

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES QUE
ACUDEN AL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL CENTRO DE SALUD
MATERNO INFANTIL SANTA ROSA, PUENTE PIEDRA - LIMA
DICIEMBRE 2015 A OCTUBRE 2016**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

EDGARD AGUSTIN MELGAREJO ESPINOZA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

LIMA – PERÚ

2019

ASESOR

Dr. Walter Bryson Malca

AGRADECIMIENTO

A quienes contribuyeron para que pueda concretar esta investigación, en el asesoramiento continuo al Dr. WALTER BRYSON MALCA, A la directora del CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL SANTA ROSA por su acogimiento, receptividad y por permitir hacer parte de su comunidad.

DEDICATORIA

El presente trabajo se lo dedico Dios por darme vitalidad, salud para seguir adelante a lo largo de mis estudios y mi vida.

A mis padres por el apoyo incondicional en toda mi carrera universitaria.

RESUMEN

Objetivo: Determinar uso de métodos anticonceptivos en adolescentes que acuden al servicio de obstetricia del Centro de Salud Materno Infantil Santa Rosa, Puente Piedra-Lima de diciembre 2015 a octubre 2016.

Material y método: Estudio retrospectivo, transversal, descriptivo. La población fueron 343 adolescentes, constituyéndose la muestra en 83 de ellas que cumplieron criterios de selección.

Resultados: Las adolescentes atendidas en el centro de salud el 90.4 % (75) tienen de 15 a 17 años y el 9.6 % (8) tienen 12 a 14 años, el 95.2 % (79) utilizan un método anticonceptivo y el 4.8 % (4) no utilizan, el 2.4 % (2) adolescentes utilizan el método de ritmo, las adolescentes que utilizan el método anticonceptivo hormonal, el 50.6 % (42) adolescentes utilizan inyectables, el 30.2 % (25) utilizan métodos orales (píldoras), el 12 % (10) utilizan implantes, dentro de las adolescentes que acuden al centro de salud ninguna utiliza el método de barrera, dentro de las características de las adolescentes atendidas en el centro de salud, el 91.6 % (76) tienen nivel de instrucción secundaria con un estado civil soltera 79.5 % (66) que iniciaron sus relaciones sexuales con 81.9 % (68) entre 13 a 15 años.

Conclusión: El método anticonceptivo natural más usado en adolescentes es el método del ritmo y el método anticonceptivo hormonal es el inyectable. Ninguna de las adolescentes utiliza el método de barrera

Palabras claves: *Métodos anticonceptivos, adolescentes*

ABSTRACT

Objective: To determine the use of contraceptive methods in adolescents who attend the obstetrics service of the Santa Rosa Maternal and Child Health Center, Puente Piedra-Lima from December 2015 to October 2016.

Material and Methods: Retrospective, transversal, descriptive study. The population was 343 adolescents, constituting the sample in 83 of them that met selection criteria.

Results: The adolescents attended at the health center 90.4% (75) are 15 to 17 years old and 9.6% (8) are 12 to 14 years old, 95.2% (79) use a contraceptive method and 4.8% (4) Do not use, 2.4% (2) adolescents use the rhythm method, adolescents who use the hormonal contraceptive method, 50.6% (42) adolescents use injectables, 30.2% (25) use oral methods (pills), 12 (10) use implants; none of the adolescents attending the health center uses the barrier method; 91.6% (76) of the adolescents attending the health center have secondary education A single marital status of 79.5% (66) who started their sex with 81.9% (68) between 13 and 15 years.

Conclusion: The most commonly used natural contraceptive method in adolescents is the rhythm method and the hormonal contraceptive method is the injectable. None of the adolescents used the barrier method

Keywords: *Contraceptive methods, adolescents.*

INTRODUCCIÓN

En el Perú, los adolescentes (15 a 18 años), el 13.95% las mujeres fueron en algún momento gestantes. Respecto a los porcentajes de maternidad en los adolescentes, se llegaron a presentar en las mujeres con una educación primaria de 36.3%, en la región selvática 23.8%, las cuales se llegan a encontrar en el quintil inferior de riqueza 23.8% con respecto al área rural de 20.2%. Mientras que en porcentajes menores se llega a encontrar la ciudad de Lima con un 10.5% con respecto a la educación superior y de las cuales están en el quintil superior de riqueza entre el 5.6 al 8.6%.¹

Para cumplir este fin, la estructura del este estudio se ha dividido en cinco partes:

En el **primer capítulo** se comenta el planteamiento del problema, formulación del problema, justificación, delimitación del área de estudio, limitación de la investigación juntamente con sus objetivos y el propósito.

En el **segundo capítulo** se revisan las investigaciones realizadas con anticipación en la cual se utilizaron las variables similares de este estudio. Igualmente se hizo referencia al marco teórico en el que se han visto conceptos, teorías que ayudan a comprender el problema propuesto

En el **tercer capítulo** se presenta la metodología del trabajo: el tipo de estudio, nivel de la investigación, la población, muestra y el instrumento utilizado para recoger la información. Se presenta el diseño de recolección de datos, el procesamiento y análisis de datos así mismo respetando los aspectos éticos.

En el **cuarto capítulo** se presentan los resultados y las discusiones de los mismos.

Para finalizar en el **quinto capítulo** se analizan las conclusiones y las recomendaciones que podemos dar para ayudar en el manejo de estas situaciones.

ÍNDICE

CARÁTULA	I
AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCCIÓN	VII
ÍNDICE	VIII
LISTA DE TABLAS	X
LISTA DE GRÁFICOS	XI
LISTA DE ANEXOS	XII
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	1
1.2.1. GENERAL.....	1
1.2.2. ESPECÍFICOS.....	2
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	2
1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO.....	4
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
1.6. OBJETIVOS.....	4
1.6.1. GENERAL.....	4
1.6.2. ESPECÍFICOS.....	4
1.7. PROPÓSITO.....	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	6
2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	6
2.2. BASE TEÓRICA.....	15
2.3. MARCO CONCEPTUAL.....	19
2.4. HIPÓTESIS.....	23
2.4.1. GENERAL.....	23
2.4.2. ESPECÍFICA.....	23
2.5. VARIABLES.....	24

2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	26
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	28
3.1. DISEÑO METODOLÓGICO	28
3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	28
3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN	28
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	28
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS ...	28
3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	29
3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	29
3.6. ASPECTOS ÉTICOS.....	30
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	31
4.1. RESULTADOS	31
4.2. DISCUSIÓN.....	35
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	39
5.1. CONCLUSIONES.....	39
5.2. RECOMENDACIONES.....	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
ANEXOS.....	45

LISTA DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 1: Edad de los adolescentes	31
TABLA N° 2: Uso de métodos anticonceptivos en adolescentes	32
TABLA N° 3: Métodos anticonceptivos en adolescentes	33
TABLA N° 4: Características sociodemográficas de adolescentes	34

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO N° 1: Edad de los adolescentes	31
GRÁFICO N° 2: Uso de métodos anticonceptivos en adolescentes	32
GRÁFICO N° 3: Métodos anticonceptivos en adolescentes	33
GRÁFICO N° 4: Características sociodemográficas de adolescentes	34

LISTA DE ANEXOS

ANEXO N° 1: Operacionalización de Variables.	46
ANEXO N° 2: Instrumento ficha de recolección de satos.	48
ANEXO N° 3: Validez de Instrumento – Consulta de Expertos	49
ANEXO N° 4: Matriz de Consistencia	50

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El comportamiento sexual y reproductivo de los adolescentes está influenciado por su entorno sociocultural y su percepción del bienestar psicoafectivo, lo que plantea necesidades y cuestionamientos frente a su sexualidad. La manera en que estos cuestionamientos se respondan y se suplan sus necesidades, determinarán su salud sexual y reproductiva¹.

El uso de métodos de anticoncepción fue muy difundido en el país, presentándose un incremento de 3,9 puntos porcentuales, entre el 2009 y 2014, en las mujeres en edad fértil que han usado alguna vez métodos anticonceptivos (75,2% a 79,1% respectivamente). Según tipo de métodos, las mujeres entrevistadas que usaban algún método moderno se incrementaron en un 6.4% (66,3% a 72,7%) y entre las usuarias de métodos tradicionales aumento un 2.9% en el referido período. Entre las mujeres no unidas pero sexualmente activas, el uso de alguna vez de métodos fue significativamente diferente al observado para las mujeres actualmente unidas, enfatizándose al considerar métodos específicos. Los métodos modernos que más han sido usados por este grupo de mujeres fueron: el condón masculino (79,2%), la anticoncepción de emergencia (49,6%), la inyección (43,9%) y la píldora (38,4%); y entre los métodos tradicionales destacaron el retiro (64,3%) y la abstinencia periódica (48,6%)².

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. GENERAL

¿Cuál es la frecuencia de uno de los métodos anticonceptivos en adolescentes que acuden al servicio de obstetricia del Centro de

Salud Materno Infantil Santa Rosa, Puente Piedra-Lima de diciembre 2015 a octubre 2016?

1.2.2. ESPECÍFICOS

¿Cuál es el método anticonceptivo natural más usado por las adolescentes que acuden al servicio de obstetricia del Centro de Salud Materno Infantil Santa Rosa, Puente Piedra-Lima de diciembre 2015 a octubre 2016?

¿Cuál es el método anticonceptivo hormonal más usado por las adolescentes que acuden al servicio de obstetricia del Centro de Salud Materno Infantil Santa Rosa, Puente Piedra-Lima de diciembre 2015 a octubre 2016?

¿Cuál es el método anticonceptivo de barrera más usado por las adolescentes que acuden al servicio de obstetricia del Centro de Salud Materno Infantil Santa Rosa, Puente Piedra-Lima de diciembre 2015 a octubre 2016?

¿Cuáles son las características sociodemográficas de las adolescentes que participaron en el estudio, del Centro de Salud Materno Infantil Santa Rosa, Puente Piedra-Lima de diciembre 2015 a octubre 2016?

1.3. JUSTIFICACIÓN

En la última década se estima que muchos adolescentes empiezan su vida sexual a muy temprana edad, teniendo una falta de información y desconocimiento en el uso de métodos anticonceptivos, el cual uno de

los factores principales es la inadecuada comunicación entre los padres e hijos, y falta de charlas; contribuyendo a esto un índice elevado de abortos, abandono escolar, poca accesibilidad de empleo e infecciones de transmisión sexual, teniendo mayor porcentaje en zonas de bajo recursos y distritos alejados dando a notar que en la actualidad no existe ningún trabajo relacionado con el uso de métodos anticonceptivos en el centro de salud materno infantil santa rosa – puente piedra.

En este estudio se conocerá el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de 12 a 17 años y cual según las edades es el que más usan, permitiéndonos saber que tan bajo o alto sea el nivel de conocimiento para poder aportar una solución en la prevención de embarazos no deseados incluyendo las enfermedades de transmisión sexual mediante consejerías, charlas y planificación familiar.

