

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P. DE OBSTETRICIA

**Barreras que impiden el uso de un método
anticonceptivo a las adolescentes
hospitalizadas en el IEMP en el periodo
octubre-diciembre del año 2005**

TESIS para optar el título de LICENCIADA EN OBSTETRICIA

AUTOR

Lizarzaburu Cabanillas, Sandra Hortensia;

Piñín Huamán, Liz Nataly

LIMA – PERÚ 2006

Este trabajo se lo dedico a mis padres por su esfuerzo y apoyo constante, a mi hermana por estar siempre conmigo y a mi novio por su apoyo.

Liz

Se lo dedico con mucho cariño a Clemente y Aurora, mis padres, por su apoyo y lograr hacer de mi una profesional y muy en especial a mi hermanita Mayra por su apoyo incondicional y estar siempre conmigo.

Sandra

CONTENIDO

Dedicatoria.....	02
Contenido.....	03
Resumen.....	04
I. Introducción	
a. Antecedentes.....	05
b. Marco Teórico.....	07
II. Objetivos.....	30
III. Material y métodos.....	32
IV. Resultados.....	34
V. Discusión.....	51
VI. Conclusiones.....	56
VII. Recomendaciones.....	59
VIII. Bibliografía.....	61
Anexos	
N°1 Instrumento de recolección de datos.....	68
N°2 Consentimiento informado.....	69
N°3 Pruebas estadísticas para confiabilidad y validez del instrumento.....	70

RESUMEN

“Barreras que impiden el uso de un método anticonceptivo a las adolescentes hospitalizadas en el IEMP en el periodo Octubre-Diciembre del año 2005”

Objetivo: Identificar las barreras que impiden el uso de un método anticonceptivo a las adolescentes hospitalizadas en el IEMP y si existe asociación entre edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, antecedente de embarazo, edad de inicio de relaciones coitales y dichas barreras.

Diseño: Descriptivo, transversal

Muestra: 518 adolescentes hospitalizadas en el IEMP en los meses de octubre a diciembre del año 2005 que cumplían los criterios de inclusión para el estudio.

Intervenciones: Aplicación de entrevista estructurada anónima, previa firma del consentimiento informado por parte del padre o apoderado. Se recabó datos generales de la adolescente y sobre las 4 barreras desglosadas en barreras personales, socioculturales, con los servicios de planificación familiar y con el profesional de salud.

Resultados: De las 518 adolescentes: 70,7% tienen entre 17-19 años; el 50,4% son conviviente y 46,1% son solteras; 58,6% no culminó su educación básica; 76,4% es ama de casa, 15,1% estudia y 8,5% trabaja;

Dentro de las barreras personales predominó el desconocimiento del uso correcto de los métodos anticonceptivos; de las barreras socioculturales predominó la falta de temas relacionados con Salud Sexual y Reproductiva en la currícula de los colegios; de las barreras en los servicios de planificación familiar predominó los procesos engorrosos; de las barreras con el profesional de salud predominó el personal de Salud poco cordial, incomprensivo.

Se encontró asociación entre: edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación y antecedente de embarazo y las barreras personales. En edad y estado civil y barreras socioculturales. En edad y barreras con los servicios de planificación familiar; 19,7% tiene antecedente de embarazo anterior; la edad promedio de la primera relación coital es 15,4 años y un 16,2% asistió alguna vez a un servicio de planificación familiar.

Conclusiones: El estudio revela que las barreras personales, socioculturales, con los servicios de planificación familiar y con el profesional de salud fueron un obstáculo para el uso de un método anticonceptivo en las adolescentes, principalmente las barreras personales.

Sin duda, uno de los problemas muy acuciantes resulta el inicio más precoz de las relaciones sexuales, unido al uso insuficiente o inadecuado de métodos anticonceptivos seguros y eficaces, justifica la alta tasa de embarazos no deseados entre nuestra población.

I. INTRODUCCIÓN

ANTECEDENTES

- En el estudio de Electra Gonzáles y col. “Factores personales asociados al uso de anticonceptivos en adolescentes mujeres solteras sexualmente activas” 2001; la investigación sugiere que varios factores personales están fuertemente asociados al uso de anticonceptivos en adolescente mujeres, entre los más importantes están la edad al inicio de anticonceptivos, conocimientos de reproducción y anticoncepción, desempeño escolar, aspiraciones académicas y religiosidad.⁷
- En el estudio “Barreras al acceso a servicios de salud reproductiva para jóvenes” Nicaragua 2004; la Dra. Carmela Cordero identifica las barreras que impiden el acceso a servicios de salud reproductiva para jóvenes, debido a que son diversas barreras, las cuales fueron agrupadas en 4 grandes grupos que son las barreras médicas, barreras políticas, barreras sociales/culturales y barreras de acceso a los servicios (prestadores de salud, localización, procesos, costos).¹
- En el estudio de Serrano I. y col. “Actividad sexual e información y uso de métodos anticonceptivos en la juventud española: resultados de una encuesta nacional” España 2002; analizaron los conocimientos, el comportamiento sexual y el uso de anticonceptivos de la juventud y obtuvieron que el 16,3% de varones y el 11,9% de mujeres no han recibido información sobre sexualidad y anticoncepción durante el periodo escolar, el 19% de los que han recibido la consideran insuficiente, la edad media del inicio de las relaciones sexuales fue de 17 años, el 40% de los

jóvenes no utilizan ningún método anticonceptivo, el método mas usado es el preservativo. Concluyen que las deficiencias en la información recibida y en el uso de anticonceptivos, probablemente contribuyen a la exposición al riesgo de embarazo juvenil.⁹

- En el estudio “Factores que determinan el uso de anticonceptivos en madres adolescentes” Perú; Lucy López y col. concluyen que existen factores importantes que determinan el uso de anticonceptivos en adolescentes. También se apreció la influencia que ejerce la pareja, la madre y las amigas para el uso de MAC en las adolescentes, se observó que un alto porcentaje de las adolescentes tuvieron falsas creencias acerca de los MAC; respecto al control puerperal: 75% no asistió por la distancia desde su domicilio, 86% por falta de dinero y 75% por falta de tiempo.¹¹
- En el estudio de Flores Diana y Guevara Elizabeth “Comportamiento sexual y uso de anticonceptivos modernos en adolescentes escolares con actividad coital” San Juan de Lurigancho 2004”.Perú; encontraron que el 32,5% de los adolescentes tiene actividad coital, el 39,7% usó algún anticonceptivo moderno en su primera relación coital y 46,4% lo usó en la ultima relación coital, el 70,9% tiene confianza con su pareja, el 56,7% tiene pareja coital mientras que el 45% de las relaciones coitales fueron espontáneas. Concluyen que es una población con alto porcentaje de actividad coital y con poca frecuencia de uso de anticonceptivos modernos.²⁵
- En el estudio de Armebianchi Ramirez, Maria Luisa. “Salud Reproductiva de la Adolescente. Servicios de Adolescencia del Instituto Materno

Perinatal. Enero-Marzo 1999” Perú; se encontró que el 18.84% de partos corresponden a adolescentes, el 12,83% tenía antecedente de uno o más embarazos; concluyen que se debería insistir siempre en la importancia de la educación.⁴⁶

- En el estudio de Espinoza Callan, Mónica Ruth. “Conocimientos de los Adolescentes sobre Prevención del Embarazo Precoz en la G.U.E. “Melitón Carvajal” y la G.U.E. “Elvira García García” en el año 2000” Perú; se obtuvo que el grado de conocimiento de los adolescentes según sexo, edad, grado de instrucción sobre prevención del embarazo precoz es de un grado medio a bajo.⁴⁵
- En el estudio de Bazán Rojas, Mónica y Villanueva Martínez, Karen. “Relación entre el Uso de Métodos Anticonceptivos y el Embarazo No Planificado en Adolescentes-Instituto Especializado Materno Perinatal-2004” Perú; concluyen que los factores que están relacionados al uso de métodos anticonceptivos en las adolescentes con embarazo no planificado son: desconocimientos sobre métodos anticonceptivos, las barreras reales (larga espera, lugares inaccesibles, falta de transporte, inflexibilidad en el horario), inadecuada comunicación con sus padres y su pareja.⁴⁷

ADOLESCENCIA

Definición

La OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica" y fija sus límites entre los 10 y 19 años.^{30, 32}

Biológicamente se le define como el comienzo del proceso de maduración sexual en tanto que la definición de la finalización es sociológica ya que el adolescente en que pasa a ser adulto y comienza su independencia del núcleo familiar. Por lo que no es un proceso meramente biológico, sino psicológico y social que asume características diferentes según las estructurales sociales y culturales.⁴⁵

Etapas

1. Adolescencia Temprana (10 A 13 años)

Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquia.

