa que 35,9% utilizó el condón como método anticonceptivo de barrera; Además el 1,0% uso los espermicidas vaginales; siendo este método el menos utilizado por las adolescentes y corresponde al 99,0%.

Los resultados guardan cierta relación en cuanto a que el preservativo es el método más utilizado. Así tenemos a Alves, M; Pinto J (2014) manifiestan que el uso del condón fue en el 99,4% (28). Hacia el 2009, según el INEI 2013. Refiere que se detecta un gran cambio, es mayor la proporción de adolescentes sexualmente activos que usan métodos modernos, incremento que continúa desde el 2013. En especial se trata del condón masculino, en tanto que el uso de los métodos tradicionales va disminuyendo, pero no obstante cerca de un cuarto de adolescentes los usa 23,6% y en mayor proporción el ritmo o abstinencia periódica (63).

Cruzalegui G (2016), concluyó en su estudio que la mayoría de los adolescentes no tienen conocimiento sobre salud sexual y reproductiva, el 41% no usa métodos anticonceptivos, sólo del 37,9% usa el preservativo. Probablemente el desconocimiento de las formas de uso, sus ventajas y desventajas influyan para que los adolescentes no opten por este método de planificación familiar (23).

Al respecto manifiesta Moya, A (2013). Que aun cuando los condones son reconocidos y mencionados por algunos adolescentes. Sobre todo, las que no, han estado embarazadas. Como un posible método anticonceptivo, su uso tiende a estar más relacionado con la prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyendo al SIDA. Así los jóvenes que viven en la zona urbana tienen mayor acceso a conseguirlo, posiblemente de manera vinculada a las actividades de prevención de los ITS y el SIDA en el contexto comunitario (71).

Los resultados en relación al uso de los espermicidas, nos dan una idea que no los conocen o no los saben usar solo el 1% refiere haberlos usado. Tal vez dado que los espermicidas no se recomiendan como anticonceptivos por sí solos, las instrucciones sobre cómo usarlos dependen del otro método con el que se use.

Dentro de las ventajas tenemos que, se pueden usar a libre demanda. Son fáciles de usar. No tienen hormonas. Ampliamente disponibles y se refieren algunas desventajas. Se debe estar al pendiente de las horas pasadas desde su aplicación. Pueden causar cierta irritación, reacciones alérgicas, infección de vías urinarias. No protege contra la infección por VIH (SIDA) ni contra otras infecciones de transmisión sexual (ITS) (72).

Por ello es de suma importancia que los adolescentes conozcan las ventajas y desventajas y formas de uso. Según los resultados se puede evidenciar que el método de barrera más utilizado por los adolescentes es el preservativo y un muy bajo uso de los espermicidas lo cual nos dan una idea que es necesario ampliar la información sobre los diferentes métodos anticonceptivos, no los utilizan porque no

saben cómo usarlos y también podemos inferenciar que no existe una comunicación con los padres referente a los métodos anticonceptivos.

En una investigación realizada por la Campaña Nacional para Prevenir los Embarazos en Adolescentes y los Embarazos no Planificados(2015), mostraron que una de las razones para que los adolescentes no se protejan cuando tienen relaciones sexuales son los temores en cuanto a qué podrían pensar o hacer sus padres si se enteran que usan métodos anticonceptivos. Muchos padres dicen que quieren que sus hijos usen métodos anticonceptivos o protección si tienen relaciones sexuales, pero no se sienten cómodos con ser ellos quienes compartan esa información (73).

No existe una respuesta mágica en relación a cuándo es el momento adecuado para empezar a hablar con los hijos sobre sexo y métodos anticonceptivos, dice Albert, et. (2015), al igual que otros padres. Cada joven es diferente, y son los padres quienes conocen a sus hijos y los que pueden manejar mejor esta comunicación, esto debería ser antes de los 16 y 17 años pues después de estas edades es demasiado tarde (73).

TABLA 5. USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE ABSTINENCIA PERIÓDICA O NATURALES POR LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL JOSÉ HERNÁN SOTO CADENILLAS, CHOTA- 2012.

USO DE MÉTODOS NATURALES	SI		NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Método del ritmo Ogino-Knaus	101	33,6	200	66,4	301	100,0
Método de la lactancia materna	21	7,0	280	93,0	301	100,0
Método de Billings, de la ovulación	7	2,3	294	97,7	301	100,0

En la presente tabla se observa, en cuanto a los métodos anticonceptivos naturales más usados por las adolescentes que el 33,6% usaron el método del ritmo; El 7,0% utilizó la lactancia materna y el método menos usado fue el de Billings con el 97,7%.

En cuanto al método del ritmo, los resultados difieren de los encontrados por. Casanova, A (2012). Quien describe que, de 60 usuarias encuestadas, 9 casos (15%) refirieron usar el método del ritmo (65). La asociación vida y salud (2019), dice que el método del ritmo o método del calendario es una alternativa para prevenir embarazos que debe ser usado con precisión y responsabilidad. Por eso, este método, aunque se ha vuelto popular entre los adolescentes que están sexualmente activos, no es necesariamente el mejor (74).

Este método es ideal para aquellas personas que tienen una pareja estable, que conocen bien su cuerpo o que por lo menos saben cómo utilizar los llamados “equipos de ovulación” que ayudan a determinar por medio de algunos métodos como la temperatura basal, si se está en día fértil. Los adolescentes están experimentando con el sexo y pueden tener más de una pareja.

No protege contra las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), aumenta el riesgo de embarazos en un 78% contra un 99% de efectividad de otros métodos como la píldora o el condón (74). La salud sexual de una pareja requiere el compromiso y la responsabilidad por parte de ambos. Cuando se es joven, pocas veces se piensa en los posibles efectos de una decisión. El método del ritmo, no es lo mejor en esta etapa. Puede ser muy complicado de cumplir

Es difícil de cumplir cuando se está bajo los efectos del alcohol u otras sustancias. No funcionan con mujeres que tienen periodos irregulares (la mayoría de las adolescentes). Es difícil de utilizar. Requiere de planeación, orden, autocontrol y experiencia. Requiere abstenerse (o usar un método alternativo) por lo menos 10 días del ciclo.

En lo que corresponde a la utilización de la MELA (método de la lactancia materna exclusiva), solo el 7,0% hizo uso de este método. Como método anticonceptivo poca es la investigación al respecto. Así en el estudio de Centeno, M (2016). Refiere en los resultados hallados que el 53,7% tienen nivel de conocimientos bueno sobre el MELA, de los cuales 49,3% si hicieron uso del MELA y el 4,5% no, y el 23,9% tienen regular nivel de conocimientos, de ellas el 11,9% si y no harán uso del MELA en ambos casos (75).

La paridad y procedencia son variables que influyen significativamente en el nivel de conocimientos y uso del MELA. Este método en las madres adolescentes no da buen resultado por el desconocimiento que tienen en cuanto a cuántas veces se le debe dar de lactar al bebé en el día y en la noche, necesita de una orientación

continúa por el personal de salud y seguimiento.

Los métodos naturales necesitan un acompañamiento y orientación constante, siendo estos los más saludables ya que no se ingieren hormonas; sin embargo necesitan de mucha disciplina y comunicación con la pareja a fin de cumplir con los días de abstinencia o el uso de un método alternativo de anticoncepción si se da la relación sexual en los días de peligro, lo cual es muy difícil en la etapa de la adolescencia de cumplir, por lo que se tiene que orientar sobre otras opciones de anticoncepción para evitar un embarazo no deseado o la recurrencia del embarazo en una adolescente.

TABLA 6. USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y SU RELACIÓN CON EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL JOSÉ HERNÁN SOTO CADENILLAS, CHOTA- 2012.

USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	ACTUALMENTE SE ENCUENTRA EMBARAZADA					
	SI		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SI	70	32,7	144	67,3	27	100,0
NO	77	88,5	10	11,5	274	100,0
TOTAL	147	48,8	154	51,2	301	100,0

$$X^2 = 77,065$$

$$P=0,000$$

$$C= 0,451$$

En la tabla 06, se muestra que de las adolescentes que usaron métodos anticonceptivos, el 67,3% no se encontraban embarazadas; mientras que de las que no utilizaron métodos anticonceptivos el 88,5% estaban embarazadas.

Al establecer la relación existente entre el uso de métodos anticonceptivos y el embarazo adolescente (embarazo precoz), se encontró una relación altamente significativa entre ambas variables puesto que ($X^2 = 77,065$ y $P=0,000$, es decir $P < \alpha = 0,05$), lo que nos permite rechazar el H_0 , y aceptar la hipótesis H_a : El embarazo en adolescentes guarda relación estadística significativa con el uso de los métodos. Anticonceptivos. Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota- 2012.

Resultados que guardan similitud con el estudio de Escalera, Y; Méndez, T. (2014), quienes encontraron que el 86,6% de los adolescentes no hacen uso de los métodos anticonceptivos, porque existe una deficiente información y tienen vergüenza de adquirirlo y la inadecuada comunicación con su pareja en temas de

planificación familiar esta fue regular en un 44,44% y en un 31,11% manifestaron no tener buena comunicación con su pareja (26).

Asimismo. Bazán, M; Villanueva, K, indica que en su estudio “Relación entre el uso de métodos anticonceptivos y el embarazo no planificado en adolescentes I.M.P, 2014” llegó a la conclusión que los factores que están relacionados al uso de métodos anticonceptivos en adolescentes con embarazo no deseado o no planificado fueron: desconocimiento sobre métodos anticonceptivos y barreras percibidos al acceso de anticonceptivos (27).

El Instituto de Estadística e Informática (2013), hace referencia en cuanto al uso de métodos anticonceptivos en el transcurso de 17 años, que el total de mujeres adolescentes que usa algún método anticonceptivo se ha incrementado (de 7,5% en 1996 a 14,3% en el 2013), en especial el uso de métodos modernos. Entre los adolescentes actualmente unidos (casados y convivientes al momento de la encuesta), la proporción que usa algún método anticonceptivo aumentó de 46,0% en 1996 a 65,9% en el 2013 (63).

El uso de los métodos modernos ha pasado de cerca de un tercio en 1996 a algo más de la mitad en el 2012 (de 31,0% a 50,6%), pero en el 2013 se advierte menor porcentaje de adolescentes que usan este tipo de métodos (46,0%), a la vez del incremento de los que usan métodos tradicionales y folklóricos (pasaron de 16,0% a 19,0%) (63).

Estos resultados dan cuenta que los/as adolescentes cada día optan por cuidarse con algún método anticonceptivo a fin de postergar la maternidad, pero al no tener

una orientación adecuada no hacen un uso correcto de los mismos. Escalera, Y; Méndez, T (2014). En un estudio sobre “causas del embarazo precoz en las adolescentes, encontró que el 8,67% no hacen uso de los métodos anticonceptivos porque existe una deficiente información y tienen vergüenza de adquirirlos y la inadecuada comunicación con su pareja en temas de planificación familiar también pudo ver que el 44,44% refirió que la comunicación en temas de planificación familiar es regular y en un 31,11% manifestó tener comunicación mala (26).