Es importante para el profesional de salud difundir la salud preventiva promocional, el cual se debe llevar a cargo con una coordinación con el establecimiento de salud para poder brindar información sobre la planificación familiar como predominio el uso adecuado de métodos anticonceptivos enfatizando en las edades e mayor riesgo.

Con este estudios se espera brindar una adecuada información y orientación sobre métodos anticonceptivos, la forma de uso correcto, las ventajas y desventajas que este mismo puede causar en los adolescentes, siendo en la actualidad el grupo de mayor riesgo ya que su vida sexual empieza a temprana edad así se podrá reducir la tasa de embarazos en adolescentes y lograr que más adolescentes tengo oportunidad de terminar el colegio y accesibilidad a que puedan tener un empleo a futuro.

1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

Nuestro trabajo se dará en servicio de obstetricia del Centro de Salud Materno Infantil Santa Rosa, Puente Piedra-Lima, el cual se determinara la frecuencia en que las adolescentes usan los métodos anticonceptivos.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Las limitaciones que se encontraron fue la poca colaboración por parte de los encuestados debido a la recopilación de información. De igual forma el tiempo en el que se disponía para la elaboración de nuestro proyecto.

1.6. OBJETIVOS

1.6.1. GENERAL

Determinar la frecuencia del uso de métodos anticonceptivos en adolescentes que acuden al servicio de obstetricia del Centro de Salud Materno Infantil Santa Rosa, Puente Piedra-Lima de diciembre 2015 a octubre 2016.

1.6.2. ESPECÍFICOS

- Identificar el método anticonceptivo natural más usado por las adolescentes que acuden al servicio de obstetricia del Centro de Salud Materno Infantil Santa Rosa, Puente Piedra-Lima de diciembre 2015 a octubre 2016.

- Conocer el método anticonceptivo hormonal más usado por las adolescentes que acuden al servicio de obstetricia del Centro de Salud Materno Infantil Santa Rosa, Puente Piedra-Lima de diciembre 2015 a octubre 2016.
- Demostrar el método anticonceptivo de barrera más usado por las adolescentes que acuden al servicio de obstetricia del Centro de Salud Materno Infantil Santa Rosa, Puente Piedra-Lima de diciembre 2015 a octubre 2016.
- Describir las características sociodemográficas de las adolescentes que participaron en el estudio, del Centro de Salud Materno Infantil Santa Rosa, Puente Piedra-Lima de diciembre 2015 a octubre 2016.

1.7. PROPÓSITO

El motivo por el cual este trabajo se lleva a cabo es para poder brindar conocimiento a la población y al personal de salud sobre el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes con la finalidad de que puedan prevenir el embarazo en adolescentes.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

Gyu Yeon Choi “Una encuesta sobre el comportamiento sexual de los adolescentes en Corea del Sur: la tercera encuesta en 2017” (Corea del Sur, 2017)³.

Objetivo: La encuesta se realizó para mejorar la salud de los adolescentes coreanos y para preparar programas de enseñanza adecuados mediante la investigación de su comportamiento sexual.

Métodos: Los participantes de la encuesta fueron 80,000 estudiantes de secundaria y preparatoria de 13 a 18 años. La encuesta se realizó del 1 de septiembre de 2007 al 22 de septiembre de 2017.

Resultados: 78,834 estudiantes fueron encuestados y 74,698 (94.8%) estudiantes respondieron la encuesta. 35,232 (47.2%) de los encuestados eran estudiantes varones y 39,466 (52.8%) de los encuestados eran mujeres. 38,820 (52.0%) de los encuestados eran estudiantes de escuela intermedia, 25,051 (33.5%) de los encuestados eran estudiantes de secundaria y 10,827 (14.5%) de los encuestados eran estudiantes de secundaria técnica. El 5,2% de los encuestados tuvo relaciones sexuales. La edad promedio de la primera relación sexual fue de 14.2 años. El 1.0% de los encuestados tuvo relaciones sexuales antes de ingresar a la escuela secundaria. La tasa de embarazo fue del 0,3%. Entre los encuestados que experimentaron relaciones sexuales, la tasa de uso de métodos anticonceptivos fue del 38,2%. La tasa de uso de métodos anticonceptivos inapropiados fue del 21,6%. La edad promedio de un primer sueño húmedo para los niños fue de 13.2 años. La edad promedio de la menarquia para las niñas fue de 12.4 años. La tasa de encuestados que tuvieron educación sexual fue de 72.2%.

Conclusión: La edad promedio del primer sueño húmedo y la menarquia había disminuido. La edad promedio de la primera experiencia sexual entre adolescentes había disminuido. La tasa de adolescentes que tuvieron relaciones sexuales aumentó. Sin embargo, la tasa de uso de métodos anticonceptivos confiables fue muy baja. Por lo tanto, es necesario realizar una educación sexual adecuada que incluya métodos anticonceptivos eficaces para prevenir el embarazo no deseado de los adolescentes.

B. Traeen “Uso de píldoras anticonceptivas y condones en adolescentes de 17 a 19 años de edad en Noruega: ¿Anticoncepción versus comportamiento de protección?” (Noruega, 2015)⁴.

Objetivo: Este artículo aborda la relación entre el comportamiento sexual de riesgo y el comportamiento anticonceptivo, y considera si los adolescentes que usan condones están practicando el control de la natalidad o el comportamiento protector de las ETS.

Métodos: El material comprendía una muestra representativa de 3000 noruegos de 17 a 19 años.

Resultados: Los datos fueron recolectados mediante cuestionarios autoadministrados anónimos. La tasa de respuesta fue del 63%. En la primera relación sexual, 51% de los adolescentes usaban condones y 7% de píldoras anticonceptivas. En la relación sexual más reciente, el 31% usó condones y el 38% la píldora. El uso de la píldora fue generalizado entre los adolescentes con alta frecuencia coital y pocas parejas coitales. El uso de condones no fue particularmente generalizado entre los adolescentes que informaron un número relativamente grande de parejas conyugales. Independientemente de la cantidad de años que estuvieron coitalmente activos, no hubo una diferencia significativa entre los que intentaron usar condones en la siguiente relación sexual y los que no lo hicieron con respecto a sus creencias acerca de los condones como protección contra las ETS, el VIH y los embarazos no planeados. Los

resultados de este estudio indican que la mayoría de los adolescentes que usan anticonceptivos lo hacen para protegerse contra embarazos no deseados y no para protegerse contra las ETS. La preferencia por la píldora puede hacer que los adolescentes estén menos preparados para practicar el comportamiento protector de las ETS en situaciones específicas. Los resultados de este estudio indican que la mayoría de los adolescentes que usan anticonceptivos lo hacen para protegerse contra embarazos no deseados y no para protegerse contra las ETS. La preferencia por la píldora puede hacer que los adolescentes estén menos preparados para practicar el comportamiento protector de las ETS en situaciones específicas.

Resultados: Los resultados de este estudio indican que la mayoría de los adolescentes que usan anticonceptivos lo hacen para protegerse contra embarazos no deseados y no para protegerse contra las ETS.

Conclusión: La preferencia por la píldora puede hacer que los adolescentes estén menos preparados para practicar el comportamiento protector de las ETS en situaciones específicas.

William Ka. Agyei “Conducta sexual y contracepción entre adolescentes independientes y adultos jóvenes en mayor y regiones del este de Ghana” (Ghana, 2016)⁵.

Objetivo: Una encuesta de fertilidad entre adolescentes solteros y adultos jóvenes (953 hombres y 829 mujeres) en el Gran Accra y en las regiones del este de Ghana reveló que una proporción sustancial de los encuestados tenía experiencia sexual.

Métodos: En general, 64.9% de los hombres y 78.2% de las mujeres tenían experiencia sexual. La edad media de los hombres y mujeres fue de 15.5 ± 2.5 años y 16.2 ± 2 años, respectivamente. La mayoría de los encuestados afirmaron haber recibido información adecuada sobre salud reproductiva y enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluida el SIDA. Sin embargo,

el 20% y el 30% de los encuestados en las zonas periurbanas y rurales, respectivamente, no sabían que una niña podría quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales. La incidencia de embarazos entre las mujeres encuestadas solteras fue relativamente alta (38%) y fue mayor en las zonas urbanas que en las rurales. Aproximadamente el 47% de las que habían estado embarazadas informaron haber tenido un aborto. Los niveles de conciencia anticonceptiva eran altos (98,2% en los hombres y 95,5% en las mujeres), pero muchos todavía mantenían relaciones sexuales sin protección. Los métodos más utilizados fueron el condón y la píldora. Las principales razones que se dieron para el no uso fueron que no pensaban en la anticoncepción, estaban preocupados por la seguridad de los anticonceptivos y la objeción de la pareja. Estos hallazgos apuntan a la necesidad de dirigirse a los adolescentes solteros y adultos jóvenes con información sobre salud reproductiva y planificación familiar para aumentar su conciencia sobre los riesgos del embarazo, las enfermedades de transmisión sexual y la infección por VIH. Los niveles de conciencia anticonceptiva eran altos (98,2% en los hombres y 95,5% en las mujeres), pero muchos todavía mantenían relaciones sexuales sin protección.

Conclusiones: Estos hallazgos apuntan a la necesidad de dirigirse a los adolescentes solteros y adultos jóvenes con información sobre salud reproductiva y planificación familiar para aumentar su conciencia sobre los riesgos del embarazo, las enfermedades de transmisión sexual y la infección por VIH y objeción de la pareja.

Juan José López Ruiz “Uso o no uso de anticonceptivos en mujeres adolescentes en el primer y más reciente coito” (Perú, 2016)⁶.

Objetivo: El propósito de este estudio fue determinar los factores que diferencian los comportamientos de uso de anticonceptivos de mujeres adolescentes sexualmente activas.

Muestra: Una muestra de 159 sujetos, reclutados de tres clínicas de planificación familiar con apoyo público, se clasificó de acuerdo con el uso no sistemático, inconsistente o consistente de anticonceptivos en el primer y más reciente coito. El Modelo de Promoción de la Salud proporcionó el marco organizativo para este estudio. Los factores que entraron en las funciones discriminatorias incluyeron la autoimagen, la resolución de problemas, el comportamiento que promueve la salud, la raza, la edad al primer coito, el embarazo anterior historial de anticonceptivos, edad cronológica, estructura y tamaño de la familia, educación de la madre.

Métodos: El análisis discriminario multivariado de tres grupos resultó en dos funciones significativas que explicaron el 38.7% de la varianza en el comportamiento anticonceptivo. Los tres grupos de adolescentes fueron discriminados por edad en el primer coito, antecedentes de embarazo previo, comportamiento de promoción de la salud, autoimagen, habilidad para resolver problemas, edad cronológica, tamaño de la familia y raza.

Conclusiones: En particular, los hallazgos sugieren que las enfermeras de salud pública y otros proveedores de atención médica pueden reducir el embarazo no deseado mediante intervenciones que abordan los factores alterables.