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

Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales.

Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.^{30, 35}

2. Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.

Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.

Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.

Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.^{30, 35}

3. Adolescencia tardía (17 a 19 años)

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

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo.^{30,35}

Cambios bio-psico-sociales

La Adolescencia constituye uno de los períodos más intensos de cambios físicos, psicológicos y sociales de la vida de una persona. Se inicia con los cambios biológicos y físicos de la pubertad, etapa en la que “se modifica de manera especial el sistema reproductor, el sistema de respuesta sexual y la manera en que los jóvenes se perciben a sí mismos y a los demás.”^{2, 32, 44,48}

El cuerpo crece, aumenta su resistencia y se producen en él cambios que agudizan las diferencias entre los sexos; la capacidad para el pensamiento

abstracto y la empatía pasan a primer término; y surgen nuevas relaciones sociales entre los jóvenes, así como entre jóvenes y adultos dentro y fuera de la familia.^{32, 44,48}

Esas nuevas posibilidades de desarrollo dan origen a un nuevo comportamiento, que varía no sólo en razón del sexo y el nivel de madurez física, psicológica y social del individuo, sino también del entorno social, cultural, político, físico y económico en el que vive el adolescente.^{32, 44}

A medida que las influencias exteriores a la familia empiezan a adquirir importancia, las decisiones que adoptan los jóvenes y las relaciones que forman influyen cada vez más en su salud y en su desarrollo físico y psico-social.³²

Lo que hagan en esa época les afectará durante toda la vida y tendrá consecuencias para sus descendientes. La adolescencia es una época en la que se necesitan nuevas competencias y conocimientos.^{32, 44}

SITUACIÓN ACTUAL DEL ADOLESCENTE EN EL PERÚ

Debido a que los adolescentes atraviesan una etapa de muchos cambios biológicos, psicológicos y sociales en la cual no saben realmente que esta pasando, no tienen información apropiada sobre su sexualidad, sobre salud reproductiva, no tienen percepción del riesgo que implica iniciar relaciones sexuales tempranamente, a veces conocen pero no usan los métodos anticonceptivos, muchas veces reciben información errada de amigos y/o familiares; en el país todavía existen ciertas barreras que explican que las adolescentes a pesar de ser sexualmente activas no utilicen ningún método anticonceptivo para prevenir embarazos no deseados, abortos provocados, que

contraigan una ITS y/o VIH y el truncamiento de sus metas tanto educativas, sociales, laborales, etc.⁴⁶

Datos estadísticos

En el Perú, según el Censo Nacional de Población y Vivienda de 1993 los adolescentes constituían el 22,8% de la población total. Según INEI 2004 el 20.9 % de la población peruana es adolescente, vale decir, que 5'749,220 hombres y mujeres tienen entre 10 y 19 años. En su interior se diferencian dos grupos con necesidades y procesos distintos: 10-14 años y 15 a 19 años.³²

Si bien la tasa de fecundidad adolescente está en descenso, este descenso no es homogéneo. Según la ENDES 2000, 13% de todas las adolescentes (10 a 19 años) ya son madres (10,7%) o están embarazadas (2,3%). Sin embargo, es importante reconocer que el 55 % de estos embarazos no fueron deseados.^{32, 39, 41, 47}

De otro lado, en relación a las causas maternas de muerte, según Ferrando “ha aumentado el porcentaje de adolescentes que muere por causas maternas respecto al total de casos”. En el 2001, del total de muertes maternas, el 11.1% sucedió en adolescentes, para el 2003, del total de muertes maternas, el 15.7% fueron adolescentes. De cada 6 muertes maternas una es adolescente (DGSP-OGE2003).^{32, 39,40} Según Endes 2000 la tasa de mortalidad materna en la población femenina de 15-19 años fue de 22,2 por 100 000 mujeres.

En relación a la mortalidad de hijos de madres adolescentes, es importante señalar que es 26% mayor que la general. Esto se explica porque la mayor parte de adolescentes pobres que se convierten en madres, no cuentan con preparación para la crianza de sus hijos, ni con una red afectiva y social que

apoye y nutra el cumplimiento del rol materno que le toca asumir tempranamente.^{32, 39}

Según los registros del MINSA, la principal causa de hospitalización de adolescentes esta relacionada con atención de embarazos, partos y puerperio, seguida por traumatismos, envenenamientos, neumonía, Tuberculosis y apendicitis. 16% de los partos institucionales son de adolescentes (MINSA).^{32, 39, 40} El 23.7% de las atenciones prenatales son de adolescentes (MINSA).²⁸

El uso de métodos anticonceptivos modernos es menor entre las adolescentes jóvenes (10%) y entre las de más edad es de 40-49 años (26.6%). Estos valores coinciden a lo encontrado por las ENDES, que dicen que generalmente las mujeres unidas jóvenes inician el uso a partir de su primer hijo cuando quieren espaciar sus nacimientos, pero cuando quieren limitar utilizan el método irreversible del AQV, y lo hacen después del tercer hijo y cuando son mayores de 30 años (ENDES II y ENDES III).

Los métodos tradicionales son utilizados, casi por igual en todas las edades, aunque su uso más frecuente se da entre las adolescentes (33%). Otros estudios indican que generalmente las adolescentes y las parejas no-unidas inician el cuidado de su fecundidad con el ritmo, que es el método más usado en todos los estratos de la sociedad. (ENAH0-98)

Los mayores niveles de necesidad insatisfecha de planificación familiar se observan entre la mujeres unidas mas jóvenes: 17,4% entre las menores de 20 años y 10,5% entre las que tienen entre 20-24 años. Si comparamos esta cifra del 2004 con la del 2000, se aprecia una reducción de la necesidad insatisfecha para los grupos más jóvenes: de 6 puntos porcentuales para las de 15-19 años y de casi 5 puntos porcentuales para las de 20-24 años. (INEI.

ENDES 2000-2004) Por tanto, es claro que las necesidades de las mujeres más jóvenes de anticoncepción segura y eficaz por espaciar sus embarazos no están siendo atendidas con suficiente prioridad.

Adolescencia, sexualidad y salud reproductiva

Las mujeres adolescentes alrededor del mundo necesitan un mejor acceso a la educación, a la información sexual y reproductiva y a toda una gama de servicios de salud reproductiva, sin importar su estado marital o status. Los servicios que necesitan incluyen aquellos sobre anticoncepción, enfermedades de transmisión sexual (ETS), y embarazo.^{31, 37}

Sus problemas de salud están relacionados con los comportamientos, desinformación o mala información, negligencia, maltrato y abandono, más que con problemas físicos y biológicos propiamente dichos.³²

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, inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con chicos muy jóvenes, con muy escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal. Tienen relaciones sexuales sin protección contra enfermedades de transmisión sexual buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias.³⁰

La primera relación sexual debe acompañarse de una madurez concienzuda de este hecho, para que se guarde como un momento bonito e inolvidable para el resto de sus días y no se convierta en una experiencia dolorosa y amarga que la acompañe como una sombra por el resto de sus días, y cumplir el concepto

de salud sexual y reproductiva según Beijing 1995, donde se plantea que es la posibilidad del ser humano de tener relaciones sexuales gratificantes y enriquecedoras, sin coerción y sin temor de infección, ni de embarazo no deseado, de poder regular la fecundidad sin riesgos de efectos secundarios desagradables o peligrosos, de tener un embarazo y parto seguros y de tener y criar hijos saludables.³³

El porqué los adolescentes practican sexo, y porqué lo hacen sin métodos de contracepción, es un tema en discusión. Las razones sugeridas son las que siguen:

- Los adolescentes llegan a ser fértiles 4 o 5 años antes de estar emocionalmente maduros.
- Los adolescentes de hoy crecen rodeados de una cultura donde compañeros y medios de comunicación transmiten mensajes en los cuales las relaciones sexuales sin estar casados son comunes, aceptables y esperadas.
- Normalmente no se ofrece en el hogar, la escuela o comunidad, educación sobre el comportamiento sexual responsable e información sobre las consecuencias del intercambio sexual. Por lo tanto la información viene a través de filtros desinformados o compañeros sin informar.⁴⁷