Lo que nos estaría indicando según Beforeplay (2018), que la comunicación con la pareja y el conocimiento de los adolescentes en cuanto a los métodos anticonceptivos es muy importante, aunque algunos estudios refieren que a pesar de conocerlos no los usan en el momento de la relación sexual, también estos tienen que estar disponibles. Muchas veces se opina que la abstinencia sexual sería la solución para no tener un embarazo no deseado; sin embargo, existen estudios como el de Befo replay, quien revela que elegir no tener relaciones sexuales es la única manera 100% efectivo de evitar el embarazo y ITS (76).

Pero para que esto funcione, tiene que usarlo el 100% de las veces. Esto involucra mucho auto-control, optar por la abstinencia es una decisión concienzuda y deliberada no tener sexo vaginal. Es una elección que deberá afirmar todos y cada uno de los días, recordándose por qué no desea tener relaciones sexuales y que no está protegida con otra forma de método anticonceptivo (76).

La adolescente tendrá que evitar las situaciones donde sea difícil mantener su decisión. Evitar el consumo de alcohol y drogas, ya que pueden interferir con el

buen juicio, así como encontrar personas con las que pueda hablar sobre su decisión y confiar en su apoyo además deberá hablar acerca de su decisión con su pareja. Si se piensa tener relaciones sexuales luego de un período de abstinencia, hay que asegurarse de contar con otro método antes de comenzar a tener relaciones sexuales. Y no olvidar que, los condones son el único método que protege contra las infecciones de transmisión sexual.

El Centro de Prevención de Enfermedades (2014), manifiesta que hay maneras eficaces de prevenir el embarazo en las adolescentes de 15 a 17 años. Cerca de 8 de cada 10 adolescentes (83%) no recibieron educación sexual antes de haber tenido su primera relación sexual., será importante proporcionar educación sexual antes de que comiencen a tener relaciones sexuales puede fortalecer los esfuerzos de prevención, más de 7 de cada 10 adolescentes (76 %) hablaron con sus padres acerca de métodos anticonceptivos o de la abstinencia sexual (77).

Los padres tienen un rol muy importante en ayudar a los adolescentes a tomar decisiones saludables acerca del sexo, la sexualidad y las relaciones. Además, cita que más de la mitad de las adolescentes sexualmente activas (58%) fue a una cita de salud reproductiva en busca de servicios anticonceptivos en el último año (77).

Los médicos y el personal de obstetricia y otros profesionales pueden aprovechar esta oportunidad para hablar acerca de las ventajas y desventajas de los distintos métodos anticonceptivos y de la importancia del uso del condón en cada encuentro sexual. Pueden: Alentar a los adolescentes a que pospongan el inicio de la actividad sexual. Estimular a los adolescentes sexualmente activos a que tengan en cuenta los métodos anticonceptivos reversibles más eficaces. Adaptar las citas para los

adolescentes al ofrecer un horario de atención conveniente, y servicios confidenciales, respetuosos y culturalmente adecuados (77).

Hablar acerca de cómo usar los condones de manera correcta cada vez que se tengan relaciones sexuales para prevenir las enfermedades de transmisión sexual—incluidos el VIH y el sida— incluso si se está usando otro método anticonceptivo. Hablar acerca del desarrollo físico, emocional y sexual normal con los adolescentes y sus padres (77).

Al respecto, Rodríguez,I (2017), analizó 37 estudios sobre el impacto de las políticas a fin de evitar los embarazos en adolescentes “solo abstinencia” y concluyó que estos no promovían ni un inicio más tardío de relaciones sexuales ni evitaban embarazos, y más bien aumentaban infecciones por virus de papiloma humano. La publicación de Plos One fue desarrollada por la Universidad de Atlanta, y comparó los embarazos en estado-unidenses donde había políticas de dar lecciones de solo abstinencia con estados donde se les brindaba más información (78).

Los resultados indicaron que entre más represivos fueran y más se impusiera el no tener sexo, mayor era la cantidad de embarazos en jóvenes. “Los estados con menos embarazos fueron en los que se dio más información sobre infecciones, métodos anticonceptivos y en los que se impulsó que los jóvenes supieran cómo manejar emociones y sentimientos en pareja”. “El problema es que vemos gente que ya inició su vida sexual y en ellos están con la idea que no funciona igual (78).

Les decimos que tienen el derecho de dejar de tener relaciones, pero casi ninguno lo hace. Si uno les pregunta a los adolescentes por qué no usan condón, la primera razón es que no planeaban el acto sexual, y la segunda es que no sabían. Una cosa es oír que existe un condón, otra saber cómo funciona”, refieren los adolescentes” (78).

Pues ante esta situación tenemos que actuar con responsabilidad, ampliar las consejerías y acercarnos a los adolescentes, brindándoles una atención personalizada darles confianza y una atención de calidad y con calidez con el fin que ellos regresen o salir a su búsqueda a través de las intervenciones educativas en los grupos de jóvenes, colegios y otras organizaciones que los agrupa, respetando sus derechos y decisiones.

Por parte del Ministerio de salud se observa que se establecen estrategias; pero en la práctica se observa que no se implementan correctamente, lo cual no permite cambiar la situación en cuanto a la consejería y la provisión de métodos anticonceptivos a los adolescentes, no permitiendo su acceso fácil para conseguirlos y usarlos muchas veces por desconocimiento.

TABLA 7. USO DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO HORMONAL ORAL Y SU RELACIÓN CON EL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL JOSÉ HERNÁN SOTO CADENILLAS, CHOTA- 2012.

USO DE MÉTODOS HORMONALES ORALES	ACTUALMENTE SE				TOTAL	
	ENCUENTRA EMBARAZADA					
	SI		NO			
	N°	%	N°	%	N°	%
SI	8	29,6	19	70,4	103	100,0
NO	139	50,7	135	49,3	198	100,0
TOTAL	147	48,8	154	51,2	301	100,0
X2= 4,379	P= 0,036		C= 0,120			

En la tabla 7, se observa que el 70,4% de las adolescentes que no se encontraban embarazadas utilizaron el método hormonal oral y el 50,7% de las que se encontraban embarazadas no utilizaron este método.

Al establecer la relación estadística entre ambas variables se encontró una relación altamente significativa, siendo ($X^2=4,379$ y $P= 0,036$), lo cual nos indica que existe una estrecha correlación entre ambas variables. Esto significa que el método hormonal oral sí se toma correctamente puede ser uno de los más efectivos para evitar el embarazo en adolescentes.

Observándose en los resultados que el mayor porcentaje de adolescentes no embarazadas corresponden a las que utilizaron la píldora. Gonzáles (2012). Manifiesta que los anticonceptivos hormonales dentro de estos, la píldora anticonceptiva, son una buena elección para adolescentes que mantienen relaciones sexuales con suficiente frecuencia y no requieren protección frente a

infecciones de transmisión sexual (ITS), si hay riesgo de éstas, deben usar también preservativo: “doble protección” (79).

Pueden utilizarse desde la menarquia (primera regla), porque no interfieren en el proceso de la maduración, ya que las dosis hormonales utilizadas son muy bajas. Carecen de efectos a largo plazo en la fertilidad y no son teratógenos (no afectan al embrión). Afirma Gonzales, que hoy en día se dispone de nuevas píldoras que, además de una alta eficacia anticonceptiva tienen menos efectos secundarios y poseen ventajas adicionales como (79).

Alivian los síntomas del síndrome premenstrual: sensibilidad mamaria, dolor abdominal. Regulan los ciclos menstruales. Disminuyen el dolor de la regla. Algunas de las nuevas píldoras disminuyen el acné, el hirsutismo (exceso de vello) y la alopecia androgénica (caída del pelo). La píldora no engorda, no disminuye el deseo sexual y no produce cambios en el estado de ánimo ni depresión (79).

Sin embargo, Muñoz, M (2015), manifiesta que antes de prescribir un anticonceptivo, debemos realizar una historia clínica, con la anamnesis dirigida a detectar factores de riesgo, hábitos tóxicos y antecedentes patológicos, con la finalidad de preservar la salud de la adolescente evitando complicaciones posteriores (80). Es por ello que la consejería a las adolescentes deben ser claras precisas indicándoles las ventajas, desventajas antes de que la adolescente o la pareja tome una decisión en cuanto al uso de un determinado método anticonceptivo.

TABLA 8. USO DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO HORMONAL INYECTABLE Y SU RELACIÓN CON EL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL JOSÉ HERNÁN SOTO CADENILLAS, CHOTA- 2012.

USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO INYECTABLE	ACTUALMENTE SE ENCUENTRA EMBARAZADA					
					TOTAL	
	SI		NO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SI	32	37,2	54	62,8	21	100,0
NO	115	53,5	100	46,5	280	100,0
TOTAL	147	48,4	154	51,2	301	100,0

X²= 6,515

P= 0,001

C= 0,146

En la tabla 8, se observa que el 62,8% de las adolescentes que no se encontraban embarazadas utilizaron como método anticonceptivo el método hormonal el inyectable; mientras que el 53,5% de las que se encontraban embarazadas no lo utilizaron.

Al establecer la relación estadística entre ambas variables se encontró una relación significativa siendo (X²=6,515 y P=0,001), y el valor de C= 0,146, significando que existe una estrecha correlación entre ambas variables. Indicando el uso del inyectable como método anticonceptivo es eficaz para evitar el embarazo en las adolescentes.

Así, los resultados de la presente indican que las adolescentes que utilizaron el método hormonal inyectables no estaban embarazadas en mayor porcentaje. Estos guardan cierta relación con los de Sánchez et. Al (2014), quien manifiesta que en

el momento del estudio que el método más utilizado fue el condón masculino con el 65,2%, seguido de los hormonales inyectables 57,7% (69).

Los inyectables e implantes subdérmico son los métodos preferidos para prevenir embarazos entre las adolescentes que acuden a los servicios gratuitos de salud sexual y reproductiva que ofrece el Ministerio de Salud (2019) en todo el país. Así lo dio a conocer Lucy del Carpio, directora ejecutiva de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del sector, quien resaltó que los adolescentes empiezan su vida sexual a edades cada vez más tempranas (81).

“Ahora buscan más el inyectable mensual y también el implante subdérmico. Refirió que los servicios de salud ofrecen permanentemente orientación/consejería en estos temas. Entre enero y junio del 2018, se ofrecieron 324 046 sesiones de orientación/consejería para adolescentes. Y en ese mismo periodo 47 010 iniciaron el uso de un método de planificación moderno”, para este año 2019. La inyección anticonceptiva es una inyección que se administra a una joven una vez cada tres meses para protegerla de posibles embarazos (81).