Haley Johnson “Análisis de la implementación de dispositivos intrauterinos y Revisión de Estrategias de Prevención para Reducir Embarazo adolescente en Nicaragua” (Nicaragua, 2017)⁸.

Objetivo: El embarazo en la adolescencia es uno de los principales problemas de salud que enfrenta Nicaragua. Prevención Se necesitan estrategias para evitar los resultados maternos y fetales asociados con los jóvenes embarazos Se realizó un extenso análisis de la literatura y discusiones cara a cara en Nicaragua. Realizado para determinar la incidencia actual del embarazo en adolescentes y el uso de anticonceptivos,

barreras a la salud reproductiva para adolescentes, resultados maternos del embarazo en adolescentes, y si los dispositivos intrauterinos tienen el potencial de ser un método anticonceptivo culturalmente efectivo.

Métodos: El tema de investigación del embarazo adolescente en Nicaragua surgió por primera vez de general búsqueda en internet de temas de salud actuales que enfrenta el país. La prevalencia del adolescente. El embarazo es mucho mayor que en otros países del mundo y el interés máximo llegó a ser más investigación. Se encontraron datos de fondo sobre la incidencia de embarazos adolescentes en Nicaragua. Las barreras específicas para la salud reproductiva de los adolescentes fueron identificadas como el machismo, la sociedad crítica, falta de educación reproductiva, miedo a la infección por DIU y subutilización de Centros médicos.

Resultados: Dicho esto, la implementación del DIU con educación reproductiva es prometedora potencial. A través de un lente clínico, los adolescentes en alto riesgo pueden ser educados sobre la anticoncepción opciones para concienciar sobre sus derechos reproductivos y fomentar elecciones independientes. Sin embargo, hay diferentes evidencias en torno a la efectividad de sugerir el uso del DIU en Nicaragua. Las técnicas y cada sitio se analizaron de forma independiente para determinar qué recursos se necesitaban. Los balances de la estandarización de los servicios de paciente-proveedor y el asesoramiento combinado con el direccionamiento. Las luchas individuales del sitio llevan a una iniciativa exitosa en general. Esto apoya aún más el concepto que la prevención del embarazo no puede y no se logrará a través de un método debido a la complejidad del tema.

Conclusiones: Más investigación sobre el riesgo de infección con DIU sería útil para determinar si los pacientes están optando por dejar de usar el DIU debido a rumor o si deben mejorarse las técnicas de implantación del médico para reducir los verdaderos riesgos de infección. Además, la implementación del DIU hormonal en lugar del DIU de cobre puede ser más atractiva A adolescentes debido a sangrado vaginal mínimo y menor duración. A mayor

escala, las mujeres. Los grupos de defensa pueden ayudar a informar a las legislaturas sobre la necesidad de educación reproductiva y Mayor acceso a grupos de adolescentes. La prohibición total del aborto sigue siendo ampliamente apoyada por la mayoría Las mujeres en Nicaragua, por lo que el foco debe estar en la prevención total.

Victoria Hines Martin “Desviación positiva, autoeficacia y conveniencia social en mujeres adolescentes sexualmente activas: un enfoque de métodos mixtos” (Perú, 2016)⁹.

Objetivo: El embarazo no deseado es un problema que afecta a las mujeres de todas las edades, etnias y estados socioeconómicos. También afecta al niño que resulta y a la sociedad en la que vive en el Perú, los adolescentes experimentan embarazos no deseados más que los adolescentes en otros países de América Latina. El propósito de esta disertación fue explorar los factores que contribuyen al uso exitoso de anticonceptivos en mujeres adolescentes (de 13 a 18 años) que buscan servicios de salud reproductiva en una clínica local de planificación familiar.

Material: El marco teórico de la autoeficacia anticonceptiva (CSE) se utilizó para enmarcar este entendimiento. La exploración se realizó de tres maneras: una revisión crítica de la literatura sobre la autoeficacia anticonceptiva; un examen de la autoeficacia anticonceptiva en mujeres adolescentes que buscan servicios de salud reproductiva en una clínica local de planificación familiar; y una exploración cualitativa de niñas adolescentes que habían usado sistemáticamente el control de la natalidad durante al menos un año sin la experiencia de un embarazo no planeado (desviaciones positivas). La revisión crítica de la literatura demostró que la investigación adicional sobre la CSE como predictor del uso de anticonceptivos tiene el potencial de mejorar el uso de anticonceptivos entre las adolescentes. La Escala de autoeficacia anticonceptiva (CSS) no se ha utilizado de manera

integral en el pasado, y se necesita más investigación sobre el uso de la CSS para explorar la variación en el uso de anticonceptivos que queda sin explicar. En el siguiente manuscrito, El CSE de mujeres adolescentes que buscaban servicios de salud reproductiva en una clínica local de planificación familiar se evaluó junto con las propiedades psicométricas de la CSS. Este estudio mostró que la CSE se ve afectada por las variables demográficas y médicas, y está mínimamente influenciada por la conveniencia social.

Métodos: El análisis factorial de la CSS sugiere que se necesita investigación adicional para explorar la conveniencia de usar una versión abreviada de la CSS. En el manuscrito final, se examinaron las características de los desviados positivos que buscan atención de salud reproductiva en una clínica local de planificación familiar para determinar cómo navegan las influencias externas para convertirse en usuarios exitosos de anticonceptivos.

Resultados: Los resultados del estudio revelaron que los desviados positivos tienen características consistentes que los ayudan a ser usuarios exitosos de anticonceptivos. Estas características necesitan una mayor exploración. Los hallazgos de esta disertación respaldan investigaciones anteriores que han identificado la importancia de la CSE como una variable que influye en el uso de anticonceptivos.

Conclusión: La autoeficacia anticonceptiva está influenciada por variables demográficas y médicas, y el uso de la CSS se recomienda para futuros estudios de CSE. Además, las desviaciones positivas en el ámbito de la salud reproductiva tienen características consistentes que, si se desarrollan y enseñan a las adolescentes, pueden aumentar su uso de anticonceptivos. Las intervenciones dirigidas a mejorar la CSE entre las mujeres adolescentes y las características de la enseñanza como la asertividad, la responsabilidad y la planificación de la carrera pueden mejorar

el uso de anticonceptivos, disminuyendo así las tasas de embarazos no deseados entre mujeres adolescentes y adultas por igual.

Alina Alves Arratia ““El uso de estrategias educativas para la promoción del conocimiento, las actitudes y las prácticas anticonceptivas entre los adolescentes: un ensayo clínico aleatorizado” (Perú, 2015)¹⁰.

Objetivo: Evaluar dos intervenciones educativas e identificar las diferencias entre ellas en lo que se refiere a la promoción de conocimientos, actitudes y prácticas en relación con la píldora y el condón masculino.

Métodos: Se realizó un ensayo clínico aleatorizado controlado con adolescentes, en el que se utilizaron dos intervenciones educativas diferentes, una basada en la metodología de problematización (PG) y otra en la pedagogía de la transmisión (TG). Los conocimientos, las actitudes y las prácticas se verificaron mediante un cuestionario que se aplicó antes, un mes y tres meses después de la intervención.

Resultados: Las dos intervenciones educativas promovieron cambios positivos en las respuestas a las preguntas sobre el conocimiento, las actitudes y las prácticas de los adolescentes, de ambos grupos. En cuanto a los conocimientos, el rendimiento al responder el cuestionario fue mejor después de la intervención para ambos. Sin embargo, solo el PG mostró mejoras en el rendimiento a lo largo del tiempo. El TG mostró una mayor probabilidad de mostrar ciertas actitudes positivas y más posibilidades de respuestas correctas sobre algunas prácticas.

Conclusión: Las dos intervenciones educativas, a pesar de haber usado diferentes metodologías, generalmente han demostrado ser efectivas para enseñar sobre el uso de píldoras y condones, con impactos positivos en el conocimiento, las actitudes y las prácticas, pero con la metodología de problematización, el mantenimiento del conocimiento en él se obtuvo el periodo de tiempo estudiado.

2.2. BASE TEÓRICA

Anticonceptivos hormonales inyectables

Administración mensual¹¹

Los anticonceptivos inyectables combinados respetan los mismos criterios de prescripción y contraindicaciones de los orales combinados. Se olvida alternativa a más usuarios como su aplicación mensual requiere menos cuidado y atención. La Organización Mundial de la Salud clasifica como (sin restricciones) todos los métodos de anticoncepción hormonal combinada para las mujeres a partir de la menarquia a 40 años.

Gestión Trimestral¹¹

En los EE.UU., cada año, más de 1 millón de niñas adolescentes consiguen con receta acetato medroxiprogesterona (DMPA). Se utiliza principalmente para la anticoncepción. La alta tasa de amenorrea se expande haciendo que la pantalla a los adolescentes con trastornos cognitivos retardados o sangrado cuando es útil para reducir o eliminar el sangrado menstrual. Este anovulatorio también se puede utilizar para tratamiento de la dismenorrea severa y la endometriosis. Otros beneficios incluyen la protección anticonceptiva contra el cáncer de endometrio y la reducción de las convulsiones y anemia de células falciformes.

La alta eficacia y facilidad de uso (una inyección intramuscular cada 90 días) hace que este método muy adecuado. Su diferencia mínima entre el uso perfecto y el uso típico también proporciona el uso de seguridad en esta población, ya que no depende tanto de los usuarios para lograr la máxima eficacia. DMPA no interfiere con las relaciones sexuales y no requiere la participación de los interlocutores.

En 1992, había incluido en el prospecto que indica como anticonceptivo. Su mayor obra fue responsable, al menos en parte, al reducir el número de embarazos de adolescentes en los Estados Unidos a partir de esa fecha. En noviembre de 2004, la FDA emitió una advertencia en el paquete de DMPA, informando al potencial efecto anticonceptivo negativo sobre la densidad mineral ósea, pueden causar pérdida ósea significativa, tal vez no totalmente reversible en uso durante más de dos años. El uso de DMPA durante la adolescencia o la adultez temprana podría ser crítico para la adquisición del pico de masa ósea y determinar un aumento en el riesgo probable de las fracturas osteoporóticas más tarde. Las mujeres ganan 40 a 50% de la masa ósea en la adolescencia predominantemente entre los 11 y 15 años de edad. Se consigue la masa ósea pico entre 16 y 22 años.¹²⁻¹³

Sin embargo, la tasa de abandono en 1 año entre los adolescentes es elevada: alrededor del 55% en comparación con 44% en los adultos. La causa más frecuente es la hemorragia por disrupción. La mayoría de los pacientes tienen uterinos leves y hemorragias irregulares en los primeros 6 meses de uso. DMPA es rara vez la causa del sangrado uterino aumentado. Aproximadamente el 25% de los usuarios desarrollar amenorrea a 1 año de uso, lo que aumenta a 80% en cinco años. El DMPA puede causar aumento de peso en promedio 2,26 kg en el primer año de uso y 3,62 kg después de dos años.