En el marco del Programa Nacional de Planificación Familiar, ahora Programa de Salud Reproductiva, se han realizado acciones de capacitación, consejería y servicios dirigidos principalmente a las mujeres en edad fértil y con vida sexual activa (unidas o casadas), mucho menos hacia las adolescentes y a las mujeres sin pareja.³⁴

Dentro de la Política Nacional de Población se considera que el conocimiento y/o uso de métodos anticonceptivos es uno de los derechos humanos y reproductivos que tienen todas las personas para decidir libre y en forma responsable el número de hijos que quieren tener y el momento de tenerlos; así como el derecho de disponer de la información, consejería y servicios para lograrlo.³⁴

Cada cinco minutos, en alguna parte del mundo, se suicida una persona joven, frecuentemente debido a problemas emocionales y sociales relacionados con la salud sexual y reproductiva. Entre estos figuran el abuso físico, la violencia sexual, las rupturas de relaciones íntimas, el alcoholismo y la drogadicción, el embarazo no deseado y el aborto en condiciones de riesgo, el VIH y las ITS, y la ansiedad en torno a estar físicamente atraído a miembros del mismo sexo.³¹

Adolescencia e ITS

Muchos adolescentes no pueden o no tratan de practicar la abstinencia, las alternativas al coito sexual, como abrazarse o acariciarse, o el uso de condones para reducir el riesgo de VIH/ITS.⁴⁰

Una de las consecuencias es que más del 50% de nuevos casos de infección por VIH y dos tercios o más de los casos de ITS diagnosticados cada año en diversos países, ocurren en los adolescentes.^{37, 40}

Para las mujeres jóvenes, que por lo general no muestran síntomas visibles, el resultado puede ser catastrófico, ocasionando infertilidad o embarazos ectópicos que ponen la vida de la mujer en peligro.³¹

Las enfermedades de transmisión sexual incluido el VHI/SIDA son la mayor causa de infecciones del tracto reproductivo y atentan contra la fertilidad futura

y la vida de las mujeres jóvenes y afecta la salud de los recién nacidos manifestándose en bajo peso al nacer, niños prematuros y aumento de la vulnerabilidad a infecciones y enfermedades.³⁷

Adolescencia y aborto

Si consideramos que la mayor parte de embarazos en la adolescencia se producen sin desearlo, esto conlleva a un alto número de abortos inducidos o clandestinos.³²

Una cantidad considerable de adolescentes recurren al aborto clandestino practicado en condiciones de riesgo.³¹

Las adolescentes recurren al aborto por razones tales como el temor, la vergüenza y la desesperación por no sentirse capaces de cuidar a un bebé o no saber cómo podrán continuar su educación. Las adolescentes tienen mayor probabilidad que las mujeres adultas de tener un aborto en una etapa tardía, cuando corren mayores riesgos clínicos.³¹

Mundialmente, un tercio de las mujeres hospitalizadas por complicaciones relacionadas con el aborto son menores de 20 años de edad.³¹

Sólo en el 2003 fueron atendidas más de 30,000 adolescentes con cuadros de abortos complicados. El 10.11% de los abortos incompletos atendidos en establecimientos del MINSA en el año 2003 corresponden a adolescentes (MINSA).^{32, 40}

El aborto constituye un problema de salud pública que ha merecido la atención especial en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo (1994) que insta a los gobiernos a ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas y reducir los daños

ocasionados por éstos mediante acciones tales como la prestación de más amplios y mejores servicios de planificación familiar en el campo de la prevención, así como la toma de medidas concretas en la atención de los abortos incompletos.⁴¹

Adolescencia y embarazo

El embarazo en el adolescente se convierte en un problema de salud pública importante por el costo biológico y psicosocial que implica.

El embarazo en el adolescente es una condición condicionante de alto riesgo obstétrico y perinatal.^{46, 48} Frecuentemente se utiliza el término de primigesta precoz para referirse a aquella joven menor de 19 años. La primiparidad precoz se asocia a diversas patologías del embarazo, parto y del recién nacido.

La adolescente embarazada implica una conceptualización más amplia de los límites de la organicidad gineco-obstétrica por ser una área que debe ser centrada en la gineco-tocología incluye también aspectos sociales, legales y de salud mental indispensables en el manejo clínico. En tanto los problemas más difíciles de resolver son los sociales, económicos y psicológicos.⁴⁸

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. 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.³⁰

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.³⁰

El embarazo no planeado en la adolescencia es el resultado de la falta de información sobre los anticonceptivos, del sexo sin protección, de la falla anticonceptiva o del uso incorrecto de anticonceptivos (a veces debido a la intoxicación producida por el alcohol o las drogas).³¹

Consecuencias Para La Adolescente

Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras chances de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección.³⁰

También le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales.³⁰

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.³⁰

En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia.³⁰

Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza.³⁰

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*".³⁰

Tienen un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional.³⁰

Muy pocos 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.³⁰

ADOLESCENTE Y ANTICONCEPCIÓN

El uso de anticonceptivos en los adolescentes solteros y casados es más común que en el pasado, pero aún en gran parte del mundo su uso es bajo. La mayoría de las mujeres jóvenes ha oído hablar acerca de los modernos métodos anticonceptivos, pero posiblemente carece de acceso a ellos, no tiene información sobre su uso apropiado o no los usa porque se espera que tenga un hijo tan pronto se case.³⁷

Dependiendo de la sociedad en la cual viven, las adolescentes constituyen un grupo de población con escasa accesibilidad y uso restringido de los servicios de planificación familiar, debido a los tabúes sociales, a barreras económicas o geográficas, a la escases de confidencialidad de los servicios y al inadecuado conocimiento sobre los métodos anticonceptivos así como del lugar donde obtenerlos.⁴⁷

El embarazo en las adolescentes es un problema de todas las regiones del país, aunque es mayor en las zonas rurales y constituye la tercera causa en las

muerdes por complicaciones del embarazo, parto y puerperio así como por aborto. No se oferta el servicio de planificación familiar para las adolescentes, a pesar de ser evidente su necesidad y uno de los pocos medios existentes para abordar esta problemática, en general se tiene una visión moralista acerca del ejercicio de la sexualidad por parte de los adolescentes no reconociéndosele como su derecho y considerándolo más bien como un problema, cuando el problema se ubica precisamente en la falta de orientación y servicios directamente dirigidos a prevenir todos los riesgos asociados a la sexualidad activa.³⁹

Los anticonceptivos se agrupan en:

- Métodos de Abstinencia Periódica
 - ✓ Método del Moco Cervical (de Billings)
 - ✓ Método del Ritmo-Calendario.
 - ✓ Método de los días fijos o del Collar.
- Método de Lactancia Materna y Amenorrea
- Métodos de Barrera (condón)
- Anticonceptivos Hormonales.
 - ✓ Anticonceptivos orales combinados.
 - ✓ Anticonceptivos inyectables combinados.
 - ✓ Pastilla/píldora de solo progestágeno.
 - ✓ Inyectable de solo progestágeno.
- Dispositivos Intrauterinos
 - ✓ Liberadores de iones de cobre (T de Cu 380 A)
 - ✓ Liberadores de progestágenos (Levonorgestrel)

- Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria
 - ✓ Bloqueo Tubárico Bilateral
 - ✓ Vasectomía.^{49, 50}

El uso de métodos anticonceptivos entre las adolescentes del país es de 43%, siendo los métodos tradicionales los más usados. Dentro del grupo de adolescentes que no usaban ningún método, ante la pregunta del motivo por el cual no hacían uso de la anticoncepción, el 4,7% de ellas manifestó desconocerlos, el 2,4% tener miedo a los efectos colaterales, mientras que el 2,0% reportó problemas de salud.^{32, 47}

BARRERAS QUE IMPIDEN EL USO DE UN METODO ANTICONCEPTIVO

Existen muchas barreras que obstaculizan el avance de la anticoncepción; son estas de tipo personal, socioculturales, políticas, con los profesionales de la salud, etc que carecen de base científica pero que logran que no utilicen ningún método anticonceptivo.^{16, 38}

M. Stycos (1970) y Mirna Villacorta (1990) señalan que las barreras están formadas por tipos de pensamiento (ideas, conceptos, creencias), formas de interacción social y de acciones de sujetos que se constituyen en trabas para el cambio de tales aspectos de los miembros de la cultura a la cual se circunscriben.³⁸

A mujeres de 15 a 49 años de edad se les preguntó ¿cuál era la razón principal para que no usara un método anticonceptivo para evitar un embarazo?