Las probabilidades de que una adolescente se quede embarazada describe Hirsch, L (2018), aumentan cuando tarda más de tres meses entre inyecciones consecutivas. La inyección anticonceptiva no protege contra las enfermedades de transmisión sexual (o ITS), las parejas que mantengan relaciones sexuales deben utilizar siempre condones (o preservativos), junto con la inyección anticonceptiva, para protegerse de las ITS. Muchas mujeres que utilizan inyecciones anticonceptivas pueden percibir cambios en sus menstruaciones (82).

Entre estos efectos secundarios, podemos mencionar los siguientes: menstruaciones irregulares o ausencia de menstruación, ganancia de peso, dolores de cabeza y molestias en los senos, depresión. La inyección anticonceptiva no causa pérdidas permanentes en la fertilidad, y la mayoría de las mujeres se pueden quedar embarazadas cuando dejan de utilizarla (82).

No todas las mujeres pueden, o deben, utilizar inyecciones anticonceptivas. Hay algunas afecciones médicas que hacen que este método sea menos eficaz y más arriesgado. Por ejemplo, no es recomendable en aquellas mujeres que tengan ciertos tipos de cánceres o una enfermedad hepática (del hígado). Aquellas mujeres que hayan tenido hemorragias vaginales inexplicables (fuera del período menstrual) o que sospechen que podrían estar embarazadas, no se deben indicar esta inyección y deben tener interconsulta médica.

Las jóvenes que estén considerando la posibilidad de utilizar estas inyecciones como método anticonceptivo deberán tener un examen clínico a fin de detectar algún factor de riesgo a fin de preservar su salud y evitar complicaciones.

TABLA 9. USO DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA LA PÍLDORA DEL DÍA SIGUIENTE Y SU RELACIÓN CON EL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL JOSÉ HERNÁN SOTO CADENILLAS, CHOTA- 2012.

USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO PÍLDORA DEL DÍA SIGUIENTE	ACTUALMENTE SE ENCUENTRA EMBARAZADA				TOTAL	
	SI		NO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SI	3	13,6	19	86,4	21	100,0
NO	144	51,6	135	48,4	280	100,0
TOTAL	147	48,8	154	51,2	301	100,0

X²= 11,77

P= 0,001

C= 0,209

En la tabla 9, se observa que el 86,4% de las adolescentes que no se encontraban embarazadas utilizaban como método anticonceptivo la píldora del día siguiente; y el 51,6% de las que se encontraban embarazadas no utilizaron este método.

Al establecer la relación estadística entre ambas variables se encontró una relación significativa siendo (X²=11,77 y P=0,001), y el valor de C= 0,209, expresa que este método es efectivo si se toma adecuadamente dentro de las 42 horas de haber tenido una relación sexual, indica que existe una estrecha correlación entre ambas variables.

Pelaéz, M (2016). Indica que la anticoncepción de emergencia es de gran utilidad en situaciones excepcionales, pero no como método habitual. “Datos recientes sobre este grupo específico de la población identifican un inicio de la vida sexual a edades cada vez más tempranas (83). Esto puede considerarse una de las

principales conductas de riesgo de los adolescentes, de acuerdo con un estudio comparativo entre adolescentes Mexicanos y Chilenos” (84).

Es importante aclarar que “el consumo de la píldora del día siguiente no necesariamente evita el embarazo, pues la posibilidad de que éste ocurra oscila entre 10% y 50%, de acuerdo con datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS)”. En México indica López, E (2014), siguiendo con la estrategia de salud pública de adquisición, promoción y distribución de la píldora del día siguiente, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) gastó, entre 2009 y 2012, casi 400 millones de pesos, según datos de su porta (85).

Ante la evidencia del aumento en el gasto de la píldora del día siguiente es necesario reflexionar sobre si la libre distribución de ésta, contribuye a disminuir los embarazos no planeados. Otra de las situaciones relacionadas con su consumo — y que no ha sido tomada con la seriedad que se requiere— es que el fácil acceso a la misma tiene una relación directa con el incremento en su consumo y podría provocar el incremento de algunas de las más de 30 enfermedades de transmisión sexual, pues la píldora no protege contra ninguna de ellas (85).

Como puede verse, la hipótesis de algunas autoridades sanitarias respecto a que la libre distribución de la píldora del día siguiente puede contribuir a evitar los embarazos no planeados y, peor aún, a reducir el número de abortos, es errónea. Las experiencias en varios países con la misma política demuestran un efecto inverso: las usuarias se sienten más “seguras” de tener relaciones sexuales sin pensar en su salud sexual (85).

Según una encuesta de Ipsos, realizado este año (2019), para la ONG Promsex, en las ciudades de Lima, Arequipa, Pucallpa, Piura, Puerto Maldonado e Iquitos en temas vinculados a salud sexual y reproductiva. Los resultados indicaron lo siguiente: El 53% respalda que los adolescentes puedan usar la píldora del día siguiente para evitar un embarazo no deseado. En tanto, el 43% respondió su disconformidad. El uso de la píldora es aún controversial en la sociedad (86).

La mayoría de los 2012 encuestados está de acuerdo que los adolescentes accedan a los servicios de salud, atención a salud sexual y reproductiva (94%). También que reciban una educación sexual integral en sus colegios (94%); así como que tengan acceso a métodos anticonceptivos totalmente gratuitos (85%) (86).

Resulta fundamental que los profesionales de la salud no sólo asesoren a los adolescentes sexualmente activos sobre los métodos de anticoncepción de emergencia, sino que también implementen acciones dirigidas a aumentar el conocimiento sobre los métodos seguros de anticoncepción previamente al inicio de la vida sexual para evitar el embarazo precoz y la posibilidad de enfermedades de transmisión sexual.

La República (2016), refirió que “Estados Unidos tiene, por mucho, la tasa de embarazo adolescente más alta de los países industrializados. Se estima que el 80% de los embarazos de adolescentes son no intencionados; a pesar de esto, una proporción significativa de adolescentes reportan no usar ningún método anticonceptivo durante su primera relación sexual” (86).

El conocimiento sobre la anticoncepción de emergencia (AE) entre los adolescentes sigue siendo menos que ideal. Varios estudios han hallado que las mujeres, incluidas las adolescentes, pueden no optar por utilizar la anticoncepción de emergencia porque se sienten avergonzadas o perturbadas, están preocupadas por lo que otros piensan, y porque tienen preocupaciones sobre los efectos adversos (87).

La mayoría de las participantes estaban preocupadas por los potenciales efectos adversos a corto plazo (86,1%) y a largo plazo (78,3%) de la utilización de la anticoncepción de emergencia. Además, la mayoría (81,6%) de las participantes estaban preocupadas de que la anticoncepción de emergencia no sería eficaz si se tomaba para prevenir el embarazo (87).

“Existen pocos estudios sobre la píldora del día después y es absoluto el desconocimiento sobre los efectos que tiene este compuesto hormonal. Aunque muchos defienden que sólo previene el embarazo y que no es abortiva se ha podido comprobar que sí que lo es, si se tiene en cuenta el comienzo de la vida desde la concepción”. La información sobre la píldora postcoital está tan sesgada que una persona es incapaz de conocer las consecuencias reales de sus efectos (87).

La descripción “oficial” de la píldora del día después o píldora postcoital (también conocida como ‘anticoncepción oral de emergencia’) es “un anticonceptivo de urgencia que se toma, que se utiliza para disminuir el riesgo de embarazo después de haber tenido una relación sexual con penetración sin protección”. El anticonceptivo, cabe destacar, es “un compuesto hormonal” (87).

En las intervenciones educativas dirigidas a los adolescentes, asimismo en las consejerías se debe orientar sobre los efectos adversos de la utilización frecuente y sin control de la píldora del día siguiente porque se está evidenciando a través de las investigaciones que los jóvenes están haciendo un uso indebido de este método anticonceptivo.

Se puede decir que en comparación con los resultados del estudio a través del tiempo ha variado el uso de la píldora del día siguiente por parte de las adolescentes y tiene mucho que ver la influencia de la política del Ministerio de Salud en cuanto a que esté disponible en los establecimientos de salud para su distribución gratuita, también en centros de emergencia mujer y de venta libre en boticas y farmacias. Todo esto hace que el acceso sea fácil; pero no se está controlando las consecuencias en la salud de la mujer sobre todo en las adolescentes.

Es necesario por parte del Ministerio de Salud el control en la regulación de su expendio y de facilitar su acceso previo control y seguimiento de la usuaria, mucho más si es adolescente.

TABLA 10. USO DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO DE BARRERA CONDÓN Y SU RELACIÓN CON EL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL JOSÉ HERNÁN SOTO CADENILLA, CHOTA-2012.

USO DEL CONDÓN	ACTUALMENTE SE ENCUENTRA EMBARAZADA					
	SI		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SI	25	23,1	83	76,9	108	100,0
NO	122	63,2	71	36,8	193	100,0
TOTAL	147	48,8	154	51,2	301	100,0

X² = 44,486

P= 0,000

C=0,359

En la tabla 10, se observa que el 76,9% de las adolescentes que no es encontraban embarazadas utilizaban como método anticonceptivo el condón; mientras que el 63,2% de las que se encontraban embarazadas no lo utilizaron.

Al establecer la relación estadística entre ambas variables se encontró una relación altamente significativa siendo (X²=44,486 y P=0,000), y el valor de C= 0,359, esto significa que ambas variables están correlacionadas. Indica que el preservativo es un método que usándolo correctamente va a prevenir los embarazos.

Resultados que guardan similitud con los de Sánchez, M; Dávila, R et. al (2014), quienes refieren que el preservativo fue el método anticonceptivo mayormente utilizado por los adolescentes en un 65,2% (P=0.030)., y la relación entre ambas variables fue significativa con la edad (58). Los resultados obtenidos en este estudio muestran que es necesario mejorar la calidad de la información sobre el uso

adecuado de métodos anticonceptivos, lo que se espera, repercuta positivamente en la salud sexual y reproductiva de la población.

Asimismo, concuerda con los resultados de Cleto, M; Mota C (2015) (37), Alves, M; Pinto, J (2014) (28), quienes describen que el método más conocido fue el preservativo con el 55,3%; estando de acuerdo que el preservativo constituye el método más efectivo, además fue el más usado con el 89,3%. De igual forma con Chura, R; Campos, R et. al (2014), dice que el 58,3% de las adolescentes que usaban el preservativo como método anticonceptivo no se encontraba embarazada (60).