Estos efectos adversos son predecibles, teniendo que informar a los usuarios acerca de su ocurrencia. Si el cente adolescencia consideran indeseables ocurrencia de sangrado irregular, amenorrea y aumento de peso, el DMPA no debe ser una opción anticonceptiva. DMPA también puede exacerbar la depresión. Como tiene forma de depósito, no pueden ser inmediatamente Nuada discontinuidad. Por lo tanto, debe utilizarse con precaución en pacientes con antecedentes de depresión. Los pacientes que desean un rápido retorno de la fertilidad también deben evitar el uso de DMPA, para el inicio promedio de ciclos ovulatorios es de 10 meses después

de la última inyección, independientemente del uso previo de tiempo. DMPA es la única forma de anticoncepción reversible con tal lenta recuperación de la fertilidad¹⁴.

Los parches transdérmicos y anillo vaginal

Estos métodos apenas se mencionan cuando se acercó la anticoncepción en la adolescencia. La incidencia de eventos tromboembólicos confirmados fue de 2,1 /10.000 años-mujer. En comparación con estos, los usuarios de parches transdérmicos hormonales habían riesgo aumentado de trombosis venosa confirmada por 7,9 veces (IC 95%: 3,5 a 17.1) y 6,5 veces (4,7 a 8,9) que usa el anillo vaginal, lo que corresponde a 9,7 y 7,8 años-persona incluso- TOS / 10.000. Este hecho, junto con el alto costo, constituye una limitación a su uso¹⁴.

Implantes subdérmicos¹⁵

Estos dispositivos contienen progesterona y etonogestrel (el metabolito activo del desogestrel) y norgestrel levo. La etonogestrel implante Contiene aproximadamente 68 mg del ingrediente activo en una sola varilla, la liberación de aproximadamente 60-70 mg / día, reduciendo a 40 mg / día durante un año y 25-20µg / día en 3 años. Puede ser aplicado con anestesia local y tiene alta eficiencia traceptiva con- durante 3 años. Una ventaja potencial del uso de este implante en adolescentes es la falta de efecto sobre la densidad mineral ósea. A pesar de que contiene un progestágeno aislado no causa reducción en los niveles de estrógeno. En las mujeres de 18 a 40 años, que se compararon con los implantes de etonogestrel (n = 44) y cobre dispositivo intrauterino (n = 29), al no encontrar diferencia en la DMO entre los dos grupos después de dos años de uso. 30 la implantes de levonorgestrel Tiene una duración de cinco años. Debido a la mayor dificultad de inserción (son 6 polos), Está siendo reemplazado gradualmente por el implante de varilla única¹⁵.

El principal mecanismo de acción de los implantes es la inhibición de la ovulación. En segundo lugar, hay un grosor endometrial disminuir y aumentar la viscosidad del moco cervical, que inhibe la penetración de los espermatozoides. El índice de Pearl es 0,03 a implante, la eficacia superior observado en procedimientos definitivos (ligadura de trompas). El efecto principal que está utilizando implantes con irregularidades menstruales. En análisis, incluyendo 942 usuarios de implantes etonogestrel de todas las edades, los patrones de sangrado se calcularon en ciclos de 90 días. Los usuarios de implantes (33,3%) informaron de la infrecuente sangrado (definida como menos de 3 episodios de sangrado / escape 90 días), seguido de amenorrea (sin sangrado / escape 90 días) 21,4% de los ciclos. sangrado prolongado (uno o más episodios de sangrado, que duran más de 14 días consecutivos, dentro de los 90 días) o frecuentes (más de 5 episodios de sangrado en 90 días) fueron, respectivamente, 16,9% y 6,1% ciclos, que representan los patrones más inusuales de sangrado uterino. Sangrado cambio de patrón es la principal causa del método de discontinuidad. El sangrado presentado en los primeros tres meses es altamente predictivo que el usuario presente en el futuro. Informarle de antemano que el cambio puede incrementar la satisfacción y la tasa de retención. Hay tan sugerente que AOC, los AINE y la doxiciclina puede modificar el patrón de sangrado, pero no hay pruebas de los ensayos clínicos controlados¹⁶.

Entre los beneficios no anticonceptivos de los implantes se reduce la dismenorrea y dolor pélvico. El implante parece determinar mínima o ninguna modificación del peso corporal, pero no existen estudios prospectivos publicados sobre el tema. Pequeño porcentaje de las mujeres (2,3%, n = 942) que se suspendió el uso de los implantes en los ensayos clínicos informó el aumento de peso; Sin embargo, el aumento de peso real no se documentó. En contraste, el DMPA se asocia con aumento de peso, con adolescentes obesos son más susceptibles a este efecto que los adolescentes de peso normal. Los implantes parecen ser alternativa en la

población adolescente para facilitar su uso (no depende del usuario y no interfiere con las relaciones sexuales), de alta eficiencia (con una eficacia mantenida) y larga duración. No hay necesidad de subsidiaria clínica o periódica para asegurar su eficacia. No hay riesgo de tromboembolismo venoso, siendo bastante seguro, incluso en poblaciones de alto riesgo (fumadores, madres, después de la AP- a los pacientes) para este resultado¹⁷.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

Los DIU

Aunque el dispositivo intrauterino tiene di- frente características que lo convierten en un método atractivo para su uso en adolescentes, sigue siendo poco utilizado en los EE.UU. Es fácil de usar, muy eficaz, no dificulta las relaciones sexuales, no requiere la participación del socio y no es necesario repetir las visitas a la salud profesional¹⁸⁻¹⁹.

El otro DIU en forma de T son sistemas terinos intrauterinos de liberación de levonorgestrel que contiene 52 mg o Hasta 13,5 mg de levonorgestrel, este último todavía sólo disponible en los EE.UU.. Tienen duración de uso aprobado por la FDA de 5 y 3 años, respectivamente. Su tasa de fracaso es de 0,14 por cada 100 mujeres en el primer año de uso, la tasa de fracaso acumulado en siete años de 1.1 por cada 100 mujeres. Estas tasas de fracaso son similares al método definitivo, la ligadura de trompas. tasa de continuidad a 1 año en adultos es de 78% para el DIU TCu380A y 81% para el LNG-IUS¹⁸⁻¹⁹.

Hay diferentes pautas para el uso de los DIU en los adolescentes. En 2007, el comité Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) 34 Se recomienda que los DIU se consideraron opciones de primera línea para la anticoncepción en adolescentes con o sin hijos. La Organización Mundial

de la Salud también es compatible con el uso de los DIU en los adolescentes, proporcionando criterio de elegibilidad 2 (beneficio sobre el riesgo) para las mujeres menarquia a los 20 años de edad. Su eliminación es seguido por un rápido retorno de la fertilidad²⁰.

Se espera que el cambio en el patrón menstrual para ambos tipos de DIU: el TCU380A puede causar dismenorrea y los ciclos menstruales más intensos. El sangrado irregular puede ocurrir al comienzo de su uso. El LNG-IUS puede causar sangrado uterino irregular (fugas) en los primeros 6 meses después de la inserción. Después de este período, la mayoría de las mujeres se refieren mínimo sangrado menstrual mejora la intensidad de la dismenorrea, que resulta en la liberación de intrauterino levonorgestrel y posteriores giros atro- endometriales. La reducción en el volumen de sangrado es de aproximadamente 90%, con un 20% de los usuarios que presentan amenorrea después de un año de uso. Profesionales de la salud a menudo no se identifican los adolescentes leva como posibles candidatos para el uso del DIU. Parte de este pensamiento se deriva del viejo temor de que los DIU causan la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) y la infertilidad tubárica, lo que es motivo de especial preocupación en los adolescentes sin hijos. Otra prueba descar- Taram esta relación. El uso de los DIU no aumenta el riesgo de enfermedad pélvica inflamapecto del tracto genital superior por encima de la línea de base del riesgo esperado para las mujeres. Existe un riesgo seis veces mayor en los primeros 20 días después de la inserción, probablemente relacionado con el procedimiento (falta de aséptico o presencia de asintomática cervicovaginal adecuada en el momento de la inserción). Más allá de este período, el riesgo es a menudo incompleta. Este hallazgo refuerza la necesidad de la detección de la infección cervical en el momento, o antes, la inserción del DIU en los adolescentes, que son un grupo de riesgo para enfermedades de transmisión sexual²⁰⁻²⁴.

En cuanto a DIU levonorgestrel (LNG), la evidencia es diferente, con una probable reducción de las infecciones pélvicas porque hacen moco espeso e impenetrable a la aparición de bacterias. Aleatorizado, ensayo abierto 38 encontrado una protección significativa a las infecciones del tracto genital superior con el uso de DIU LNG comparativamente al DIU de cobre. Esto ocurrió incluso en los usuarios jóvenes²⁵.

Además del temor infundado de la infertilidad tubárica, el DIU se evita a menudo en los adolescentes la idea de que existe un mayor riesgo de infección pélvica (IP), la expulsión, perforación y los problemas menstruales mujeres nulíparas en comparación con multíparas. Estudio de cohorte, llevado a cabo en 461 mujeres, de las cuales 129 eran nulíparas, encontrado en las usuarias de DIU de cobre tasas IP de 3,5 / 1000 años-persona, embarazo ectópico de 0-6 a 1,1% anual y la expulsión 0-1 2% por año. En LNG DIU usuarios de expulsión de 0 a 0,2% por año y los problemas más menstruales se comparó con los DIU de cobre utilizado. Nulíparas no mostraron más complicaciones que no nulíparas.

Otra preocupación es con el dolor de moderado a severo mencionado por jóvenes nulíparas en la inserción. Como tanto, el uso de las tasas de continuidad en los adolescentes son mayores con los DIU que con el uso de otros métodos anticonceptivos. De acuerdo con criterios de la OMS, los dos tipos de DIU son de categoría para su uso en mujeres menores de 20 años de edad²⁶.

Tasa de continuidad

Los adolescentes necesitan la anticoncepción durante largos períodos. Por lo tanto, los métodos a largo plazo (CHA) y altas tasas de continuación deberían ser la elección. La tasa de continuación para AOC entre los adolescentes varía de acuerdo con los servicios de localización y atención, pero en general es menor que la encontrada con LARCs. En las clínicas comunitarias y hospitalarias, las tasas de continuidad disminuyen en

1 año, 29% después de 3 meses de iniciar el uso al 9% después de 12 meses. En otro estudio, 42 no hubo diferencias entre los adolescentes que la adherencia utilizan la píldora trifásica con levonorgestrel y noretindrona píldora monofásica. Los factores socioeconómicos fueron predictivos una fuerte adhesión. En un estudio retrospectivo 43 una clínica urbana, la tasa de continuidad a 1 año fue de 82% para los implantes, a 45% DMPA y 12% AOC. En un estudio 44 celebrada en la clínica de una pequeña ciudad sólo el 32% de los adolescentes continuó DMPA utilizar hasta un año o más. Entre los que descontinuaron, el 40% se reanudó el método en otro momento. Los números parecen ser más favorables con el uso de LARCs (implantes y dispositivos intrauterinos). En series de casos 45 356 usuarios acompañan a los implantes de etonogestrel, 324 (91%) tenían el implante situ después de 1 año, 266 (74,7%) después de 2 años y 232 (65,1%) después de 2 años y 9 meses. Sólo un tercio de los usuarios (n = 124; 34,9%) eliminó la implantación temprana. Las principales razones de la suspensión fueron excesiva sangrado y el deseo de embarazo. Al final del estudio, 141 (39,6%) mujeres querían poner nuevo implante 89 (25%) volver a la implantación trasladado al vencimiento y 3 mujeres (0,8%)²⁷⁻³⁰.