Las razones nombradas pueden provenir de MEF que nunca usaron algún anticonceptivo o de personas que habiendo sido usuarias alguna vez han discontinuado su uso por algún motivo.

- La principal razón nombrada fue: no usan porque no tienen relaciones sexuales (sin pareja o porque la pareja está ausente) ellas representan el 38.5% del total de no-usuarias. Esta situación es considerable en Lima Metropolitana (48.1%) y en la Costa (42.6%).
- La segunda razón declarada de no-uso fue por estar embarazada al momento de la realización de la entrevista, así lo manifestaron el 21.8% del total de usuarias. Los porcentajes más altos de MEF embarazadas corresponden a las mujeres de la Selva (33.9%) y de la Sierra (27.2%).
- La tercera razón de no-uso de anticonceptivos fue porque la mujer es infértil o está en el período de la menopausia; esta circunstancia fue señalada por el 15.8% del total de no-usuarias. Los porcentajes regionales más altos lo encontramos en la Costa (19%).
- Las otras razones nombradas de no-uso por las mujeres fueron: por miedo a los efectos secundarios (5.8%), por razones religiosas (11%), porque desean tener más hijos (4%), su pareja se opone (1.5%) y sólo el 1.6% no lo usa, porque no conoce método alguno.³⁴

BARRERAS PERSONALES

El mejor nivel de educación es un factor determinante para el mayor uso de anticonceptivos, sin embargo las distancias entre las mujeres analfabetas y las mujeres con altos niveles de educación (secundaria o superior) se van acortando cada vez más por la influencia de los programas de IEC de

planificación familiar, que promueven el acceso de todas las mujeres a los servicios y a la consejería en todos los centros poblados donde el MINSA u otra institución del sector privado se encuentre trabajando.^{27, 34}

Muchos adolescentes carecen de información sobre métodos anticonceptivos y acceso a ellos. En parte como resultado de esto, el 10% de los partos en el mundo son de madres adolescentes. La mortalidad relacionada con el embarazo y el parto es de dos a cinco veces más alta entre las mujeres menores de 18 años de edad que entre aquéllas de 20 a 29 años de edad.^{13, 16, 21, 31}

Muchos adolescentes tienen curiosidad en cuanto al sexo, pero no saben los hechos. Películas, televisión, y revistas retratan al sexo como algo divertido, excitante y adulto, pero raramente hablan de embarazos no deseados, enfermedades transmitidas sexualmente y sus consecuencias.^{23, 24, 36}

El 66.9% de adolescentes de 10 a 14 años y el 56.6% de los que tienen entre 15 y 19 años, vive en condiciones de pobreza y pobreza extrema.³²

Respecto al uso de métodos de planificación familiar, la investigación realizada por Quintana y Vásquez (1977) con estudiantes de secundaria en el distrito de El Agustino reporta que las adolescentes no usan mayormente dichos métodos porque no mantienen relaciones sexuales regulares (54,5%); también mencionan que sienten vergüenza para acceder a estos métodos.^{14, 23, 36}

BARRERAS SOCIOCULTURALES

Dentro del grupo de adolescentes que no usaban ningún método, ante la pregunta del motivo por el cual no hacían uso de la anticoncepción, el 4,7% de ellas manifestó desconocerlos, el 2,4% tener miedo a los efectos colaterales,

mientras que el 2,0% reportó problemas de salud. Casi todos los motivos mencionados por las entrevistadas, indican que en el país todavía existen ciertas barreras culturales y falta de información que explican que las adolescentes a pesar de ser sexualmente activas no utilicen ningún método anticonceptivo.³²

A los adolescentes se les enseña que o bien la mujer o bien el hombre es responsable de la anticoncepción, en vez de ser socios sexuales que comparten la toma de decisiones como pareja. Los investigadores en Latinoamérica han notado que el hombre suele delegar a la mujer la responsabilidad de la salud sexual y reproductiva, incluso el uso de anticonceptivos.^{16, 23}

En la Conferencia Mundial de Población y Desarrollo de El Cairo (1994) donde se dedica un capítulo especial a las adolescentes y niñas ya que fue en el tema de sus necesidades en el que se evidenciaron mayores carencias y deficiencias. Se reconoció entre otras cosas que se ha descuidado en muchos países la educación sexual sistemática.³⁵

En un análisis realizado en 1997 de 53 estudios sobre la educación sexual en el mundo entero, sólo en tres informes se encontraron aumentos en el comportamiento sexual después de las intervenciones. Veintidós de los estudios indicaron que dichos cursos ayudaron a retrasar el inicio de la actividad sexual, llevaron a una reducción en actividad sexual o disminuyeron las tasas de embarazo y de ITS; 27 de ellos informaron que no hubo cambios ni en la actividad sexual ni en las tasas de embarazo e ITS entre los estudiantes.^{15, 31}

Arias y Aramburú (1999), en su estudio sobre adolescentes en el Perú, también observan cómo el maltrato físico, los gritos, los insultos, el descuido o el abandono como ejes de la relación de los padres respecto a sus hijas, inciden en el embarazo adolescente.³⁸

Para el caso del Perú, Gustin, Matos, Gordillo, Chávez y Talavera (1978) nos hablan del contexto familiar problemático de la madre adolescente, ya que en las entrevistas que realizan siempre encuentran una mala relación con el padre o su ausencia de él en el hogar, así como una relación conflictiva con la madre.³⁸

Federico León cita a J. Brooks-Gunn y F. Furstenberg Jr. en su obra "Adolescent sexual behavior" porque estos autores plantean que una manera de postergar la iniciación sexual de dichas adolescentes sería mejorar la comunicación de ellas con sus padres.³⁸

Respecto al uso de métodos de planificación familiar, la investigación realizada por Quintana y Vásquez (1977) con estudiantes de secundaria en el distrito de El Agustino reporta que las adolescentes no usan mayormente dichos métodos porque no mantienen relaciones sexuales regulares (54,5%) y porque sus parejas se oponen (9,1%); también mencionan que sienten vergüenza para acceder a estos métodos, así como el miedo a las consecuencias negativas; esto es, frente a los efectos colaterales, como el cáncer o el subir de peso. Respecto a la oportunidad, ellas señalan que es difícil sobre todo cuando se da la primera relación sexual, porque dificulta el juego de la seducción, en el cual supuestamente no se tiene la intención del coito; esto también tiene que ver con el temor del varón a perder la erección al colocarse el preservativo.^{16,38}

Arias y Aramburú (1999) encuentran algo semejante porque siempre las adolescentes muestran temor respecto al uso de métodos de planificación familiar; por ejemplo, sobre la inyección se piensa que provoca hemorragias, corta la regla, produce dolor de cabeza, nerviosismo, pérdida del apetito y, por último, creen que no es segura. Respecto a las píldoras, dicen que las ponen nerviosas, provoca dolores de cabeza, la pareja comienza a desconfiar de la mujer, hacen daño y no son eficaces. Respecto al DIU, manifiestan que provoca molestias a la vagina, la T de cobre se mueve y causa sangramiento, da cáncer y ocasiona heridas. Respecto a los procedimientos naturales muestran más aceptación, sobre todo los varones, porque prefieren el método del moco cervical y el coito interrumpido; las mujeres hablan del método de la “regla”, pero algunas añaden que no son seguros.^{2, 13, 38}

Hay una fuerte influencia de la Iglesia Católica en torno a las políticas relacionadas a la salud sexual y reproductiva de las mujeres en el país. En este sentido se debe reiterar la necesidad de asegurar que el Estado sea laico para que las políticas estén fundadas en criterios científicos antes que confesionales.^{36, 41}

BARRERAS EN EL SERVICIO DE PLANIFICACION FAMILIAR

Los servicios para adolescentes ubicados en servicios de salud, como Centros de Salud, Hospitales e Institutos, deben ser diferenciados, vale decir, tener infraestructura básica para la atención con puerta de entrada independiente del servicio general, funcionar en horarios adecuados a las posibilidades de la población adolescente.^{13, 32}

No hay prueba alguna de que los servicios apropiados orientados hacia los jóvenes aumentan la actividad sexual entre los adolescentes. Al contrario, hay prueba de que la prestación de dichos servicios protege la salud y salva vidas. Los países nórdicos (Dinamarca, Finlandia, Islandia, Noruega y Suecia) proveen educación sexual, servicios confidenciales y anticonceptivos a los adolescentes.