Según Moya, A (2013). Es importante observar que, de manera congruente con estudios previos sobre el tema, el rechazo al uso del condón en relaciones estables va más allá de la negación de la pareja masculina y la falta de herramientas de la mujer en el proceso de negación a este uso. Al constituir el condón un símbolo de desconfianza su uso es rechazado por las mujeres “de su casa”, asumiendo a la vez que la pareja lo usaría en el caso de tener una relación “en la calle (71). Pérez; E; Miric, M; Vargas, T (2012), relatan que “El tema de la reducción del placer en la relación sexual que implica el condón también fue referido por los jóvenes, tanto desde la perspectiva masculina como femenina” (88).

Estos tabús, en cuanto al preservativo influyen en el no uso exponiéndose a un embarazo no deseado a consecuencia de una relación sexual imprevista y a la negación de asistir a los establecimientos de salud en donde actualmente existen

los horarios diferenciados para su atención; probablemente los jóvenes no estén enterados siendo necesario difundir las estrategias de atención sexual y reproductiva con la finalidad de recibir consejería y optar por un método si ya son sexualmente activas con el fin de disminuir los riesgos de infecciones de transmisión sexual y de un embarazo no deseado.

Siendo el preservativo el método de mayor uso por los adolescentes, en el momento de la consejería se debe orientar sobre el uso correcto, teniendo en cuenta que la tasa de falla se incrementa con motivo de un uso no adecuado y también por la mala práctica en la conservación algunos se lesionan y como consecuencia el condón se perfora, por cuanto ya no cumple la función de protección.

En relación a los resultados del estudio, se puede decir que el condón siempre ha sido el más usado por los varones; así lo demuestran los estudios referidos por ello es importante educar al respecto, además porque constituye un método seguro a fin de evitar las infecciones de transmisión sexual.

TABLA 11. USO DEL MÉTODO DE RITMO Y SU RELACIÓN CON EL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES HOSPITAL JOSÉ HERNÁN SOTO CADENILLAS, CHOTA- 2012.

MÉTODO DEL RITMO	ACTUALMENTE SE				TOTAL	
	ENCUENTRA EMBARAZADA					
	SI		NO			
	N°	%	N°	%	N°	%
SI	38	37,6	63	62,4	94	100,0
NO	109	54,5	91	45,5	207	100,0
TOTAL	147	48,8	154	51,2	301	100,0

$X_2 = 7,649$

$P = 0,000$

$C = 0,151$

En la tabla 10, se observa que el 62,4% de las adolescentes que actualmente no se encuentran embarazadas, utilizaron el método del ritmo sin embargo el 54,5% de las que se encontraban embarazadas no emplearon este método.

Al establecer la relación estadística entre ambas variables se encontró una relación significativa siendo la ($X_2 = 7,646$ y $P = 0,000$), lo que significa que siendo el método del ritmo un método natural y usándolo en forma adecuada es efectivo.

Hirsch, L (2019). Describe que, si una pareja no mantiene relaciones sexuales alrededor del momento de la ovulación, la mujer es menos probable que se quede embarazada. Todo está en precisar en qué momento ocurre la ovulación. Durante estos días, una pareja que usa el método Ogino como método anticonceptivo se debe abstener de mantener relaciones sexuales" (89).

Suele ser difícil saber con exactitud cuándo está ovulando una mujer. Además, una mujer puede concebir desde 5 o 6 días antes de ovular hasta 1 o 2 días después

de ovular. Puesto que las adolescentes suelen tener menstruaciones irregulares, esto hace que sea todavía más difícil predecir la ovulación. Incluso las mujeres que tienen ciclos menstruales regulares pueden ovular en momentos diferentes del ciclo menstrual debido a factores como el estrés o su estado de salud. El método Ogino requiere un compromiso en la supervisión de los cambios corporales, mantener un registro diario y abstenerse de mantener relaciones sexuales durante el período fértil (89).

“El método Ogino no protege contra las infecciones de transmisión sexual (ITS). Las parejas que mantienen relaciones sexuales deben usar siempre condones (o preservativos) para protegerse de las ITS, incluso aunque usen otro método anticonceptivo” (89)“. Según la Planned Parenthood. Federación of América Inc(2018). La abstinencia y las relaciones sexuales sin penetración tienen muchos beneficios. Tanto la abstinencia como las relaciones sexuales sin penetración son métodos simples y gratuitos de protección contra embarazos que funcionan muy bien. De hecho, la abstinencia es el único método 100% eficaz para evitar el embarazo y las ITS. Las relaciones sexuales sin penetración reducen mucho el riesgo” (90).

Los adolescentes, generalmente se dejan llevar por las emociones y no pueden generar un autocontrol; por lo tanto, este método difícilmente funciona en forma positiva, teniendo que optar por otro que les brinde mayor seguridad de no tener un embarazo no deseado.

TABLA 12. USO DEL MÉTODO DE COITUS INTERRUPTUS Y SU RELACIÓN CON EL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL JOSÉ HERNÁN SOTO CADENILLAS, CHOTA- 2012.

MÉTODO COITUS	ACTUALMENTE SE					
	ENCUENTRA EMBARAZADA				TOTAL	
	SI		NO			
INTERRUPTUS	N°	%	N°	%	N°	%
SI	17	63,0	10	37,0	27	100,0
NO	130	47,4	144	52,6	274	100,0
TOTAL	147	48,8	155	51,2	301	100,0

$X^2 = 2,369$

$p = 0,088$

En la tabla 12, se observa que el 63,0% de las adolescentes que se encontraba embarazada, utilizaron el método de coitus interruptus; mientras que el 52,6% que no se encontraba embarazada no utilizaron este método.

Al establecer la relación estadística entre ambas variables se encontró una relación no significativa siendo la ($X^2=2,369$ y $P=0,088$), esto significa que los embarazos en las adolescentes no tienen una correlación con el uso del método coitus interruptus, sí las variables no están estrechamente relacionadas.

Los resultados, nos evidencian que este método de coitus interruptus no es seguro, pues la mayoría de adolescentes que utilizaron este método salieron embarazadas. Resultados que guardan cierta relación con Vilchis, E (2014), respecto a los Factores que influyen en el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de una comunidad Mexiquense. Encontró como resultados que el 42% de las adolescentes embarazadas utilizó el método de coito interrumpido como método

anticonceptivo y 38% utilizó el condón para la prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazo (91).

Entre los métodos menos eficaces para evitar el embarazo indica. Lifshitz, A (2018), se encuentra el denominado método del coito interrumpido o “marcha atrás”, que consiste en que el varón eyacule fuera de la vagina. Sin embargo, muchas jóvenes y adolescentes deciden usar este antiguo método. Específicamente, un tercio de las mujeres jóvenes norteamericanas lo elige, según un estudio que se publicó en la revista *Obstetrics & Gynecology* (92).

Así encontraron, según Lifshitz, A(2018), que el 31 por ciento de las mujeres habían usado el coito interrumpido como forma de anticoncepción, al menos una vez. Entre ellas, el 21% quedó embarazada sin desearlo y el 7,5 por ciento mostró más posibilidades de haber utilizado anticoncepción de emergencia. Se estima que 27 de cada 100 mujeres que usan esta alternativa quedan embarazadas, es decir 1 de cada 5. Por ello es importante orientar que existen otros métodos anticonceptivos cada uno con sus ventajas y desventajas (92).

Por cierto, este es otro dato muy importante a tener en cuenta “Pues el método del coito interrumpido no protege de las ITS, que a veces pueden poner en riesgo la vida, como ocurre con el VIH/Sida y la hepatitis, por nombrar sólo algunas. Así que hay que orientar para evitar un embarazo y proteger la salud, no dejar de usar el condón, que por el momento es el método más apropiado para disminuir el riesgo de contagio de las ITS” (92).

“Practicar el coitus interruptus y usar condón, por ejemplo, Según la Planned Parenthood. Federación of América Inc. (2019). ofrece una excelente protección contra embarazos. Si el método anticonceptivo es el coitus interruptus, es recomendable que tenga a mano anticoncepción de emergencia (es decir, la píldora del día siguiente) en caso de que el semen tenga contacto con la vagina o ingrese en ella” (42).

Según el equipo de Tua Saude (2018). La efectividad de este método es muy baja, ya que tiene un porcentaje de falla de 18%, lo que significa que es muy alto, pudiendo causar entonces un embarazo no deseado (93). Es posible que la mujer quede embarazada por dos motivos: Porque el hombre puede tener dificultad para controlar el momento de la eyaculación, pudiendo ocurrir mientras el pene todavía está dentro de la vagina; y la otra desventaja es que el coito interrumpido no evita el contagio de las ITS.

El coitus interrumpido puede ser ventajoso, cuando la mujer tiene un ciclo menstrual muy regular y consigue saber exactamente cuándo es su período fértil cada mes, el coito interrumpido puede ser una buena opción, en caso que la pareja no tenga acceso a otros métodos anticonceptivos (93).

También es de importancia tener en cuenta los efectos secundarios. Queteso (2019), refiere que, según los expertos, si se practica mucho tiempo, el coito interrumpido puede causar la neurastenia en los hombres. Es una condición que se traduce como fatiga, malestar, irritabilidad, tristeza, ansiedad, incluso somnolencia o, por el contrario, insomnio, trastornos de la alimentación, como la falta de apetito

o aumento del apetito, dolor de cabeza, malestar. También se ha puesto de relieve y una mala influencia sobre la lívido, la consecuencia más grave de este método es el inicio temprano de la impotencia (94).

CONTRASTE DE HIPÓTESIS:

Se realizó el contraste de hipótesis Considerando los diversos métodos anticonceptivos: Hormonales, de barrera y naturales y el embarazo en las adolescentes.

HIPÓTESIS.

Ha: El embarazo en adolescentes guarda relación estadística significativa con el uso de los métodos anticonceptivos, Hospital José Hernán Soto Cadenillas. Chota - 2012.

Ho: El embarazo en adolescentes no guarda relación estadística significativa con el uso de los métodos anticonceptivos, Hospital José Hernán Soto Cadenilla. Chota - 2012.

Nivel de significación $NS=\alpha= 0,05$

Estadística de Prueba: Chi cuadrada (Escala nominal)

Se contrastó la variable dependiente: Embarazo adolescente (embarazo precoz)

Con la variable Independiente: Métodos anticonceptivos, clasificada de la siguiente manera:

Métodos anticonceptivos hormonales

Métodos anticonceptivos de barrera

Métodos anticonceptivos naturales

Regla de Decisión;

Para cada caso:

Si NS (nivel de sig.) $=P < 0,05$ se rechaza H_0 . Y se acepta H_1 .

Caso Contrario se acepta H_0

Al establecer la relación existente entre el uso de métodos anticonceptivos y el embarazo adolescente (embarazo precoz), se encontró una relación altamente significativa entre ambas variables puesto que ($X^2 = 77,065$ y $P=0,000$, es decir $P < \alpha = 0,05$), lo que nos permite rechazar la H_0 , y aceptar la hipótesis H_a : El embarazo en adolescentes guarda relación estadística significativa con el uso de los métodos anticonceptivos, Hospital José Hernán Soto Cadenillas. Chota - 2012.