La anticoncepción de emergencia

Esto no es un método único para los adolescentes. Pero parece pertinente hablar de ello, porque a esta edad, experiencia sexual y la responsabilidad con la protección contra un embarazo no deseado puede ser más baja, lo que requiere que el modo³¹.

Por cada vez que hay una relación sexual sin protección anticonceptiva, falta de uso o accidentes con los condones, los adolescentes tienen la opción de reducir las posibles tasas de embarazo mediante el uso de anticoncepción de emergencia. El uso de 1,5 mg de levonorgestrel en una única dosis (mayor eficacia), o 0,75 mg cada 12 horas (un total de 2 dosis) puede reducir a la tasa de embarazo del 85% cuando se usa dentro de las 72 horas de la relación relaciones sexuales sin protección. El uso para

hasta 5 días todavía se recomienda, incluso con menores tasas de éxito. No existen contraindicaciones para el uso de píldoras anticonceptivas de emergencia (categoría 1 y 2 de los criterios de elegibilidad de la OMS), no hay riesgo de tromboembolismo (siendo un progestágeno aislado) 50 y se puede utilizar tantas veces como sea necesario, sin pérdida de eficacia³²⁻³³.

Obviamente, el uso repetido de la anticoncepción de emergencia señala la necesidad de establecer un anticonceptivo permanente en forma per-, presentando mayores tasas de eficacia en cualquiera de las opciones. Sus indicaciones incluyen relaciones sexuales sin protección, la violación, la rotura del condón y olvido de dosis orales. Los adolescentes son más propensos a usar la anticoncepción de emergencia, el anticonceptivo que se les prescribió antes de la necesidad. Actividades de asesoramiento, aclarado de cemento sobre los beneficios y riesgos del uso y el acceso fácil a la anticoncepción debe ser parte de la política de salud pública dirigida a reducir el embarazo adolescente³⁴⁻³⁵.

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. GENERAL

Existe la frecuencia del uso de métodos anticonceptivos en adolescentes que acuden al servicio de obstetricia del Centro de Salud Materno Infantil Santa Rosa, Puente Piedra-Lima de diciembre 2015 a octubre 2016.

2.4.2. ESPECÍFICA

Existe el método anticonceptivo natural más usado por las adolescentes que acuden al servicio de obstetricia del Centro de

Salud Materno Infantil Santa Rosa, Puente Piedra-Lima de diciembre 2015 a octubre 2016.

Existe el método anticonceptivo hormonal más usado por las adolescentes que acuden al servicio de obstetricia del Centro de Salud Materno Infantil Santa Rosa, Puente Piedra-Lima de diciembre 2015 a octubre 2016.

Existe el método anticonceptivo de barrera más usado por las adolescentes que acuden al servicio de obstetricia del Centro de Salud Materno Infantil Santa Rosa, Puente Piedra-Lima de diciembre 2015 a octubre 2016.

Existen las características sociodemográficas de las adolescentes que participaron en el estudio, del Centro de Salud Materno Infantil Santa Rosa, Puente Piedra-Lima de diciembre 2015 a octubre 2016.

2.5. VARIABLES

VARIABLE: Uso de método anticonceptivo

DIMENSIONES:

Uso de método anticonceptivo

Métodos naturales

Métodos hormonales

Métodos de barrera

Píldora de emergencia postcoital

INDICADORES:

Si
No
Método del ritmo
Temperatura basal
Moco vesical
Preservativos
Condón femenino
Espermicidas

VARIABLE:

Adolescentes

DIMENSIONES:

Nivel de instrucción
Estado civil
Inicio de las relaciones sexuales
Adolescencia intermedia
Adolescencia tardía

INDICADORES:

Analfabeta
Primaria
Secundaria
Soltera
Casada
Conviviente

2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Implante: Este reversible largo anticonceptivo que actúa es una varilla de plástico flexible del tamaño de una cerilla que el médico inserta debajo de la piel, generalmente en la parte superior del brazo, y se puede prevenir el embarazo durante al menos tres años, cuando debería ser sustituido. Contiene hormona progestina que bloquea la liberación de óvulos por el ovario. Es el medio más eficaz de control de la natalidad, con una tasa de error de un año significativamente menor que 1 en 100 (0,05 por ciento). La fertilidad en general vuelve rápidamente tan pronto como se quita el implante³⁶⁻³⁷.

Dispositivo intrauterino: Esta otra tasa de fracaso anticonceptivo reversible a largo plazo tiene un porcentaje ligeramente mayor de 0,2 a 0,8. El médico inserta un pequeño dispositivo en forma de T en el útero que impide que el esperma fertilice al óvulo. Hay dos tipos: el DIU T de cobre que no tiene hormonas y necesita ser reemplazado sólo cada diez años, y el DIU que contiene progestina, que debe ser cambiado cada tres a cinco años³⁶⁻³⁷.

Progestina inyección: La inyección de esta hormona impide la liberación del óvulo desde el ovario durante tres meses. Su tasa de error es de seis en 100 en el primer año³⁶⁻³⁷.

El anillo vaginal: Este anillo contiene hormonas una vez al mes es colocado por el usuario en la vagina, lo que impide la liberación del óvulo durante tres semanas. Entonces, debe ser retirado por una semana para permitir que la menstruación ocurra. Durante un año de uso, cerca de nueve de cada 100 mujeres se quedan embarazadas con este método³⁶⁻³⁷.

Adhesivo: El adhesivo contiene una hormona que se absorbe por la piel y bloquea la liberación del óvulo. Debe ser reemplazado semanalmente durante tres semanas, seguidas de una semana de descanso para que

ocurra la menstruación. Como el anillo, tiene una tasa de nueve por ciento de falla³⁶⁻³⁷.

Píldora: Este método también tiene una tasa de fracaso nueve por ciento en el primer año de uso. La píldora necesita ser tomada diariamente, y el uso inconsistente es la razón más común de las fallas. Hay dos tipos, pero sólo lo que contiene dos hormonas, estrógeno y progestina, normalmente se le receta para los adolescentes³⁶⁻³⁷.

Los condones: Este es el único método que puede prevenir las enfermedades de transmisión sexual y siempre debe ser utilizado junto con otros métodos. El condón masculino, un revestimiento fino que debe colocarse sobre el pene, tiene una tasa de embarazo del 18 por ciento. El preservativo femenino, o bolsa vaginal, tiene una tasa de falla del 21 por ciento³⁶⁻³⁷.

La anticoncepción de emergencia: Estas píldoras de progestina que se pueden tomar dentro de los cinco días (más pronto el mejor) cuando otros métodos anticonceptivos no se utilizaron o un condón se rompió, están disponibles sin receta en los Estados Unidos, incluso para los adolescentes. ACGO recomienda que los adolescentes mantengan los anticonceptivos de emergencia a mano "para una necesidad" para maximizar su eficacia³⁶⁻³⁷.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo observacional

3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Retrospectivo de corte transversal.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población

Población: 343 adolescentes

Muestra

La muestra se calculó mediante la fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

n = 83 adolescentes

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento constará de tres capítulos

Capítulo I: Adolescentes

Capítulo II: Métodos anticonceptivos

Capítulo III: Características de las adolescentes

El instrumento será validado mediante un estudio piloto que se realizará en 10 adolescentes, a fin de que nos permita determinar la validez y confidencialidad del instrumento.

El tiempo de aplicación del instrumento será de 5 minutos por cada profesional, contando con el apoyo de los responsables asignados en cada unidad.

3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Previa coordinación institucional me dirijo al servicio de obstetricia para la toma de muestra mediante el instrumento ficha de recolección de datos a las historias clínicas de las adolescentes de lunes a sábados de 08:00 a 18:00 horas hasta recolectar la muestra requerida que será 83 adolescentes de los meses de diciembre a octubre del 2016 en el Centro de Salud Materno Infantil Santa Rosa Puente Piedra.

3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Procesamiento de datos

Se basó en la estadística descriptiva, obteniéndose tablas y gráficos de los datos obtenidos al aplicar el instrumento.

Análisis de datos

Para el análisis se usarán tablas con sus respectivos gráficos y resultados porcentuales, haciendo un análisis de lo mismo según los resultados y la revisión de la literatura que se hizo previamente.

3.6. ASPECTOS ÉTICOS

En el presente estudio se encuentra en correlación con los cuatro principios éticos; no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