Esto ha llevado a:

- Ningún cambio significativo en la edad en el primer acto de coito sexual, en los últimos dos decenios.
- Una de las tasas más bajas del mundo de embarazo entre las adolescentes.
- Marcadas reducciones en la tasa de abortos entre las adolescentes.
- Bajas tasas de VIH/ITS.³¹

Las declaraciones de uso de anticonceptivos son reforzadas por el conocimiento de las usuarias sobre los lugares de suministro de los métodos modernos.³⁴

Las leyes y políticas, así como las actitudes de los prestadores de servicios, pueden limitar el acceso de los adolescentes a los servicios de salud.³¹

Los servicios de salud y programas de atención especializada para adolescentes (salud sexual y reproductiva, salud mental, orientación vocacional, implementación de proyectos educativos para adolescentes) son aún limitados en cobertura y calidad. Causas de ello son la limitada inversión pública en este campo y los escasos programas preventivos promocionales, junto con la desinformación sobre la existencia de la oferta por parte de la familia y de los propios adolescentes.^{15, 39}

Bazán Mónica y Villanueva Karen encontraron en su estudio Relación entre uso de Métodos anticonceptivos y el Embarazo no planificado en adolescentes- Instituto Especializado Materno Perinatal -2004 que las barreras para el acceso a un método anticonceptivo son la larga espera, lugares inaccesibles, falta de transporte, inflexibilidad en el horario.⁴⁷

BARRERAS CON EL PROFESIONAL DE SALUD

La OMS ha señalado que también hay obstáculos que impiden que los adolescentes usen los servicios a su disposición. Entre estos figuran:

- Las actitudes de los profesionales de salud que se rehúsan a prestar servicios a personas menores de cierta edad, aun cuando las leyes y reglas les permiten prestar dichos servicios.
- La prestación de servicios durante ciertas horas del día cuando los jóvenes no pueden apartarse de su trabajo o de sus estudios.
- La falta de dinero para pagar por los servicios.
- La renuencia de los adolescentes a usar los servicios porque ellos no quieren atraer atención a ellos mismos o a sus inquietudes, tales como la actividad sexual.

Además, puede que el personal que trabaja con adolescentes carezca de capacitación especial sobre la mejor forma de tratar a los jóvenes.^{13, 21, 23, 31}

Los profesionales de salud deben tener en cuenta que la salud del adolescente depende básicamente de su comportamiento, el cual suele ser arriesgado como una característica que responde al sentimiento de “invulnerabilidad” de esta etapa.⁴⁵

Los recursos humanos que trabajen con adolescentes deben estar entrenados y tener vocación de trabajo con esta población. Conocer el idioma, códigos culturales y procesos sociales de la zona en que trabajan. La educación permanente a través de la supervisión educativa, la asistencia a congresos y eventos de capacitación e intercambio, así como la evaluación con incentivos al desempeño impulsan la ampliación de valor público de los programas.³²

El problema se agrava por la falta de servicios especializados para adolescentes y, a veces, por maltrato cuando las adolescentes acuden a los hospitales. Milka Dinev, representante de la ONG Pathfinder, declara que la situación es grave para las madres adolescentes en las áreas rurales.³¹

Los servicios de salud deben ser instalados en diversos espacios sociales: colegios, barrio, clubes deportivos, centros de salud, comisarías. Asimismo deben garantizar la confidencialidad de la consulta, establecer un trato respetuoso y abierto a los intereses y preocupaciones de las adolescentes, tener flexibilidad para acoger al adolescente que demanda atención solo o en compañía de otros pares, tener alta capacidad resolutive y tener un costo adecuado a las posibilidades reales de la población.³²

La ley General de Salud reconoce el derecho a elegir libremente el método anticonceptivo de su preferencia, sin embargo esto lo pueden hacer efectivo únicamente las personas que con recursos propios acceden a servicios de salud privada y a insumos farmacéuticos diversos.⁴¹

La OMS ha definido los elementos para centros de salud que sean acogedores para adolescentes, entre ellos: lugares y horarios convenientes, esperas cortas, privacidad, confidencialidad y sin requisito de consentimiento de los padres, la estabilidad del personal y el apoyo de la comunidad.³¹

II. OBJETIVOS

General:

- Identificar las barreras que impiden el uso de un método anticonceptivo a las adolescentes hospitalizadas en el servicio de adolescencia del IEMP.
- Identificar si existe asociación entre las características generales y las barreras que impiden el uso de un método anticonceptivo a las adolescentes hospitalizadas en el servicio de adolescencia del IEMP.

Específicos:

- Identificar las barreras personales que impiden el uso de un método anticonceptivo a las adolescentes hospitalizadas en el servicio de adolescencia del IEMP.
- Identificar las barreras socioculturales que impiden el uso de un método anticonceptivo a las adolescentes hospitalizadas en el servicio de adolescencia del IEMP.
- Identificar las barreras con los servicios de planificación familiar que impiden el uso de un método anticonceptivo a las adolescentes hospitalizadas en el servicio de adolescencia del IEMP.
- Identificar las barreras con el profesional de salud que impiden el uso de un método anticonceptivo a las adolescentes hospitalizadas en el servicio de adolescencia del IEMP.

- Identificar si existe asociación entre edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, antecedente de embarazo, edad de inicio de relaciones coitales y las barreras personales que impiden el uso de un método anticonceptivo a las adolescentes hospitalizadas en el servicio de adolescencia del IEMP.
- Identificar si existe asociación entre edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, antecedente de embarazo, edad de inicio de relaciones coitales y las barreras socioculturales que impiden el uso de un método anticonceptivo a las adolescentes hospitalizadas en el servicio de adolescencia del IEMP.
- Identificar si existe asociación entre edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, antecedente de embarazo, edad de inicio de relaciones coitales y las barreras con los servicios de planificación familiar que impiden el uso de un método anticonceptivo a las adolescentes hospitalizadas en el servicio de adolescencia del IEMP.
- Identificar si existe asociación entre edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, antecedente de embarazo, edad de inicio de relaciones coitales y las barreras con el profesional de salud que impiden el uso de un método anticonceptivo a las adolescentes hospitalizadas en el servicio de adolescencia del IEMP.

III. MATERIAL Y MÉTODOS

El presente trabajo es de tipo **Cuantitativo** con un diseño de investigación **Transversal y Descriptivo**.

La **población** de estudio se encuentra constituida por las pacientes atendidas en el IEMP en los meses de octubre a diciembre, que cumplan los siguientes criterios:

Pacientes obstétricas entre 10 y 19 años, gestantes, puérperas, post L.U., post A.M.E.U., hospitalizadas en el servicio de adolescencia, que nunca han utilizado un método anticonceptivo y que aceptaron participar en el estudio. No incluye a las pacientes con embarazo deseado ni víctimas de abuso sexual.

Nuestra muestra esta comprendida por 518 adolescentes que estuvieron hospitalizadas en el servicio de adolescencia, en los meses de octubre a diciembre del año 2005 y que cumplían con los criterios.

La **recolección de datos** se realizó por medio de una entrevista estructurada a las adolescentes hospitalizadas en el servicio de adolescencia del IEMP que cumplían los criterios del estudio; durante el horario de visita (2-4pm) se informó a la adolescente y a su familiar o apoderado sobre el estudio momento en el cual firmaron el consentimiento informado, (Anexo N° 2) pero la entrevista a la adolescente se realizó después de concluido el horario de visita para evitar así que la entrevistada se sienta intimidada por sus familiares.

El **instrumento** utilizado para recolectar la información fue una entrevista estructurada mediante la cual se obtuvo datos como edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, antecedente de embarazo, edad de inicio de relaciones coitales y las barreras que impiden a las adolescentes usar un

método anticonceptivo desglosadas en barreras personales, socioculturales, con los servicios de planificación familiar y con el profesional de salud; cabe especificar que dentro de la entrevista existe una pregunta si asistió alguna vez a algún de servicio de planificación familiar, la asistencia al servicio de planificación familiar puede haber sido en cualquier institución de salud , si la entrevistada responde si a ésta pregunta se le podrá efectuar las preguntas sobre las barreras con los servicios de planificación familiar y con el profesional de salud; si su respuesta es negativa se da por finalizada la entrevista (Anexo N° 1). Dicho instrumento se sometió a juicio de expertos conformado por profesionales de salud.