Luego se contrastó la existencia de relación significativa de cada método con la existencia de embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas, durante el año 2012.

Encontrándose relación significativa entre el embarazo en adolescentes y el uso del método hormonal oral siendo ($X_2=4,379$ y $P= 0,036$), con el uso del **inyectable** ($X_2=6,515$ y $P=0,001$), uso de la píldora del día siguiente ($X_2=11,77$ y $P=0,001$).

La relación fue altamente significativa, con el uso del método de barrera condón ($X_2=44,486$ y $P=0,000$), y del método natural del ritmo ($X_2=7,646$ y $P=0,000$).

CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos en el presente estudio se formulan las siguientes conclusiones:

- Del total de adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo José Hernán Soto Cadenillas de Chota, en el momento de aplicar el instrumento menos de la mitad se encontraban embarazadas
- En relación a la edad, el mayor porcentaje de adolescentes correspondían al grupo etario de 17-19 años. Menos de la mitad el estado civil era de convivencia, más del cincuenta por ciento tenía grado de instrucción secundaria y el ingreso económico en la mayoría era <de 650.00 n.s, en la mayoría la procedencia fue zona urbana.
- Los métodos hormonales más usados fueron los inyectables. Dentro de los métodos de barrera el más utilizado fue el condón o preservativo y de los métodos naturales emplearon el método del ritmo.
- Al establecer la relación entre el uso de métodos anticonceptivos y el embarazo adolescente (embarazo precoz), se encontró una relación altamente significativa entre ambas variables puesto que ($X^2 = 77,065$ y $P=0,000$, es decir $P < \alpha = 0,05$), lo que nos permite rechazar la H_0 , aceptar la hipótesis H_a : El embarazo en adolescentes guarda relación estadística significativa con el uso de los métodos anticonceptivos, Hospital José Hernán Soto Cadenillas. Chota - 2012.

RECOMENDACIONES

AL PERSONAL DEL HOSPITAL JOSÉ HERNÁN SOTO CADENILLAS DE CHOTA:

1. Realizar un trabajo multidisciplinario e intersectorial entre el sector Educación y Ministerio de Salud, con el fin de implementar y desarrollar Programas Educativos en Educación Sexual y Reproductiva, en los Centros educativos.
2. Promover la inserción de módulos de educación sexual en los programas de educación con información sexual, transmitiendo a los adolescentes los cambios psicosociales que podrían sufrir al quedar embarazadas a temprana edad, sin limitarse a dar temas sobre sexualidad.
3. Fomentar el control prenatal precoz en las adolescentes a fin de orientar y aconsejar para prevenir un embarazo reincidente.
4. Implementar la atención diferenciada efectiva para los adolescentes, con enfoque de derechos, género y equidad.
5. Información a la población adolescente, sobre la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva, orientación sobre métodos de anticoncepción, orientación en salud sexual y reproductiva.

A los Padres.

6. Asistir a talleres de capacitación programados por el personal de salud o por el sector educación a fin de recibir orientación sobre temas de sexualidad y así poder mejorar la comunicación con sus hijos y conversar sobre temas de sexualidad.
7. Brindar orientación e información necesaria a sus hijos sobre educación sexual, teniendo una estrecha comunicación con ellos, la verdadera comunicación entre adultos y jóvenes se posibilita solo cuando ambos comprenden lo que hablan.
8. Brindar a los hijos un entorno saludable libre de violencia, aperturando el diálogo de padres a hijos y viceversa.

A la Escuela de Post Grado:

9. Promover la continuidad de investigación en cuanto al tema investigado, con otro enfoque y poder profundizar sobre la problemática investigada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012 -2021. Primera Edición 2012.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS).UNICEF.Salud Sexual y reproductiva. Lima. 2017.
3. ENDES. Embarazo adolescente. 2017.
4. Ministerio de Salud(MINSA). Situación del embarazo en las adolescentes. Chota. 2013-2014.
5. Alamilla C. Instituto Nacional de las Mujeres. Comunicado de Prensa (68). México, 24 de Setiembre del 2010.
6. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe".Santiago de Chile; 2017.
7. Organización de las Naciones Unidas para la Educación Ciencia y Cultura. Embarazo precoz y no planificado y el sector de la educación. Revisión de la evidencia y de las recomendaciones. [En Línea].2017 [Citado 02 Mayo 2018 Disponible en URL:
<http://unesdoc.unesco.org/images/0025/002515/251509S.pdf>.
8. Maluli, F; Bali,T. Exploring experiences of pregnant and mothering secondary school students in Tanzania. Research on Humanities and Social Sciences. Vol. 4, No. 1, pp. 80–88. 2014.
9. UNICEF. Únete por la niñez. Panamá. 2014.
10. Quintana, A; Hidalgo,C. Acortando distancias entre proveedores de salud y adolescentes y jóvenes. Lima: IES y Washington D.C: Advocate. 2014.
11. Mosquera,J. Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre el VIH Sida Y Planificación Familiar.[Tesis], para optar Licenciatura en Obstetricia. Palmira-Colombia. 2011.
12. Minaya,P. Situación del Embarazo Adolescente. Avances y Desafíos en la Salud Sexual y Reproductiva de las y los Adolescentes. 2012.
13. Hospital José Soto Cadenillas-Chota(HJSC). Servicio de Ginecoobstetricia. 2014.
14. Gobierno Regional de Cajamarca. Dirección Sub Regional de Salud Chota. Análisis Situacional de Salud 2014. Dirección de Epidemiología.
15. Organización MUndial de la Salud. Embarazo adolescente, consecuencias. 2018.

16. Pender. N. Promoción de la Salud. Capítulo: Pág. Citado en Modelos y Teorías en Enfermería. De Marriner, A; Raile, M 7a Ed, Madrid: Elsevier España; 2011.
17. Ruíz S. Factores asociados al embarazo en adolescentes de a años en un colegio de la ciudad de Guayaquil, de Mayo a Agosto, 2016. [Tesis], de Titulación previo a la obtención del Grado de Licenciada en Enfermería. Guayaquil-Ecuador: Universidad Católica de Santiago Guayaquil, Facultad Ciencias Médicas. Escuela de Enfermería; 2016.
18. Quintero P. Caracterización de los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia en el Policlínico Universitario "Pedro Borrás Astorga". Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2016;42(3). 2016.
19. D Añari J. factores biosociodemograficos asociados al embarazo precoz en adolescentes gestantes atendidas en el H R H de, abril – mayo 2019. [Tesis], para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Arequipa: Universidad Nacional de Huamanga, Facultad de Medicina; 2019.
20. Rodríguez A; Espinoza et.al.. Factores que influyen en el embarazo en adolescentes en el Centro de Salud Pedro Sánchez Meza Chupaca de enero a marzo 2016. [Tesis], para optar el Título Profesional de Obstetra. Huancayo: Universidad Peruana del Centro, Escuela de Obstetricia; 2016.
21. Valdivia J. Factores que contribuyen al embarazo en adolescentes del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari del periodo enero-junio 2015. [Tesis], para optar el Título profesional de Obstetra. Huánuco: Universidad de Huánuco, Escuela de Obstetricia; 2015.
22. Rujil P; Silupe J. Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el control prenatal Hospital "Sagaro" II-1. [Tesis], para optar el Título Profesional de Licenciado en Obstetricia. Tumbes: Universidad Nacional de Tumbes, Escuela Académico de Enfermería. 2016
23. Cruzalegui G. Factores Sociales, Económicos Y Culturales Y Su Relación Con La Adolescente Embarazada Que Acude Al Puesto De Salud Garatea, Nuevo Chimbote. 2015. [Tesis]. Grado Académico de Maestría en Salud Publica. Chimbote, Facultad Ciencias de la Salud.
24. Perez, M. Embarazo adolescente en Iquitos. Diario la Región Iquitos, Perú. Pág.22. 2015.
25. Vásquez, Y. "Actitud de las adolescentes embarazadas frente a su estado de gravidez según factores sociales y demográficos. Puesto de Salud Chontapaccha" [Tesis]. Universidad Nacional de Cajamarca, 2015.
26. Escalera, Y; Mendez, T. Causas del embarazo precoz en las adolescentes atendidas en el Centro de Salud Chilca-Huancayo. Universidad Nacional del Centro del Perú. [En Línea].; 2014 [citado 16 Mayo 2018. Disponible en URL:

- http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/907/TTS_19.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
27. Bazán, M; Villanueva, K. Relación entre el uso de métodos anticonceptivos y el embarazo no planificado en adolescentes – Instituto Especializado Materno Perinatal [Tesis] Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2014.
 28. Alves, M; Pinto, J. Conocimiento, actitud y prácticas sobre métodos anticonceptivos entre adolescentes gestantes. Rev Saúde Pública 2014; 38 (4): 479-87.
 29. Organización Mundial de la salud. El embarazo en adolescentes. 2014.
 30. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial del embarazo en Adolescentes. ONUDISA. [En línea].; 2013 [citado 06 Junio 2018. Disponible en URL:
http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_es.pdd.
 31. Molina, R. Características de la Adolescencia Normal. Tercera Edición ed. Santiago: Mediterraneo; 2013.
 32. Venegas, M. Uso de Métodos Anticonceptivos en Madres Adolescentes y su relación con Variables Biológicas y Sociales [Tesis]. Universidad de Concepción. 2011.
 33. Gómez I. Embarazo en la adolescencia, aspectos que lo favorecen. Hospital general Docente "Dr. Agostino Neto". [En Línea].; Guantánamo, Cuba, 2018 [citado 10 Diciembre 2019. Disponible en URL:
<http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/169/1427>
 34. ISSLER, R. Embarazo en las adolescentes. [En Línea].; 2010 [citado 25 Junio 2018. Disponible en URL:<http://www.med.unne.edu.ar/2htm>
 35. Plan Multisectorial para la prevención del embarazo en adolescentes 2013 – 2021.
 36. Ministerio de Salud (MINSA). Adolescentes reciben atención diferenciada en el Ministerio de Salud. [En Línea].; 2017 [citado 28 Diciembre 2018 Disponible en URL:<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/21391-adolescentes-reciben-atencion-diferenciada-en-establecimientos-de-salud-a-nivel-nacional>.
 37. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Las adolescentes y su comportamiento reproductivo, Lima - Perú, enero 2015.
 38. Ministerio de Salud (MINSA). Norma Técnica de salud de planificación familiar. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en salud Pública