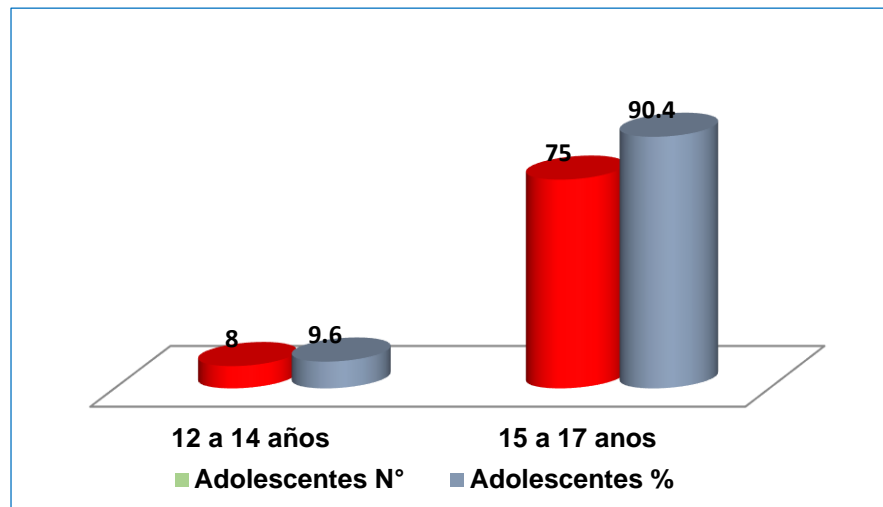
4.1. RESULTADOS

TABLA N° 1: Edad de las adolescentes

Edad	Adolescentes	
	N°	%
12 a 14 años	8	9.6
15 a 17 años	75	90.4
Total	83	100

FUENTE: Ficha de recolección de datos

GRÁFICO N° 1: Edad de adolescentes



FUENTE: Ficha de recolección de datos

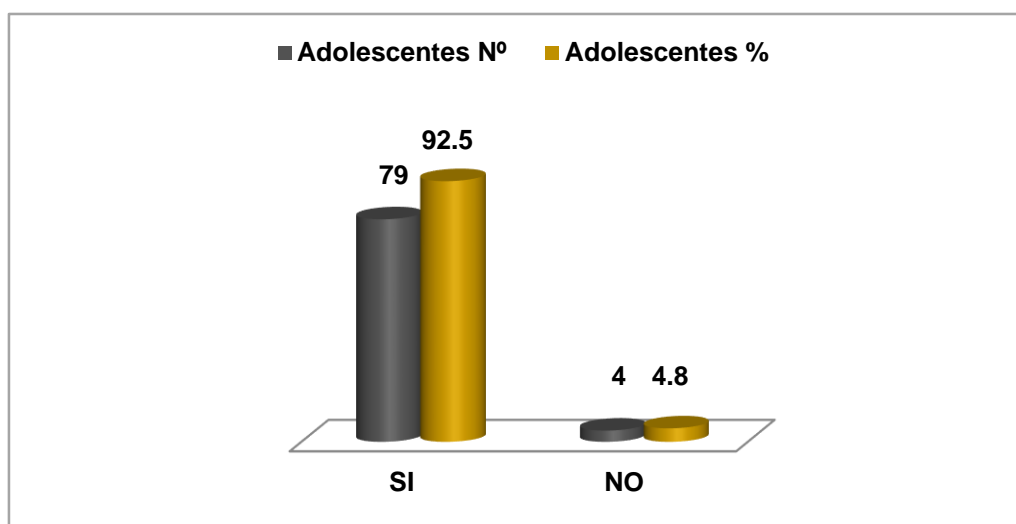
Interpretación: Del 100 % (83) adolescentes, el mayor porcentaje 90.4 % (75) adolescentes tuvieron edades entre 15 a 17 años y el menor porcentaje 9.6 % (8) adolescentes tuvieron entre 12 a 14 años de edad.

TABLA N° 2: Uso de métodos anticonceptivos en adolescentes

Métodos anticonceptivos	Adolescentes	
	N°	%
Uso de métodos anticonceptivos		
Si	79	95.2
No	4	4.8
Total	83	100

FUENTE: Ficha de recolección de datos

GRÁFICO N° 2: Uso de métodos anticonceptivos en adolescentes



FUENTE: Ficha de recolección de datos

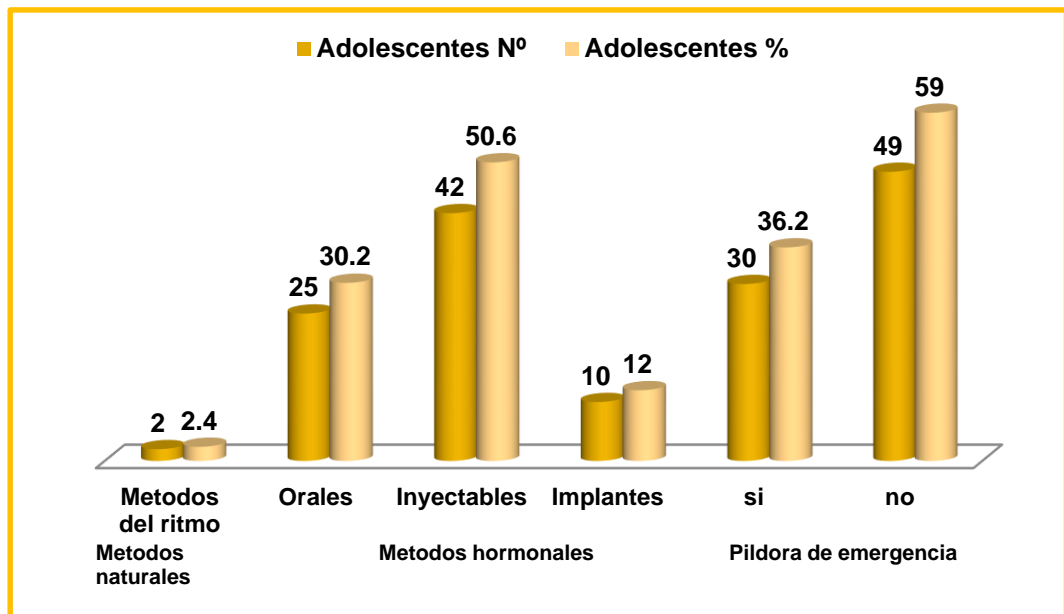
Interpretación: Del 100 % (83) adolescentes, el 95.2 % (79) adolescentes si usaron métodos anticonceptivos y el 4.8 % (4) adolescentes no usaron.

TABLA N° 3: Métodos anticonceptivos en adolescentes

Métodos anticonceptivos	Adolescentes	
	N°	%
Métodos naturales		
Métodos del ritmo	2	2.4
Métodos hormonales		
Orales	25	30.2
Inyectables	42	50.6
Implantes	10	12
Total	79	95.2
Píldora de emergencia		
Si	30	36.2
No	49	59
Total	79	95.2

FUENTE: Ficha de recolección de datos

GRÁFICO N° 3: Métodos anticonceptivos en adolescentes



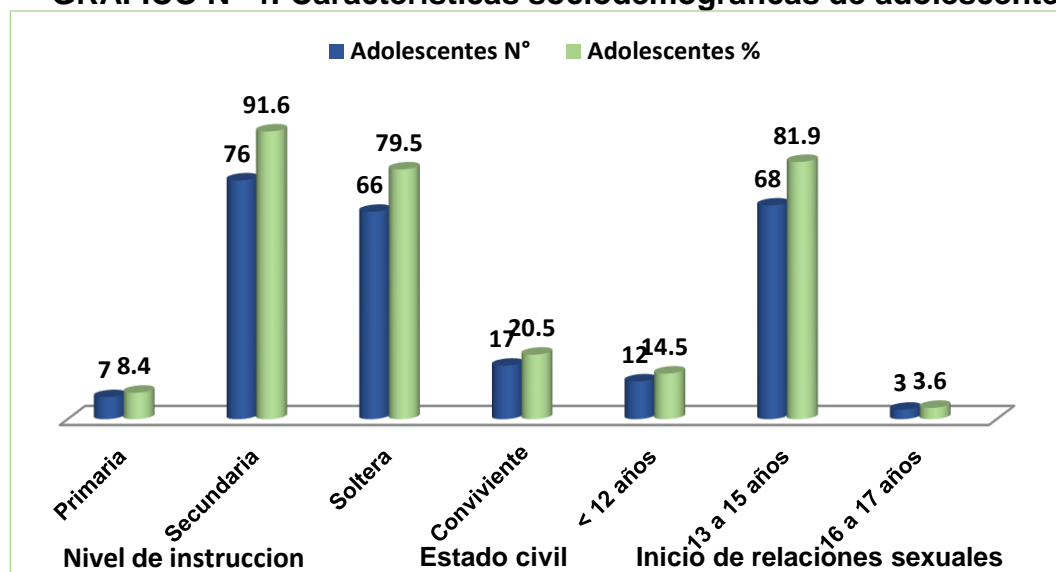
Interpretación: Del 95.2 % (79) adolescentes, el 50.6 % (42) usaron inyectables y en 2.4 % (2) adolescentes usaron el método del ritmo. Del 95.2 % (79) adolescentes, el 36.2 % (30) usaron píldora de emergencia y en 59 % (49) adolescentes no usaron.

TABLA 4: Características sociodemográficas de adolescentes

Características sociodemográficas de las adolescentes	Adolescentes	
	N°	%
Nivel de instrucción		
Primaria	7	8.4
Secundaria	76	91.6
Total	83	100
Estado civil		
Soltera	66	79.5
Conviviente	17	20.5
Total	83	100
Inicio de relaciones sexuales		
< 12 años	12	14.5
13 a 15 años	68	81.9
16 a 17 años	3	3.6
Total	83	100

FUENTE: Ficha de recolección de datos

GRÁFICO N° 4: Características sociodemográficas de adolescentes



Interpretación: Del 100 % (83) adolescentes, el 91.6 % (76) adolescentes tienen nivel de instrucción secundaria y el 8.4 % (7) adolescentes tienen primaria. Del 100 % (83) adolescentes, el 79.5 % (66) adolescentes tienen estado civil soltera y el 20.5 % (17) adolescentes tienen conviviente. Del 100 % (83) adolescentes, el 81.9 % (68) adolescentes iniciaron sus relaciones sexuales entre los 13 a 15 años y el 3.6 % (3) adolescentes entre los 16 a 17 años.

4.2. DISCUSIÓN

Del 100 % (83) adolescentes, el mayor porcentaje 90.4 % (75) adolescentes tuvieron edades entre 15 a 17 años y el menor porcentaje 9.6 % (8) adolescentes tuvieron entre 12 a 14 años de edad

Datos reportados por Gonzales (2015)⁽²⁵⁾ en su investigación quien refiere que el 62.2% de adolescentes tienen entre 15 a 17 años. Consideraron con los datos obtenidos demostrando que el 90.4% de adolescentes tienen entre 15 a 17 años.

Así mismo fueron reportados por Ayala (2014)⁽²⁶⁾ en su investigación quien refiere que el 89 % de adolescentes tiene entre 17 y 18 años

Guillén (2015)⁽²⁷⁾ en su investigación quien refiere que el 80% de adolescentes tienen entre 14 a 16 años. Siendo diferente en los datos obtenidos con un 90.4% las adolescente que tienen entre 15 a 17 años.

Del 100 % (83) adolescentes, el 95.2 % (79) adolescentes si usaron métodos anticonceptivos y el 4.8 % (4) adolescentes no usaron

Narváez y Rivadeneira (2012)⁽²⁸⁾ en su investigación quien refiere que el 67% de adolescentes usaron método anticonceptivo. Fueron muy similares a los datos obtenidos ya que el 95.2 % de adolescentes si usan métodos anticonceptivos.

Así mismo fueron reportados por Berrones (2011)⁽²⁹⁾ en su investigación quien refiere que el 97 % de adolescentes usa métodos anticonceptivos.

Gonzales (2015)⁽²⁵⁾ en su investigación quien refiere que el 96.6 % de adolescentes no usaron métodos anticonceptivos, no coincidiendo con los

resultados obtenidos y que se demostró que un 95.2% de adolescentes si usan métodos anticonceptivos.

Así mismo fueron reportado por Mantilla (2016)⁽³¹⁾ en su investigación quien refiere que el 20.6 % de adolescentes no usaron método anticonceptivo.

Del 95.2 % (79) adolescentes, el 50.6 % (42) usaron inyectables y en 2.4 % (2) adolescentes usaron el método del ritmo como método anticonceptivo hormonal.