Para analizar la confiabilidad del instrumento se utilizó la prueba de α -Crombach pero como las variables a analizar son dicotómicas se utilizó el modificado Kunder-Richardson y para medir la validez del mismo realizamos la prueba de Correlación de Pearson. (Anexo N° 3). Para una muestra piloto de 20 el α -Crombach es 0.365 lo que nos hace referencia que el instrumento no es muy confiable en cuanto a la validez la Correlación de Pearson muestra valores superiores a 0.20 lo cual valida el instrumento.

Para el **procesamiento de datos**, la tabulación y análisis de los datos se utilizó un computador, programa Microsoft Excel, paquete estadístico SPSS (versión 13.0)

El análisis estadístico univariado se realizó mediante análisis de frecuencias relativas y absolutas, el análisis estadístico bivariado se realizó mediante análisis de frecuencias relativas y absolutas y la prueba de Chi Cuadrado.

IV. RESULTADOS

TABLA N° 1

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS ADOLESCENTES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE ADOLESCENCIA DEL IEMP DE OCTUBRE A DICIEMBRE-2005.

CARACTERÍSTICAS GENERALES		N	%
Edad	10 - 13 años	5	1,0%
	14 - 16 años	147	28,4%
	17 - 19 años	366	70,7%
Estado civil	Soltera	239	46,1%
	Conviviente	261	50,4%
	Casada	18	3,5%
Grado de instrucción	Primaria incompleta	14	2,7%
	Primaria completa	51	9,8%
	Secundaria incompl.	239	46,1%
	Secundaria completa	159	30,7%
	Superior incompleta	55	10,6%
Ocupación	Su casa	396	76,4%
	Estudiante	78	15,1%
	Trabaja	44	8,5%
Antecedentes de embarazo	Si	102	19,7%
	No	416	80,3%
Edad Inicio Relaciones Coitales	10 - 13 años	38	7,3%
	14 - 16 años	370	71,4%
	17 - 19 años	110	21,2%

Las características o perfil de las adolescentes hospitalizadas en el IEMP en los meses de octubre a diciembre del año 2005, fue el siguiente: Un 70,7% son adolescentes tardías y obviamente en su mayoría no tienen una relación estable (sólo el 3.5% son casadas), así mismo el 58.6% no ha culminado su educación escolar.

También se tiene como resultado que más del 75% no trabaja ni estudia, con un casi 20% de pacientes adolescentes que tenían antecedentes de embarazo y con inicios de relaciones sexuales a muy temprana edad (14 a 16 años) cuya tasa es superior al grupo de 17 a 19 años (71.4% vs. 21.2%).

TABLA Nº 2

EDAD PROMEDIO DE INICIO DE RELACIONES COITALES Y EDAD PROMEDIO DE LAS ADOLESCENTES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE ADOLESCENCIA DEL IEMP DE OCTUBRE A DICIEMBRE-2005.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	518	12	19	17.13	1.409
Edad Inicio Relaciones Coitales	518	12	19	15.40	1.330

La edad promedio de las pacientes hospitalizadas en el IEMP en los meses de octubre a diciembre del año 2005 es de 17.13 años, mientras que el promedio de edad de Inicio de relaciones sexuales es de 15.40 años. Cabe señalar que hay una ligera mayor dispersión respecto a la media en las edades de las pacientes internadas que en las edades de inicio de relaciones sexuales.

TABLA Nº 3

BARRERAS PERSONALES DE LAS ADOLESCENTES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE ADOLESCENCIA DEL IEMP DE OCTUBRE A DICIEMBRE-2005.

BARRERAS PERSONALES	Si		No		Total	
	N	%	N	%	N	%
Desconocimiento de métodos anticonceptivos existentes	143	27,61%	375	72,39%	518	100%
Desconocimiento de la gratuidad de los métodos en los establecimientos de salud	275	53,09%	243	46,91%	518	100%
Desconocimiento del uso correcto de los método anticonceptivos	423	81,66%	95	18,34%	518	100%
Vergüenza en solicitar y/o usar un método anticonceptivo	356	68,73%	162	31,27%	518	100%
Dificultad económica	259	50%	259	50%	518	100%

Respecto a las características más relevantes de las barreras personales o que tienen mayor influencia para no utilizar los métodos anticonceptivos son el “Desconocimiento del uso correcto de los método anticonceptivos”, la “Vergüenza en solicitar y/o usar un método anticonceptivo” y “Desconocimiento de la gratuidad de los métodos en los establecimientos de salud” con 81.66%, 68.73% y 53.09% respectivamente.

GRAFICO Nº 1

BARRERAS PERSONALES DE LAS ADOLESCENTES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE ADOLESCENCIA DEL IEMP DE OCTUBRE A DICIEMBRE-2005

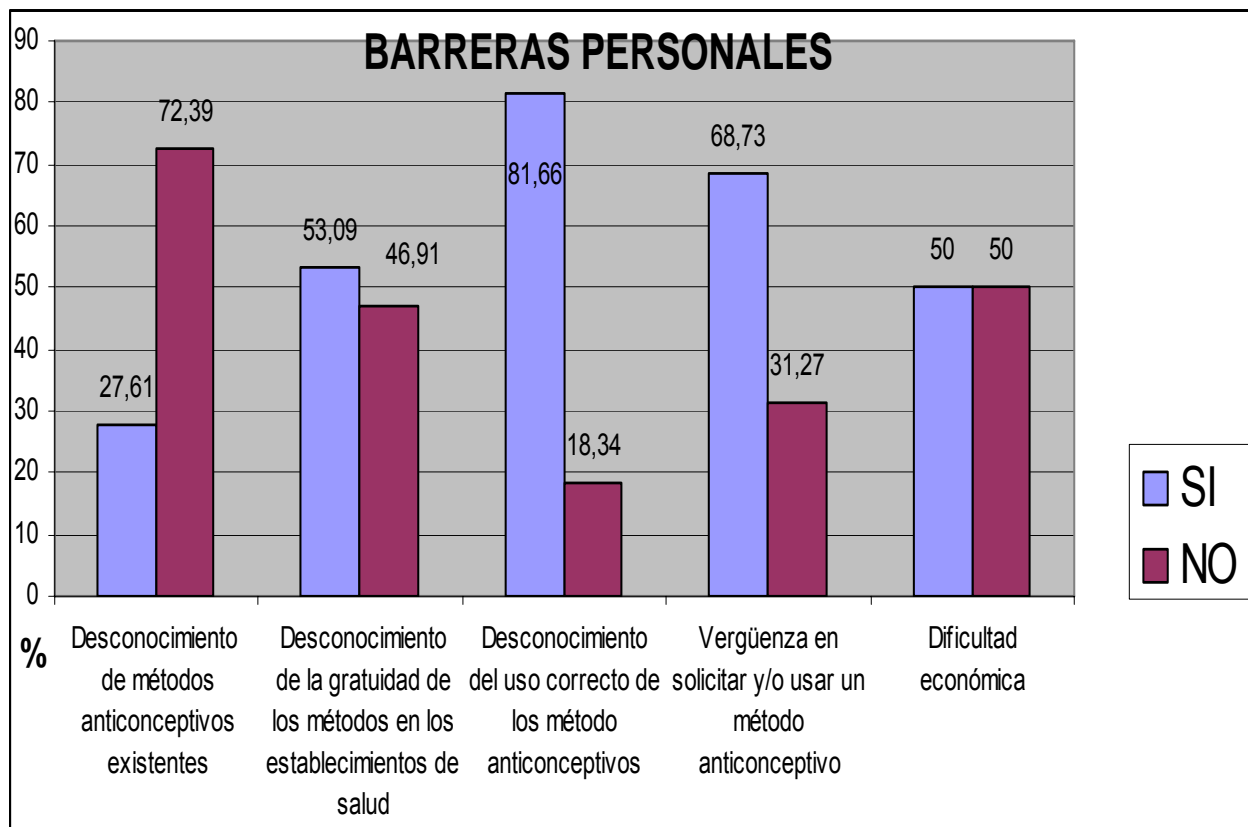


TABLA N° 4

BARRERAS SOCIOCULTURALES DE LAS ADOLESCENTES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE ADOLESCENCIA DEL IEMP DE OCTUBRE A DICIEMBRE-2005.