- .Dirección de salud sexual y Reproductiva-Métodos anticonceptivos. [En Línea].2017 [ciado 10 Diciembre 2019. Disponible en URL:
<http://www.bvsde.pho.org/texcom/sct/047995.pdf>.
39. Organización de la Naciones Unidas contra el SIDA. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA. ONUDISA 2013. [En Línea]. [citado 25 Mayo 2018. Diponible en URL:
http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_es.pdf.
40. Ministerio de Salud. Guías Nacionales de atención sexual y reproductiva-Minsa. [En Línea].; 2017 [citado 14 Junio 2018. Disponible en URL:
<http://www.minsa.gob.pe>.
41. Schwarcz-Sala-Duverges. Obstetricia. Métodos anticonceptivos. Pág. 520 a 530.
42. Planned Parenthood Federation of America Inc. Planned Parenthood Federation of America Inc. Ventajas citus interrupto. [En Línea].; 2019 [citado 10 Abril 2019. Disponible en URL:
<https://www.plannedparenthood.org/es/salud/anticonceptivos/eyaculacion-fuera-de-la-vagina-coitus-interruptus/cuales-son-las-desventajas-del-retiro-del-pene-antes-de-eya>.
43. INEI. Definiciones y conceptos. [En línea].; 2017 [citado 16 Diciembre 2019. Disponible en URL:
www.onei.go.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1676/06.pdf.
44. Ortega, J ; Salinas, L. Conocimiento del VIH/SIDA en la población del área de influencia del Sub Centro de Salud de San Pablo. Ecuador. 2012. [En Línea]. [citado 19 Julio 2018. Disponible en URL:
<http://repositorio.upse.edu.ec:8080/bitstream/123456789/596/1/JANETH%20ORTEGA-tesisconocimientovih.pdf>.
45. Pio, G; Molina, R ; Zamberlin, N. Factores Relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe. Federación Latino Americana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. Comité de Derechos sexuales y Reproductivos. Primera edición, enero 2011. Lima-Perú.
46. Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES). Embarazo adolescente aumenta en Lima y la costa norte del Perú. [En Línea].; 2014 [citado 25 Julio 2018. Disponible URL:
<http://peru21.pe/actualidad/embarazo-adolescente-aumenta-lima-inei-2191608>.

47. Molina, R. Factores Relacionados con el embarazo y la maternidad adolescente en América Latina. 2012. Lima-Perú.
48. Díaz, L. Ingreso económico. [En Línea].; 2017 [citado 16 Diciembre 2019]. Disponible en URL:

<https://www.monografias.com/docs/Ingreso-Econ%C3%B3mico-PKBVQA3RLLCP>
49. López, ALC. "Pobreza, baja educación y falta de oportunidades aumentan el riesgo de embarazo en adolescentes". Banco Mundial para América Latina y el Caribe Guatemala, 2013. [En Línea]. [citado 30 Julio 2018]. Disponible en URL: <http://www.bancomundial.org>.
50. Gonzales, G. Factores sociales una nueva definición de lo social desde la teoría del Actor-Red 2012. [En Línea]. [citado 12 Abril 2018]. Disponible en URL: <https://www.antropomedia.com/2012/factores-definici%C3%B3n-de-lo-social-desde-la-teor%C3%ADa-del-actor-red/>.
51. Hernández, S. Metodología de la Investigación. Quinta edición Ed. JM C, editor. México: MCGrawHill; 2010.
52. Majarrés, S. Aplicación de los principios éticos a la Metodología de la Investigación. Enfermería en Cardiología N°58-59/1y2cuatrin. 2013.
53. Organización Mundial de la Salud (OMS). El embarazo en la adolescencia. 2018 [En Línea]. [citado 18 Abril 2019]. Disponible en URL:

www.who.int/meiacente/factsheets/fs6/es.
54. Rojas, L. Utilización de métodos anticonceptivos. 2014.
55. Encuesta Nacional de Demografía y Salud p. 1-126. 2012.
56. Rothenberg A, Weissman A. the development of programs for pregnant and parenting teens social work in health care. [En Línea].; 2012 [citado 20 Abril 2019]. Disponible en URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12711793>.
57. Chandra-M et.al. WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. J Adolesc Health Pag.; 52:517-22. 2013.
58. Sánchez, Y et.al. Características poblacionales y factores asociados a embarazo en mujeres adolescentes de Tuluá, Colombia. Rev Chil Obstet Ginecol; 78(4): 269 – 281. 2013.
59. Ministerio de la Protección Social República de Colombia. Profamilia. Bienestar Familiar y United States Agency International Development, USAID del Pueblo de los estados Unidos. Conocimientos del VIH y otras ETS, Encuesta Nacional de Demografía y salud E. [En Línea]. 2019 [citado

- 19 Abril 2019. Disponible en URL:
<http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php=com>.
60. Chura, R; Campos, R. et.al. Factores socioculturales relacionados con el embarazo reincidente en adolescentes atendidos en el Hospital Docente Madre-Niño San Bartolomé, Lima. Vol. 6, 2014.
61. Huamán Jove Quimper. Embarazo adolescente en el contexto familia, son Juan del Oro, SANDIA – PUNO Rev. Investigación. Altoanden. 2014; Vol. 15 N° 1: 151-162 enero – junio.
62. Rojas, L. Análisis de aspectos familiares, socioeconómicos y ginecologías como factores de riesgo para el embarazo en la adolescencia. Revista Médica La Paz Versión on-line ISSN 1726 – 8958.V. 20 N.1 La Paz 2014. [En Línea]. [citado 05 Mayo 2019. Disponible en URL:
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?Scrip=sci_arttex&pid=s1726
63. Instituto Nacional de Estadística e Informática(INEI). Las adolescentes y su comportamiento reproductivo, 2013. Lima Perú.
64. Gómez, C. Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño. 2012. Rev. Salud Pública. 16(3): 394-406, 2014 Colombia.
65. Casanova, A. “Factores que influyen en la elección de métodos anticonceptivos en la población femenina en edad reproductiva que habitan en el barrio Zalapa –Loja, periodo Abril – Agosto 2012”. [Tesis], para optar el Título de Médico general. Loja-Ecuador: Universidad Nacional de Loja, Medicina; 2012.
66. Healthy children. Métodos anticonceptivos eficaces para los adolescentes sexualmente activos. [En Línea]. 2016 [citado 12 Mayo 2019. Disponible en URL: <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/dating-sex/Paginas/birth-control-for-sexually-active-teens.aspx>.
67. Peláez J. Anticoncepción en los adolescentes y adultos jóvenes. Actualidad y perspectivas para el nuevo milenio. La Habana: Editorial Científico-Técnica; p.54-83. 2011.
68. Arribas L, Duarte S, Saavedra A. Indicación de un método anticonceptivo a una adolescente: implante subcutáneo de gestágeno. Rev Atención Primaria; 34(9):499-503. 2014.
69. Sánchez, M et.al. "Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un Centro de Salud". [En Línea]. 2014 [citado 22 Mayo 2019. Disponible en URL: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-familiar-223-articulo-conocimiento-uso-metodos-anticonceptivos->

- adolescentes-S140588711630044X.
70. Cruz, J et al. Anticoncepción en la adolescencia. [En Línea]. 2015 [citado 25 Mayo 2019]. Disponible en URL:
http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol18_1_07/end06107.htm.
71. Moya, A: Juegos de Guerra. Enfoque genérico- cultural de la respuesta al VIH/SIDA. Trabajo presentado en la conferencia “Estudios de Género al inicio del III Milenio”, FLACSO/INTEC. Santo Domingo. República Dominicana, 3-4 julio 2013.
72. Métodos anticonceptivos. [En Línea]. 2015 [citado 26 Mayo 2019]. Disponible en URL: <https://www.your-life.com/es/meto/anticonceptivos/anticonceptivos-de-corta-duracion/espermicidas/>
73. Wallace, K. Salud y Familia. [En Línea].; 2015 [citado 27 Mayo 2019]. Disponible en URL: <https://cnnespanol.cnn.com/2015/05/11/encuesta-adolescentes-no-usan-métodos-anticonceptivos-por-temor-a-que-sus-padres-los-juzguen/>
74. Vida y salud. Adolescentes y método del ritmo: una mala combinación. [En Línea]. 2019 [citado 26 Mayo 2019]. Disponible en URL:
<https://www.vidaysalud.com/adolescentes-y-metodo-del-ritmo-una-mala-combinacion/>
75. Centeno, M. relación entre el nivel de conocimiento y uso del método de lactancia y amenorrea (mela) como método anticonceptivo en puérperas atendidas en el hospital militar central. enero - abril 2015. [En Línea].; 2016 [citado 26 Mayo 2019]. Disponible en URL:
<http://www.repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsb/1074>
76. Beforeplay. Sexo seguro y métodos anticonceptivos. [En línea].; 2018 [citado 28 Mayo 2019]. Disponible en URL:
<https://beforeplay.org/es/abstinence/>, 2018
77. Centros para el control y prevención de enfermedad. Prevención de embarazos en las adolescentes de 15 a 17 años. [En Línea].; 2014 [citado 30 Mayo 2019]. Disponible en URL:
<https://www.cdc.gov/spanish/signosvitales/embarazoadolescencia/index.html>
78. Rodríguez, I. Limitar la educación sexual a promover solo la abstinencia es ineficaz contra el embarazo adolescente. [En Línea]. 2017 [citado 29 Mayo 2019]. Disponible en URL:
<https://www.nacion.com/salud/limitar-educacion-sexual-a-promover-solo-la-abstinencia-es-ineficaz-con>

embarazoSPBM3GK5INANRFC3AWARFC3AW

79. Gonzales, I. Anticoncepción en adolescentes. Pediatría. Centro de Salud "Cerro del Aire". [En Línea].; Majadahinda- Madrid 2012[citado 08 Junio 2019 Disponible en URL:
<http://www.familiaysalud.es/sex-metodos-anticonceptivos/anticoncepcion-en-adolescentes>
80. Muñoz, M. Anticoncepción en la adolescencia y situaciones especiales. Congreso de la Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica. Rev. Esp. Endocrinol Pediatric. 2015; 6.
81. Ministerio de Salud. Adolescentes prefieren inyectables. [En Línea].; 13 marzo 2019 [citado 26 Agosto 2019. Disponible en URL:
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/26484-adolescentes-prefieren-inyectables-e-implantes-para-prevenir-embarazos>
82. Hirsch, L. Inyección anticonceptiva para adolescentes. [En Línea].; Agosto 2018[citado 26 Agosto 2019. Disponible en URL:
<https://kidshealth.org/es/teens/contraception-depo-esp.html>
83. Plannedparenthood. Cuáles son las desventajas de usar la lactancia como método anticonceptivo? [En Línea].2018[Disponible en URL:
<https://www.plannedparenthood.org/es/salud/anticonceptivos/lactancia/cual-es-son-las-desventajas-de-usar-la-lactancia-como-metodo-ant>.
84. Huitrón et al. Conductas de riesgo en una población adolescentes Chilenos y Mexicanos: un estudio comparativo, papeles de población, 17 70, pp 36-47, 2011.
85. López, E. La píldora del día siguiente en la vida sexual de los adolescentes. [En Línea].; 2014[citado 03 Junio 2019. Disponible en URL:
<http://www.educacionyculturaaz.com/la-pildora-del-dia-siguiente-en-la-vida-sexual-de-los-adolescentes/> 2014.
86. La República. 153% respalda que los adolescentes accedan a la píldora del día siguiente. [En Línea].; 05-febrero-2016 [citado 05 Junio 2019. Disponible en URL: <https://larepublica.pe/sociedad/887249-el-53-respalda-que-los-adolescentes-accedan-a-la-pildora-del-dia-siguiente>.
87. Anticoncepción y emergencia en adolescentes. [En línea].; 11 mayo 2015 [citado 06 Junio 2019. Disponible en URL:
<https://www.intramed.net/contenido/ver.asp?contenido=81029>.
88. Pérez E; Miric, M; Vargas, T. Santo Domingo 2012. República Dominicana una publicación de Profamilia.
89. Hirsch, L. El método Oguino o abstinencia periódica basada en el ciclo