Datos similares fueron reportados por Berrones (2011)⁽²⁹⁾ en su investigación quien refiere que el 32 % de adolescentes usaron inyectables como método anticonceptivo. Demostrando que 50.6 % de adolescentes usa como método anticonceptivo los inyectables

Sánchez y colaboradores (2015)⁽³⁰⁾ en su investigación refieren que el 13.6 % de adolescentes usaron píldoras y 9.1% usaron el implantes. Encontrando diferencia con los resultados obtenidos con un 50.6% de adolescentes que una como método anticonceptivo los inyectables.

Así mismo fueron reportados por Narváez y Rivadeneira (2012)⁽²⁸⁾ en su investigación quien refiere que el 4% usaron inyectables como método anticonceptivo y el 3% el método de calendario.

Del 95.2 % (79) adolescentes, el 59 % (49) adolescentes no usaron y el 36.2 % (30) usaron píldora de emergencia.

Gomez y Idrovo (2009 – 2010)⁽³³⁾ en su investigación quien refiere que el 90.8 % de adolescentes no usaron la píldora de emergencia.

Coincidiendo con los resultados obtenidos con 59% las adolescentes que no usaron la píldora de emergencia

Datos diferentes fueron reportados por Aníbal (2015)⁽³²⁾ en su investigación quien refiere que el 77 % de adolescentes si usaron píldora de emergencia y el 23% no lo uso. Ya que en los resultados obtenidos se encontró 36.2% que si usaron la píldora de emergencia y un 59% que no la uso.

Así mismo fueron reportados por Sánchez (2015)⁽³⁴⁾ en su investigación quien refiere que el 60.7 % de adolescentes si usaron píldora de emergencia.

Del 100 % (83) adolescentes, el 91.6 % (76) adolescentes tienen nivel de instrucción secundaria y el 8.4 % (7) adolescentes tienen primaria.

Datos diferentes fueron reportados por Berrones (2011)⁽²⁹⁾ en su investigación quien refiere que el 49 % de adolescentes tienen nivel de instrucción primaria y el 8 % adolescentes tienen nivel de instrucción superior. Siendo diferente a los resultados obtenidos, 8.4% de adolescentes tienen nivel de instrucción primaria y 91.6% son de instrucción secundaria.

Datos diferentes fueron reportados por Orozco (2012)⁽³⁵⁾ en su investigación quien refiere que él.69 % de adolescentes tienen nivel de instrucción secundaria y el 31 % adolescentes tienen nivel de instrucción primaria.

Del 100 % (83) adolescentes, el 79.5 % (66) adolescentes tienen estado civil soltera y el 20.5 % (17) adolescentes tienen conviviente.

Gomez y Idrovo (2009 – 2010)⁽³³⁾ refiere que el 82.8 % adolescentes tienen estado civil soltera y 11.5 % estado civil conviviente. Encontrando semejanza con los datos obtenidos 79.5% tienen estado civil soltera y 20.5% estado civil conviviente.

Del 100 % (83) adolescentes, el 81.9 % (68) adolescentes iniciaron sus relaciones sexuales entre los 13 a 15 años y el 3.6 % (3) adolescentes entre los 16 a 17 años.

Gomez y Idrovo (2009 – 2010)⁽³³⁾ en su investigación quien refiere que el 10.6 % adolescentes iniciaron sus relaciones sexuales entre 14 a 16 y el 68.6 % adolescentes iniciaron sus relaciones sexuales entre 17 a 21 años. Obteniendo resultados diferentes con 81.9% adolescentes que iniciaron sus relaciones sexuales entre los 13 a 15 años y 3.6% iniciaron sus relaciones sexuales entre los 16 y 17 años.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- Las adolescentes atendidas en el centro de salud el 95.2 % (79) utilizan un método anticonceptivo.
- El método anticonceptivo natural más usado fue el método de ritmo con 2.4 % (2) adolescentes.
- El método anticonceptivo hormonal más usado fue el inyectable con 50.6 % (42) adolescentes.
- Ninguna adolescente utilizó el método de barrera.
- Las características sociodemográficas de las adolescentes atendidas en el centro de salud, el 91.6 % (76) tienen nivel de instrucción secundaria con un estado civil soltera 79.5 % (66) que iniciaron sus relaciones sexuales con 81.9 % (68) entre 13 a 15 años.

5.2. RECOMENDACIONES

- Realizar charlas sobre métodos anticonceptivos en adolescentes tempranos en el centro de salud, colegios aledaños de su jurisdicción, centros comunitarios.
- Consejería educacional en adolescentes tempranos sobre el uso preservativo como forma de prevención de ITS y un embarazo no deseado.
- Realizar talleres educacionales sobre métodos de barrera en adolescentes tempranas.
- Retardar el inicio de relaciones sexuales en adolescentes tempranos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Centros para el Control y Prevención de Enfermedades, MMWR, Morbidity and Mortality Weekly Report, US Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos, 2016, Recomendaciones e Informes del CDC, 2016; 65 (4).
2. Lopez LM, Hiller JE, Grimes DA, Chen Educación M. para el uso de anticonceptivos en mujeres después del parto Base de Datos Cochrane Syst. Rev. , 11 (2014)
3. Martins LBM, Costa Paiva L, Osis MJD, Sousa MH, Neto AMP, Tadini Conhecimento V. sobre métodos anticoncepcionais por estudiantes adolescentes. Rev. Saúde Pública , 40 (1) (2006) , pp. 57 – 64
4. Martins M , Sousa LM, Oliveira Recomendações AS. do enunciado CONSORT para el relato de estudios clínicos controlados aleatorios Medicina (Ribeirão Preto) , 42 (1) (2009) , pp. 9 – 21.
5. Vasilenko AS. Momento de la primera relación sexual y los resultados de salud de adultos jóvenes. J Adol Salud. 2016; 59 (3): 291-7.
6. Borges LLL. el comportamiento sexual de los adolescentes - Suplemento ERICA. Rev Salud Pública 2016; 50 (Suppl 1): 15s.
7. Saito MI. La adolescencia: Prevención y Riesgos. 3ª ed. Rio de Janeiro. Atheneu de 2015.
8. Saito MI. la anticoncepción de emergencia. En: Saito MI Vitalle MSS, CA Landi, Hercowitz A (ed). La adolescencia y la sexualidad: vista actual. 1ed. San Pablo. Editorial Atheneu, 2016.
9. Organización Mundial de la Salud, UNICEF, UNFPA y Banco Mundial. Tendencias de la mortalidad materna: 1990 a 2010. Disponible en <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoreo/9789241503631/en/> de acceso en de mayo de 2017.

10. Peipert QZ. La adherencia al método de uso de anticonceptivos dual. *Anticoncepción*. 2011; 84 (3): 252-258.
11. LR Smith. Evaluación del comportamiento sexual entre los jóvenes y adolescentes de escuelas públicas. *Salud adolesc*. 2015; 12 (2): 76-84.
12. Bitzer J. Orientación de los factores para el cambio: asesoramiento anticonceptivo y el cuidado de las adolescentes. *Eur J Health Care Repr anticoncepción*. 2016; 21 (6): 417-430.
13. Vaz RF. Las tendencias en los embarazos de adolescentes en Brasil, 2000-2011. *Rev. Bras Med Assoc*. [En línea]. 2016; 62 (4): 330-335.
14. Daynanda I. *Anticoncepción en: SJH Emans, Laufer RL, ginecología pediátrica y adolescente de Goldstein*. 6ª ed. Lippincott Williams & Wilkins, Filadelfia.
15. Organización Mundial de la Salud - OMS. recomendaciones prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. 2ª edición, Ginebra, Suiza, Ediciones de la OMS 2004.
16. Centros para el Control y Prevención de Enfermedades, MMWR, Morbidity and Mortality Weekly Report, US Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos, 2016, Recomendaciones e Informes del CDC, 2016; 65 (4).
17. Han SH, Lee MS, Lee SH. Un estudio sobre los comportamientos sexuales y los factores relacionados de los estudiantes de secundaria en el área de Seúl. *J Korean Soc Health Educ Promot* 2000; 17: 19–39.
18. Kim SJ, Kim IO. El efecto del video y la intervención basada en la discusión sobre el conocimiento y la actitud de los adolescentes hacia la sexualidad. *Revista de la Asociación Coreana de Estudios de Salud* 2004; 30: 85–95.
19. Atwater E. En: *Adolescencia*. 3ª ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1992.

20. Rodríguez C Jr, Moore NB. Percepciones de adolescentes embarazadas / con hijos: temas de replanteamiento para un enfoque integrado de los problemas del embarazo. *Adolescence* 1995; 30: 685–706.
21. La tercera encuesta basada en la Web sobre comportamiento de riesgo de los jóvenes en Corea, 2007, Centros de Control y Prevención de Enfermedades de Corea. Centros de Control y Prevención de Enfermedades de Corea [Internet]. 2010 [citado el 2 de abril de 2010]. Disponible en: <http://healthy1318.cdc.go.kr> .
22. Cha ES. Un estudio sobre el conocimiento, la actitud y el comportamiento en relación con la sexualidad de los estudiantes de secundaria. *J Korean Soc Sch Health* 1999; 12: 357–375.
23. Kim JC. En: Investigación sobre la conciencia sexual y la ciencia de la investigación sobre las circunstancias de los adolescentes [disertación]. Asan: Soonchunhyang Univ; 2000.
24. Jee HK, Lee KH, Min BK. Una relación entre los patrones de comportamiento problemático y la curiosidad sexual de los adolescentes estudiantes y adolescentes de lujo. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1986; 25: 418–430.
25. Ministerio de salud y bienestar [internet]. Seúl: Ministerio de salud y bienestar; 2002 [citado el 2 de abril de 2010]. Hechos y cifras sobre los adolescentes en contacto con ambientes nocivos. Disponible en: <http://www.mohw.go.kr/> .
26. Johnson J. Enfermedades de transmisión sexual en adolescentes. *Prim Care* 1987; 14: 101–120.
27. Jakobsen R, Rise J, Aas H, Anderssen N. Interacciones sexuales no sexuales y comportamiento problemático en adolescentes jóvenes: el Estudio de comportamiento de salud longitudinal noruego. *J Adolesc* 1997; 20: 71–83.