BARRERAS SOCIOCULTURALES	Si		No		Total	
	N	%	N	%	N	%
Machismo de la pareja	70	13,51%	448	86,49%	518	100%
Negativa de la pareja al uso de un método anticonceptivo	160	30,89%	358	69,11%	518	100%
Mala experiencia de amigas o familiares en el uso de un método anticonceptivo	357	68,92%	161	31,08%	518	100%
Mala experiencia de amigas o familiares en el servicio de planificación familiar	264	50,97%	254	49,03%	518	100%
Mala comunicación familiar	275	53,09%	243	46,91%	518	100%
Creencia y/o miedo a los efectos secundarios	346	66,8%	172	33,2%	518	100%
Religión	2	0,39%	516	99,61%	518	100%
Falta de temas relacionados con SSR en la currícula de los colegios	371	71,62%	147	28,38%	518	100%

Las características más relevantes de las barreras socioculturales que tienen mayor influencia para no utilizar los métodos anticonceptivos son la “Falta de temas relacionados con SSR en la currícula de los colegios”, “Mala experiencia de amigas o familiares en el uso de un método anticonceptivo” y “Creencia y/o miedo a los efectos secundarios” con 71.62%, 68.92% y 66.8% respectivamente.

GRAFICO N° 2

BARRERAS SOCIOCULTURALES DE LAS ADOLESCENTES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE ADOLESCENCIA DEL IEMP DE OCTUBRE A DICIEMBRE-2005

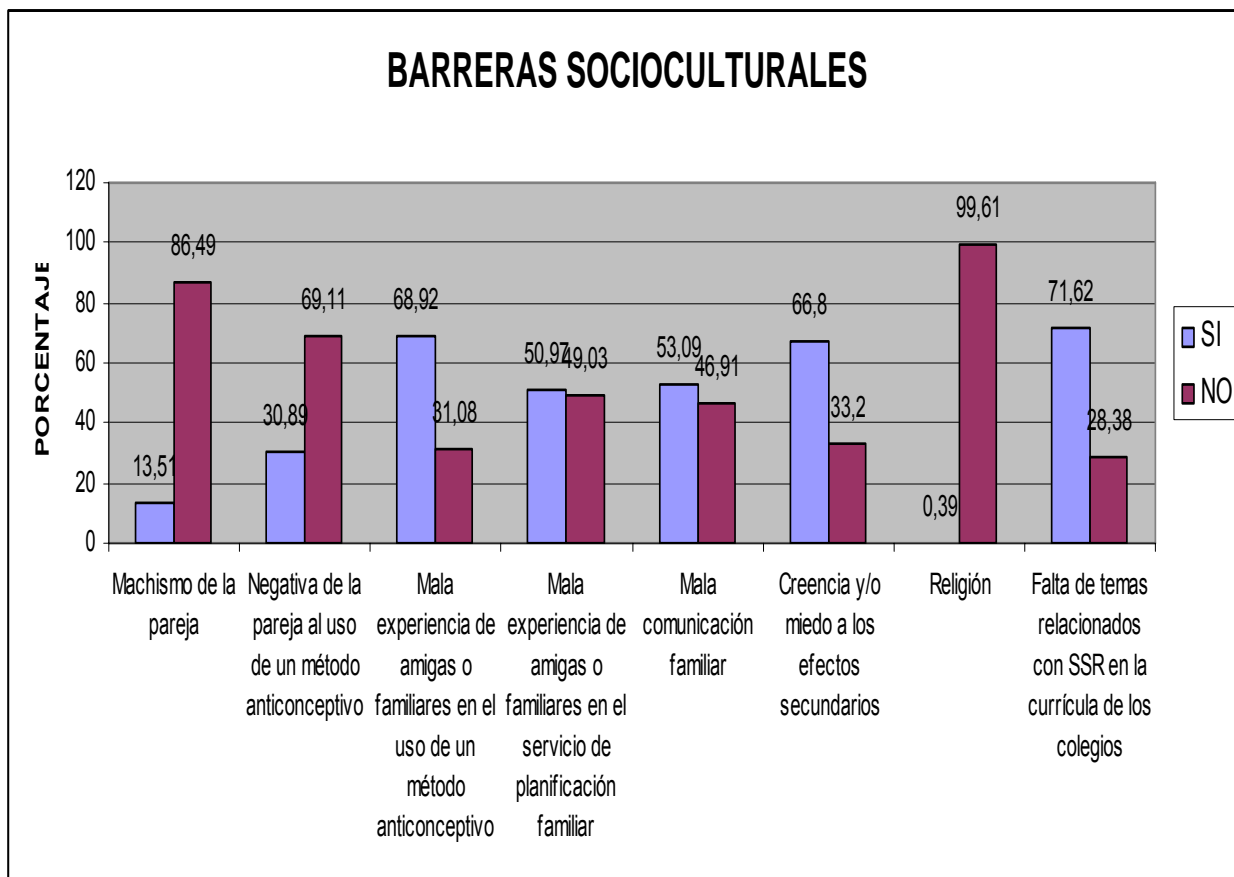


TABLA N° 5

ASISTENCIA AL SERVICIO DE PLANIFICACION FAMILIAR EN ALGUNA INSTITUCION DE SALUD DE LAS ADOLESCENTES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE ADOLESCENCIA DEL IEMP DE OCTUBRE A DICIEMBRE-2005.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	84	16.2
No	434	83.8
Total	518	100.0

La característica resaltante es el bajo porcentaje de adolescentes que han acudido a un servicio de planificación familiar (16.2%) comparado con el 83.8% que no ha asistido nunca a un servicio de planificación familiar.

GRAFICO N° 3

ASISTENCIA AL SERVICIO DE PLANIFICACION FAMILIAR EN ALGUNA INSTITUCION DE SALUD DE LAS ADOLESCENTES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE ADOLESCENCIA DEL IEMP DE OCTUBRE A DICIEMBRE-2005.

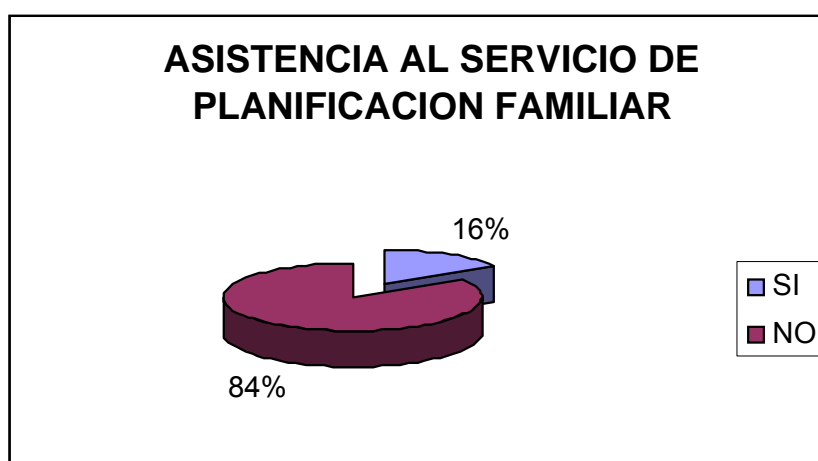


TABLA N° 6

BARRERAS CON LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR DE LAS ADOLESCENTES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE ADOLESCENCIA DEL IEMP DE OCTUBRE A DICIEMBRE-2005.

BARRERAS CON LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR	Si		No		Total	
	N	%	N	%	N	%
Difícil acceso geográfico al servicio de planificación familiar	21	25%	63	75%	84	100%
Horarios inadecuados	60	71,43%	24	28,57%	84	100%
Procesos engorrosos	61	72,62%	23	27,38%	84	100%
Falta de métodos anticonceptivos	21	25%	63	75%	84	100%
Falta de ambientes exclusivos para adolescentes	40	47,62%	44	52,38%	84	100%

Las características más relevantes de las barreras con los servicios de planificación familiar que tienen mayor influencia para no utilizar los métodos anticonceptivos son los “Procesos engorrosos” y “Horarios inadecuados” con 72.62% y 71.43% respectivamente.