- menstrual.[En línea].[citado 30 Mayo 2019.Disponible en URL:<https://kidshealth.org/es/teens/contraception-rhythm-esp.html>
90. Planned Parenthood. Federación of America Inc.. Cuáles son los beneficios y las ventajas de la abstinencia y las relaciones sexuales sin penetración? [EnLínea].;2018[citado 01 Junio 2019.Disponible en URL:
<https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/anticonceptivos/la-abstinencia-y-el-sexo-sin-penetracion/cuales-son-los-beneficios-y-las-desventajas-de-la-abstinencia-y->
91. Vilchis,E. Factores que influyen en el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de una comunidad mexiquense. [En línea].; 2014 [citado 27 Mayo 2019.Disponible en URL:
http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol5/4_FACTORES.pdf
92. Lifshitz,A. Método de Eyaculación fuera de la vagina. [En línea].; 2018 [citado 28 mayo 2019.Disponible en URL:<https://www.vidaysalud.com/el-coito-interrumpido-poco-confiable-pero-muchas-jovenes-siguen-utilizandolo/Cuán-eficaz-es-el-coitus-interruptus>.
93. Equipo Tua Saude. Coito interrumpido-Qué es y cuál es su efectividad. [En Línea].;2018[citado 28 Mayo 2019.Disponible en URL:
<https://www.tuasaude.com/es/coito-interrumpido/>. 2018
94. Queteso. Inf Coito interrumpido. ventajas, desventajas y efectos secundarios. [En Línea].; 2019 [citado 10 Abril 2019. Disponible en URL:
<http://queteso.info/article/coito-interrumpido-ventajas-desventajas-y-efectos-secundarios> 2019.

APÉNDICES

APÉNDICE 1

Matriz de consistencia metodológica

Título: EMBARAZO EN ADOLESCENTES Y EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS. HOSPITAL DE APOYO JOSÉ HERNÁN SOTO CADENILLAS, CHOTA- 2012

Problema General	Objetivo General	Hipótesis General	Variables	Indicadores
Problema Principal. ¿Cuál es la relación que existe entre el embarazo en adolescentes (embarazo precoz) y el uso de métodos anticonceptivos? Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota- 2012".	Objetivo General. Determinar y analizar la relación que existe entre el embarazo en adolescentes (embarazo precoz) y el uso de métodos anticonceptivos. Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota - 2012". Objetivos específicos: Identificar gestantes adolescentes (embarazo precoz) atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota- 2012. Caracterizar sociodemográficamente las gestantes adolescentes (embarazo precoz) atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota- 2012. Identificar los métodos anticonceptivos más utilizados gestantes adolescentes (embarazo precoz) atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota- 2012. Establecer la relación entre embarazo en las adolescentes (embarazo precoz) y el uso de los métodos anticonceptivos. Hospital José Soto Cadenillas. Chota- 2012.	Hipótesis General. Ha: El embarazo en adolescentes (embarazo precoz) guarda relación estadística significativa con el uso de los métodos anticonceptivos. Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota - 2012. Ho: El embarazo en adolescentes (embarazo precoz) no guarda relación estadística significativa con el uso de los métodos anticonceptivos. Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota 2012.	Variable Dependiente: Embarazo en Adolescentes (embarazo precoz). Embarazo temprano. Embarazo medio. Embarazo tardío. Variables Independiente: Uso de Métodos Anticonceptivos: A. Métodos de Abstinencia Periódica. Método de Billings, de la ovulación o del moco cervical. Método del ritmo, Ogino – knaus. De la regla o del calendario. Método de lactancia materna Coitus interruptus. B. Métodos de Barrera. El condón espermicidas vaginales C.-Anticonceptivos Hormonales: Anticonceptivos orales Inyectables	SI NO a) De 10 a 13 años () b) De 14-16 años () c) De 17 a 19 años () Uso de métodos anticonceptivos: Sí No Si usa especifique...

			D. Anticoncepción Oral de Emergencia: Píldora del día siguiente. Variables Intervinientes: Edad. Paridad. Estado Civil. Grado de instrucción. Ingreso económico.	De 10 a 13 años De 14 a 16 años De 17 a 19 años 0 hijo 1 hijo Soltera Casada: Conviviente Analfabeta. Primaria. Secundaria. Superior. Menor a un sueldo mínimo vital S/. 650.00 Más de un sueldo mínimo vital S/ 650.00 Más de un sueldo mínimo vital S/ 650.00
--	--	--	--	--

APÉNDICE N° 2
CUESTIONARIO
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
ESCUELA DE POST GRADO

El presente cuestionario tiene por finalidad recolectar información real. Le pedimos la mayor sinceridad en sus respuestas, ya que con su participación contribuirá con el desarrollo del presente trabajo de investigación, ésta es anónima.

A. DATOS INFORMATIVOS:

1. Provincia:.....
2. Distrito:.....
3. Localidad:.....
4. Fecha de la entrevista:.....
5. Nombre del entrevistador:.....
6. Edad:
 - a) De 10 a 13 años ()
 - b) De 14-16 años ()
 - c) De 17 a 19 años ()

B. EMBARAZO ADOLESCENTE:

- ¿Actualmente se encuentra embarazada?
- Si () No ()

C. USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS:

- ¿Usa métodos anticonceptivos?
- Si ()
- No usa ()
- Si la respuesta es positiva qué método utiliza?
- Especificar:.....

1. Métodos anticonceptivos hormonales:

La píldora

Inyectable ()

2. Métodos de barrera:

El condón ()

Espermicidas vaginales ()

3. Métodos anticonceptivos de abstinencia periódica o Naturales:

Método de Billings, de la ovulación o del moco cervical ()

Método del Ritmo Ogino-knaus de la regla o del calendario ()

Método de lactancia materna y amenorrea ()

Método anticonceptivo oral de emergencia:

La píldora del día siguiente ()

D. CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

1. Número de hijos.
Ninguno ()
Uno ()
2. Estado civil:
Soltera ()
Casada ()
Conviviente ()
3. Grado de instrucción:
Analfabeta ()
Primaria ()
Secundaria ()
Superior ()
4. Ingreso económico:
Menor de un sueldo mínimo vital S/. 650.00 ()
Igual a un sueldo mínimo vital S/.650.00 ()
Más de un sueldo mínimo vital S/. 650.00 ()

Muchas Gracias

APÉNDICE N° 3

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Como estudiante de Maestría de la Escuela de Post Grado de la Universidad Nacional de Cajamarca, deseo a través de la presente carta solicitarle su colaboración y participación en el desarrollo de la presente investigación, a través de la cual quiero estudiar el embarazo en adolescentes (embarazo precoz) y el uso de métodos anticonceptivos. Mujeres que acuden a ser atendidas en el Hospital de Apoyo José Hernán Soto Cadenillas. Chota- 2012.

Hago de su conocimiento que la presente investigación se hará a través de una entrevista a través de la cual se aplicará un cuestionario, no habiendo ningún riesgo físico, moral o financiero para los participantes, será mantenido en secreto la identificación de los participantes. Le comunicamos que la información sólo será utilizada para el presente estudio.

En cualquier momento de la investigación los participantes pueden desistir de su participación, siendo ésta voluntaria.

Nombre y apellidos :.....

Lugar y fecha :.....

Estoy de acuerdo participar en la presente:

FIRMA:

APÉNDICE N° 4



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS



INFORME SOBRE EL JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO:

.....

1.2. INSTITUCIÓN DONDE LABORA:

.....

TÍTULO DE LA TESIS: EMBARAZO EN ADOLESCENTES Y EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS. HOSPITAL DE APOYO JOSÉ SOTO CADENILLAS CHOTA, 2012

ASPECTOS DE VALIDACIÓN: Embarazo en adolescentes

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE				BAJA				REGULAR				BUENA				MUY BUENA			
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado																				
OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables																				
ACTUALIZACIÓN	Esta adecuado al avance de la ciencia y la tecnología																				
ORGANIZACIÓN	Esta organizado en forma lógica																				
SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos																				
INTENCIONALIDAD	Es adecuado para evaluar la consistencia de la tesis																				
CONSISTENCIA	Está basado en aspectos teórico científicos.																				
COHERENCIA	Entre las variables, indicadores e ítems.																				
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación																				
PERTINENCIA	El instrumento ha sido aplicado en el momento oportuno o más adecuado.																				
TOTAL																					

II. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

.....

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN.

LUGAR Y FECHA: de donde es..... FIRMA DEL EXPERTO.....



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

INFORME SOBRE EL JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO:

.....

1.2. INSTITUCIÓN DONDE LABORA :

.....

TÍTULO DE LA TESIS: EMBARAZO EN ADOLESCENTES Y EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS. HOSPITAL DE APOYO JOSÉ SOTO CADENILLAS CHOTA, 2012

ASPECTOS DE VALIDACIÓN: USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE				BAJA				REGULAR				BUENA				MUY BUENA			
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado																				
OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables																				
ACTUALIZACIÓN	Esta adecuado al avance de la ciencia y la tecnología																				
ORGANIZACIÓN	Esta organizado en forma lógica																				
SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos																				
INTENCIONALIDAD	Es adecuado para evaluar la consistencia de la tesis																				
CONSISTENCIA	Está basado en aspectos teórico científicos.																				
COHERENCIA	Entre las variables, indicadores e ítems.																				
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación																				
PERTINENCIA	El instrumento ha sido aplicado en el momento oportuno o más adecuado.																				
T O T A L																					

II. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

.....

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN.

LUGAR Y FECHA: de donde es..... FIRMA DEL EXPERTO.....

APÉNDICE N° 5

Validez del Instrumento Utilizado.

Juicio de expertos, es un conjunto de opiniones que son brindadas por profesionales expertos en el tema bajo estudio, relacionadas al proyecto que se está ejecutando.