28. Gong SK. Desarrollo del modelo de educación integral en sexualidad para escuelas en Corea. *Federación de Población Planificada de Corea* 2000; 8: 71–90.
29. Kim MJ. Análisis de variables relacionadas con la edad al primer embarazo adolescente. *Korean J Youth Stud* 2002; 9: 71–85.
30. Abrahamse AF, Morrison PA, Waite LJ. Adolescentes dispuestos a considerar la maternidad soltera: ¿quién corre el mayor riesgo? *Fam Plann Perspect* 1988; 20: 13–18.
31. Hanson SL, Myers DE, Ginsburg AL. El papel de la responsabilidad y el conocimiento en la reducción de la maternidad en la adolescencia fuera del matrimonio. *J Marriage Fam* 1987; 49: 241–256.
32. Olson CF, Worobey J. Percibieron las relaciones madre-hija en una muestra de adolescentes embarazadas y no embarazadas. *Adolescence* 1984; 19: 781–794.
33. Ralph N, Lochman J, Thomas T. Características psicosociales de adolescentes embarazadas y nulíparas. *Adolescence* 1984; 19: 283–294.
34. Lanza HJ. En: *Embarazo adolescente: Las experiencias de mujeres adolescentes que asistieron a una escuela alternativa [disertación]*. Charlottesville: Virginia Univ .; 1997.
35. Santelli JS, Beilenson P. Factores de riesgo para el comportamiento sexual de los adolescentes, la fertilidad y las enfermedades de transmisión sexual. *J Sch Health* 1992; 62: 271-279.
36. Lee es, Park EH, Lee JJ. Una encuesta sobre la actitud hacia el sexo de mujeres solteras en Corea del Sur. *Korean J Obstet Gynecol* 2006; 49: 157–167.
37. V. Halpern , LM Lopez , DA Grimes , L. Stockton , MF Gallo Estrategias para mejorar la adherencia y la aceptabilidad de los métodos hormonales de anticoncepción
38. D. Kirby , T. Raine , G. Thrush , C. Yuen , A. Sokoloff , SC Potter Impacto de una intervención para mejorar el uso de anticonceptivos

- mediante llamadas telefónicas de seguimiento a pacientes adolescentes de clínicas adolescentes Perspectiva. *Sexo. Reprod. Salud*, 42 (4) (2010) , pp. 251 – 257
39. Lopez LM, Hiller JE, Grimes DA, Chen Educación M. para el uso de anticonceptivos en mujeres después del parto Base de Datos Cochrane Syst. Rev. , 11 (2014)
40. Martins LBM, Costa Paiva L, Osis MJD, Sousa MH, Neto AMP, Tadini Conhecimento V. sobre métodos anticoncepcionais por estudantes adolescentes. *Rev. Saúde Pública* , 40 (1) (2006) , pp. 57 – 64
41. Martins M, Sousa LM, Oliveira Recomendações AS do enunciado CONSORT para el relato de estudios clínicos controlados aleatorios *Medicina (Ribeirão Preto)* , 42 (1) (2009) , pp. 9 – 21

ANEXOS



ANEXO N° 1: Operacionalización de Variables
 UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

ALUMNO: Melgarejo Espinoza Edgard Agustin

ASESOR: Walter Bryson Malca

LOCAL: Centro De Salud Materno Infantil Santa Rosa

TEMA: Uso De Métodos Anticonceptivos En Adolescentes Que Acuden Al Servicio De Obstetricia Del Centro De Salud Materno Infantil Santa Rosa, Puente Piedra - Lima Diciembre 2015 A Octubre 2016

46

VARIABLE	DEF. OPERACIONAL	TIPO	ESCALA DE MEDICION	Dimensiones	INDICADOR	Instrumento
Uso de método anticonceptivo	Frecuencia del uso que se dé con el método anticonceptivo.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Uso de método anticonceptivo ▪ Métodos naturales ▪ Métodos hormonales ▪ Métodos de barrera ▪ Píldora de emergencia postcoital 	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • Método del ritmo • Temperatura basal • Moco vesical • Preservativos • Condón femenino • Espermicidas 	Encuesta

Adolescentes	Periodo del desarrollo que se manifiesta durante el comienzo de la pubertad con la edad adulta.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de instrucción • Estado civil • Inicio de las relaciones sexuales • Adolescencia intermedia • Adolescencia tardía 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analfabeta ▪ Primaria ▪ Secundaria ▪ Soltera 	Encuesta
--------------	---	-------------	---------	---	---	----------



ANEXO N° 2: Instrumento

Ficha de recolección de datos

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

I- Adolescentes _____

- a) 12 a 14 años
- b) 15 a 17 años

II- Métodos anticonceptivos

1- Uso de método anticonceptivo:

- a) Si
- b) No

2- Métodos naturales:

- a) Método del ritmo

3- Métodos hormonales:

- a) Orales
- b) Inyectables
- c) Implantes

4- Píldora de emergencia poscoital

- a) Si
- b) No

III- Características de las adolescentes

5- Grado de instrucción

- a) Primaria
- b) Secundaria

6- Estado civil

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Conviviente

7- Inicio de relaciones sexuales

- a) <12 años
- b) 13 a 15
- c) 16 a 17 años

ANEXO N° 3: Validez de Instrumentos – Consulta de Expertos

USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL SANTA ROSA, PUENTE PIEDRA - LIMA DICIEMBRE 2015 A OCTUBRE 2016

N°	ASPECTOS A CONSIDERAR	EXPERTOS					
		A		B		C	
		Si	No	Si	No	Si	No
1	El instrumento tiene estructura lógica.	X		X		X	
2	La secuencia de presentación de ítems es óptima	X		X		X	
3	El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación.	X		X		X	
4	Los ítems permiten medir el problema de investigación.	X		X		X	
5	Los ítems permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación.	X		X		X	
6	El instrumento abarca las variables e indicadores.	X		X		X	
7	Los ítems permiten contrastar la hipótesis.	X		X		X	

TABLA DE IDENTIFICACIÓN DE EXPERTOS		
	NOMBRE Y APELLIDOS	FIRMA DEL EXPERTO
A	En Havel Ramirez Fenonch	<i>[Firma]</i>
B	Mabel Ruiz Barrera	<i>[Firma]</i>
C	Fernando Noriega Rueda	<i>[Firma]</i>

Mg. Fernando Noriega Rueda
 MÉDICO GINECO-OBSTETRA
 M.P. 27805 RNE 11345



ANEXO N°4: Matriz de Consistencia
 UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

ALUMNO: Melgarejo Espinoza Edgard Agustin

ASESOR: Walter Bryson Malca

LOCAL: Centro De Salud Materno Infantil Santa Rosa

TEMA: Uso De Métodos Anticonceptivos En Adolescentes Que Acuden Al Servicio De Obstetricia Del Centro De Salud Materno Infantil Santa Rosa, Puente Piedra - Lima Diciembre 2015 A Octubre 2016

50

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p>General: PG: ¿Cuál es la frecuencia de uno de los métodos anticonceptivos en adolescentes que acuden al servicio de obstetricia del Centro de Salud Materno Infantil Santa Rosa, Puente Piedra-Lima de diciembre 2015 a octubre 2016?</p> <p>Específicos: PE1: ¿Cuál es el método anticonceptivo natural más usado por las adolescentes que acuden al servicio de obstetricia del Centro de Salud Materno Infantil Santa Rosa, Puente Piedra-Lima</p>	<p>General: OG: Determinar la frecuencia del uso de métodos anticonceptivos en adolescentes que acuden al servicio de obstetricia del Centro de Salud Materno Infantil Santa Rosa, Puente Piedra-Lima de diciembre 2015 a octubre 2016.</p> <p>Específicos: OE1: Identificar el método anticonceptivo natural más usado por las adolescentes que acuden al servicio de obstetricia del Centro de Salud Materno Infantil Santa Rosa, Puente</p>	<p>General: Existe la frecuencia del uso de métodos anticonceptivos en adolescentes que acuden al servicio de obstetricia del Centro de Salud Materno Infantil Santa Rosa, Puente Piedra-Lima de diciembre 2015 a octubre 2016.</p> <p>Específicas: HE1: Existe el método anticonceptivo natural más usado por las adolescentes que acuden al servicio de obstetricia del Centro de Salud Materno Infantil Santa Rosa, Puente</p>	<p>Variable Independiente: Uso de método anticonceptivo</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No • Método del ritmo • Temperatura basal • Moco vesical • Preservativos • Condón femenino • Espermicidas <p>Variable Dependiente: Adolescentes.</p>

<p>de diciembre 2015 a octubre 2016?</p> <p>PE2: ¿Cuál es el método anticonceptivo hormonal más usado por las adolescentes que acuden al servicio de obstetricia del Centro de Salud Materno Infantil Santa Rosa, Puente Piedra-Lima de diciembre 2015 a octubre 2016?</p> <p>PE3: ¿Cuál es el método anticonceptivo de barrera más usado por las adolescentes que acuden al servicio de obstetricia del Centro de Salud Materno Infantil Santa Rosa, Puente Piedra-Lima de diciembre 2015 a octubre 2016?</p> <p>PE4: ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las adolescentes que participaron en el estudio, del Centro de Salud Materno Infantil Santa Rosa, Puente Piedra-Lima de diciembre 2015 a octubre 2016?</p>	<p>Piedra-Lima de diciembre 2015 a octubre 2016.</p> <p>OE2: Conocer el método anticonceptivo hormonal más usado por las adolescentes que acuden al servicio de obstetricia del Centro de Salud Materno Infantil Santa Rosa, Puente Piedra-Lima de diciembre 2015 a octubre 2016.</p> <p>OE3: Demostrar el método anticonceptivo de barrera más usado por las adolescentes que acuden al servicio de obstetricia del Centro de Salud Materno Infantil Santa Rosa, Puente Piedra-Lima de diciembre 2015 a octubre 2016.</p> <p>OE4: Describir las características sociodemográficas de las adolescentes que participaron en el estudio, del Centro de Salud Materno Infantil Santa Rosa, Puente Piedra-Lima de diciembre 2015 a octubre 2016.</p>	<p>Piedra-Lima de diciembre 2015 a octubre 2016.</p> <p>HE2: Existe el método anticonceptivo hormonal más usado por las adolescentes que acuden al servicio de obstetricia del Centro de Salud Materno Infantil Santa Rosa, Puente Piedra-Lima de diciembre 2015 a octubre 2016.</p> <p>HE3: Existe el método anticonceptivo de barrera más usado por las adolescentes que acuden al servicio de obstetricia del Centro de Salud Materno Infantil Santa Rosa, Puente Piedra-Lima de diciembre 2015 a octubre 2016.</p> <p>HE4: Existe las características sociodemográficas de las adolescentes que participaron en el estudio, del Centro de Salud Materno Infantil Santa Rosa, Puente Piedra-Lima de diciembre 2015 a octubre 2016.</p>	<p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analfabeta • Primaria • Secundaria • Soltera
---	---	--	--

Diseño metodológico	Población y Muestra	Técnicas e Instrumentos
<p>- Nivel: Retrospectivo de corte transversal.</p> <p>- Tipo de Investigación: Descriptivo observacional.</p>	<p>Población: 343 adolescentes</p> <p>Tamaño de muestra: 83 adolescentes</p>	<p>Capítulo I: Adolescentes</p> <p>Capítulo II: Métodos anticonceptivos</p> <p>Capítulo III: Características de las adolescentes</p> <p>El instrumento será validado mediante un estudio piloto que se realizara en 10 adolescentes, a fin de que nos permita determinar la validez y confiabilidad del instrumento.</p>