Se validó el instrumento mediante criterio de jueces (expertos) profesionales con experiencia en el tema, esto permitió tener la validez de contenido, constructo y criterio del instrumento y luego se editó el instrumento final.

a). Juicio de Expertos

Para dar validez al instrumento se utilizó la evaluación de tres expertos, cuyos resultados son los siguientes:

EMBARAZO EN ADOLESCENTES Y EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
HOSPITAL JOSÉ HERNÁN SOTO CADENILLAS. CHOTA- 2012

EMBARAZO EN ADOLESCENTES Y EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	EVALUACIÓN (%)
EXPERTO 01	85%
EXPERTO 02	80%
EXPERTO 03	73%
PROMEDIO	79%

Fuente. Fichas de validación de expertos

ANÁLISIS

El instrumento de recojo de datos sometido a juicio de expertos, se tiene un promedio de 79% equivalente a una evaluación de BUENA, según el criterio expuesto en el esquema de validación, lo que indica que el INSTRUMENTO es apto para ser aplicado.

ASPECTOS DE VALIDACIÓN EXPERTO 1

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE				BAJA				REGULAR				BUENA				MUY BUENA			
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado																85				
OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables																	90			
ACTUALIZACIÓN	Esta adecuado al avance de la ciencia y la tecnología																85				
ORGANIZACIÓN	Esta organizado en forma lógica																85				
SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos																85				
INTENCIONALIDAD	Es adecuado para evaluar la consistencia de la tesis															80					
CONSISTENCIA	Está basado en aspectos teórico científicos.																85				
COHERENCIA	Entre las variables, indicadores e ítems.															80					
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación																85				
PERTINENCIA	El instrumento ha sido aplicado en el momento oportuno o más adecuado.															80					
TOTAL		80 85 90																			

Total: 85

ASPECTOS DE VALIDACIÓN EXPERTO 2

		DEFICIENTE				BAJA				REGULAR				BUENA				MUY BUENA			
INDICADORES	CRITERIOS	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado																85				
OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables																85				
ACTUALIZACIÓN	Esta adecuado al avance de la ciencia y la tecnología																85				
ORGANIZACIÓN	Esta organizado en forma lógica															80					
SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos															80					
INTENCIONALIDAD	Es adecuado para evaluar la consistencia de la tesis														75						
CONSISTENCIA	Está basado en aspectos teórico científicos.															80					
COHERENCIA	Entre las variables, indicadores e ítems.															80					
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación															80					
PERTINENCIA	El instrumento ha sido aplicado en el momento oportuno o más adecuado.															80					
TOTAL		75 80 85																			

Total:80

ASPECTOS DE VALIDACIÓN EXPERTO 3

		DEFICIENTE				BAJA				REGULAR				BUENA				MUY BUENA			
INDICADORES	CRITERIOS	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado															75					
OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables															75					
ACTUALIZACIÓN	Esta adecuado al avance de la ciencia y la tecnología															75					
ORGANIZACIÓN	Esta organizado en forma lógica														70						
SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos															75					
INTENCIONALIDAD	Es adecuado para evaluar la consistencia de la tesis															75					
CONSISTENCIA	Está basado en aspectos teórico científicos.														70						
COHERENCIA	Entre las variables, indicadores e ítems.															75					
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación															75					
PERTINENCIA	El instrumento ha sido aplicado en el momento oportuno o más adecuado.														70						
TOTAL		70 75																			

TOTAL:73

APÉNDICE N° 6

PRUEBA DE FIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

EMBARAZO EN ADOLESCENTES Y EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
HOSPITAL JOSÉ HERNÁN SOTO CADENILLAS. CHOTA- 2012

Escala: ALL VARIABLES

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	30	100,0
	Excluido	0	,0
	Total	30	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,734	,732	13

Estadísticas de elemento

	Media	Desviación estándar	N
Zona de residencia actual	2,17	,834	30
Grupo de edad	2,50	,682	30
¿Actualmente se encuentra embarazada?	1,70	,466	30
¿Usa métodos anticonceptivos?	1,40	,498	30
Usa Método del Ritmo Ogino-knaus de la regla o del calendario?	1,57	,504	30
Usa Condón?	1,60	,498	30
Usa anticonceptivos orales?	1,67	,479	30
Usa Inyectables?	1,73	,450	30
Usa Píldora del día siguiente?	1,90	,305	30
Número de hijos	1,37	,490	30
Estado civil	2,13	,900	30
Grado de instrucción	2,67	1,028	30
Ingreso económico	1,73	,828	30

Matriz de correlaciones entre elementos

	Zona de residencia actual	Grupo de edad	¿Actualmente se encuentra embarazada?	¿Usa métodos anticonceptivos?
Zona de residencia actual	1,000	-,030	,133	,083
Grupo de edad	-,030	1,000	-,163	,101
¿Actualmente se encuentra embarazada?	,133	-,163	1,000	,238
¿Usa métodos anticonceptivos?	,083	,101	,238	1,000
Usa Método del Ritmo Ogino-knaus de la regla o del calendario?	,096	,050	,015	,165
Usa Condón?	,249	,101	,208	,528
Usa anticonceptivos orales?	,316	-,422	,154	,144
Usa Inyectables?	,490	-,225	,263	,339
Usa Píldora del día siguiente?	-,068	-,083	,024	,045
Número de hijos	,183	,361	,045	,367
Estado civil	,291	,281	-,066	,492
Grado de instrucción	,188	-,098	,288	,269
Ingreso económico	,516	-,183	,411	,351

Matriz de correlaciones entre elementos

	Usa Método del Ritmo Ogino- knaus de la regla o del calendario?	Usa Condón?	Usa anticonceptivos orales?	Usa Inyectables?
Zona de residencia actual	,096	,249	,316	,490
Grupo de edad	,050	,101	-,422	-,225
¿Actualmente se encuentra embarazada?	,015	,208	,154	,263
¿Usa métodos anticonceptivos?	,165	,528	,144	,339
Usa Método del Ritmo Ogino- knaus de la regla o del calendario?	1,000	,110	,095	,081
Usa Condón?	,110	1,000	,289	,277
Usa anticonceptivos orales?	,095	,289	1,000	,533
Usa Inyectables?	,081	,277	,533	1,000
Usa Píldora del día siguiente?	-,067	-,045	,000	,050
Número de hijos	,107	,480	,245	-,010
Estado civil	,208	,277	,107	,006
Grado de instrucción	,111	,404	,326	,398
Ingreso económico	,292	,401	,290	,451

Matriz de correlaciones entre elementos

	Usa Píldora del día siguiente?	Número de hijos	Estado civil	Grado de instrucción
Zona de residencia actual	-,068	,183	,291	,188
Grupo de edad	-,083	,361	,281	-,098
¿Actualmente se encuentra embarazada?	,024	,045	-,066	,288
¿Usa métodos anticonceptivos?	,045	,367	,492	,269
Usa Método del Ritmo Ogino-knaus de la regla o del calendario?	-,067	,107	,208	,111
Usa Condón?	-,045	,480	,277	,404
Usa anticonceptivos orales?	,000	,245	,107	,326
Usa Inyectables?	,050	-,010	,006	,398
Usa Píldora del día siguiente?	1,000	,023	-,075	-,220
Número de hijos	,023	1,000	,589	,251
Estado civil	-,075	,589	1,000	,162
Grado de instrucción	-,220	,251	,162	1,000
Ingreso económico	-,109	,249	,327	,459

Matriz de correlaciones entre elementos

	Ingreso económico
Zona de residencia actual	,516
Grupo de edad	-,183
¿Actualmente se encuentra embarazada?	,411
¿Usa métodos anticonceptivos?	,351
Usa Método del Ritmo Ogino-knaus de la regla o del calendario?	,292
Usa Condón?	,401
Usa anticonceptivos orales?	,290
Usa Inyectables?	,451
Usa píldora del día siguiente?	-,109
Número de hijos	,249
Estado civil	,327
Grado de instrucción	,459
Ingreso económico	1,000

Estadísticas de elemento de resumen

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varianza
Medias de elemento	1,856	1,367	2,667	1,300	1,951	,161
Varianzas de elemento	,419	,093	1,057	,964	11,358	,088

Estadísticas de elemento de resumen

	N de elementos
Medias de elemento	13
Varianzas de elemento	13

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Correlación múltiple al cuadrado
Zona de residencia actual	21,97	13,551	,429	,510
Grupo de edad	21,63	16,585	-,031	,509
¿Actualmente se encuentra embarazada?	22,43	15,702	,260	,281
¿Usa métodos anticonceptivos?	22,73	14,616	,529	,594
Usa Método del Ritmo Ogino-knaus de la regla o del calendario?	22,57	15,702	,231	,138
Usa Condón?	22,53	14,464	,571	,493
Usa anticonceptivos orales?	22,47	15,361	,343	,586
Usa Inyectables?	22,40	15,076	,458	,648
Usa Píldora del día siguiente?	22,23	17,082	-,118	,140
Número de hijos	22,77	14,668	,525	,610
Estado civil	22,00	13,103	,455	,606
Grado de instrucción	21,47	12,671	,430	,397
Ingreso económico	22,40	12,524	,626	,602

Estadísticas de total de elemento

Alfa de Cronbach si el elemento se ha
suprimido

Zona de residencia actual	,708
Grupo de edad	,763
¿Actualmente se encuentra embarazada?	,728
¿Usa métodos anticonceptivos?	,703
Usa Método del Ritmo Ogino-knaus de la regla o del calendario?	,730
Usa Condón?	,699
Usa anticonceptivos orales?	,720
Usa Inyectables?	,711
Usa Píldora del día siguiente?	,749
Número de hijos	,704
Estado civil	,705
Grado de instrucción	,713
Ingreso económico	,676

Estadísticas de escala

Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
24,13	16,878	4,108	13

RESULTADOS:

CONSIDERANDO QUE LA PRUEBA DE CONFIABILIDAD CALCULADA MEDIANTE

EL COEFICIENTE **ALPHA DE CRONBACH = 0.734**, QUE SE INTERPRETA COMO UNA FIABILIDAD O CONSISTENCIA INTERNA EXCELENTE, EN FUNCIÓN DE 13 ÍTEMS BASE PARA EL CÁLCULO.

 Alfa de Cronbach:	Interpretación
0.53 a menos	Confiabilidad nula
0.54 a 0.59	Confiabilidad baja
0.60 a 0.65	Confiable
0.66 a 0.71	Muy confiable
0.72 a 0.79	Excelente
1.0	confiabilidad perfecta

Los ítems cuyos coeficientes de correlación son menores a 0,35 deben ser o recodificados reformulados o desechados (Cohen -Manion, 1990).

Dawson B, Trapp R. Bioestadística Médica. Edit. El Manual Modemo. Bogotá. 2da. Edición, 1997