GRAFICO N° 4

BARRERAS CON LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR DE LAS ADOLESCENTES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE ADOLESCENCIA DEL IEMP DE OCTUBRE A DICIEMBRE-2005.

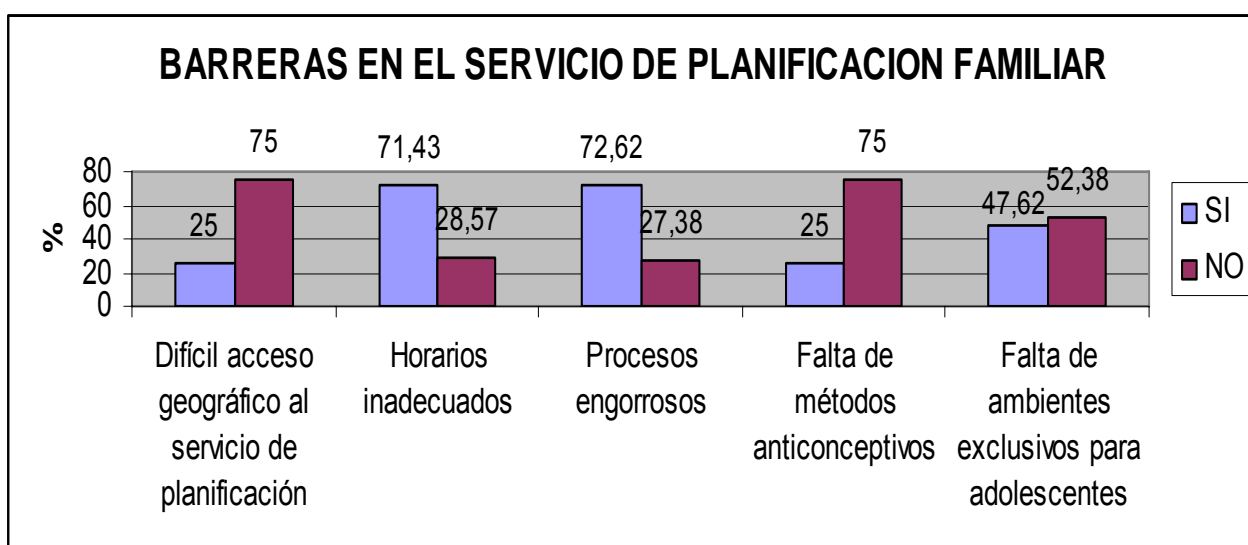


TABLA Nº 7

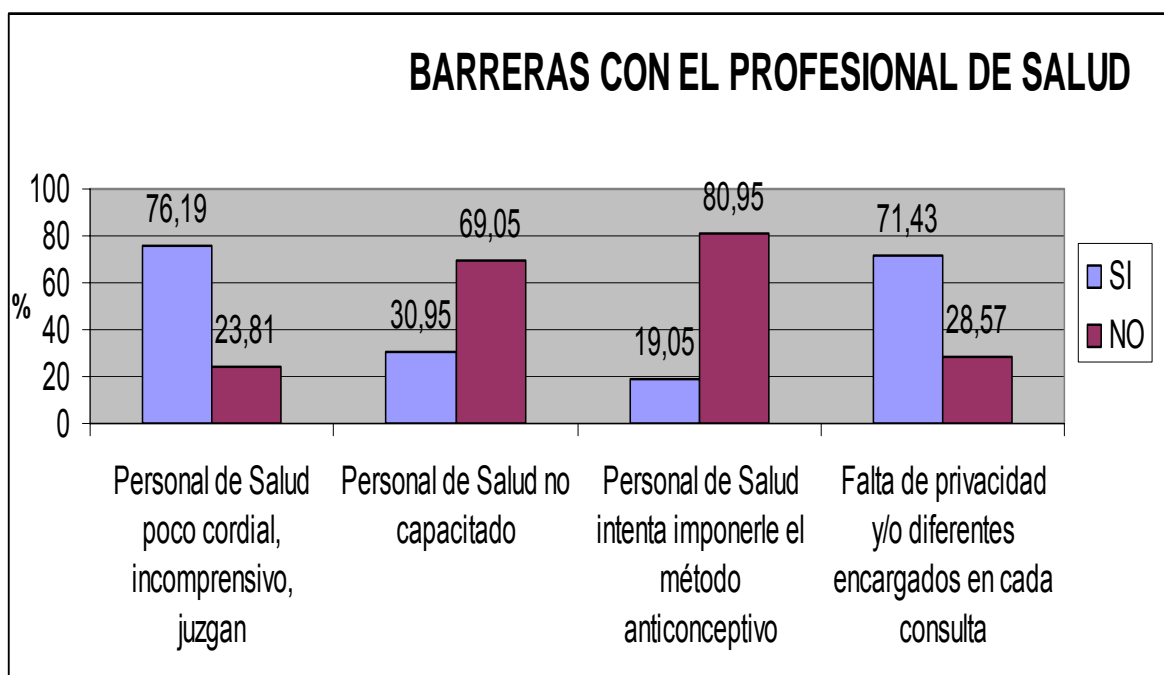
BARRERAS CON EL PROFESIONAL DE SALUD DE LAS ADOLESCENTES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE ADOLESCENCIA DEL IEMP DE OCTUBRE A DICIEMBRE-2005.

BARRERAS CON EL PROFESIONAL DE SALUD	Si		No		Total	
	N	%	N	%	N	%
Personal de Salud poco cordial, incomprensivo, juzgan	64	76,19%	20	23,81%	84	100%
Personal de Salud no capacitado	26	30,95%	58	69,05%	84	100%
Personal de Salud intenta imponerle el método anticonceptivo	16	19,05%	68	80,95%	84	100%
Falta de privacidad y/o diferentes encargados en cada consulta	60	71,43%	24	28,57%	84	100%

Las características más relevantes de las barreras con el profesional de salud o que tienen mayor influencia para no utilizar los métodos anticonceptivos son el “Personal de Salud poco cordial, incomprensivo, juzgan” y “Falta de privacidad y/o diferentes encargados en cada consulta” con 76.19% y 71.43% respectivamente.

GRAFICO Nº 5

BARRERAS CON EL PROFESIONAL DE SALUD DE LAS ADOLESCENTES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE ADOLESCENCIA DEL IEMP DE OCTUBRE A DICIEMBRE-2005.



II.- ANALISIS BIVARIADO

Para la calificación dicotómica de las barreras definidas en el estudio se utilizó la cota del valor promedio general comparada con los valores promedio de cada registro. Con las consideraciones expuestas en el párrafo anterior se ha definido a cada dimensión de Barreras con una escala estadística, siendo esta categorización más recomendable que de cualquier otra categorización arbitraria.

TABLA Nº 8

RELACION ENTRE LAS BARRERAS PERSONALES Y LAS CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS ADOLESCENTES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE ADOLESCENCIA DEL IEMP DE OCTUBRE A DICIEMBRE-2005.

CARACTERISTICAS GENERALES		Barreras personales (Escala estadística)				Total	
		Si		No		X ²	p
		N	%	N	%		
Edad	10 - 13 años	5	1,70	0	0	76,3	0.000
	14 - 16 años	126	42,86	21	9,38		
	17 - 19 años	163	55,44	203	90,63		
Estado civil	Soltera	156	53,06	83	37,05	18.9	0.000
	Conviviente	134	45,58	127	56,70		
	Casada	4	1,36	14	6,25		
Grado de instrucción	Primaria incompleta	13	4,42	1	0,45	22.6	0.000
	Primaria completa	37	12,59	14	6,25		
	Secundaria incompleta	145	49,32	94	41,96		
	Secundaria completa	70	23,81	89	39,73		
	Superior incompleta	29	9,86	26	11,61		
Ocupación	Su casa	221	75,17	175	78,13	22.6	0.000
	Estudiante	59	20,07	19	8,48		
	Trabaja	14	4,76	30	13,39		
Antecedente de embarazo	Si	36	12,24	66	29,46	23.8	0.000
	No	258	87,76	158	70,54		
Edad Inicio Relaciones Coitales	10 - 13 años	28	9,52	10	4,46	5.0	0.083
	14 - 16 años	207	70,41	163	72,77		
	17 - 19 años	59	20,07	51	22,77		

Lo importante de este cuadro es medir la relación entre las variables de estudio y las barreras personales, estadísticamente podemos concluir que existe una

relación significativa entre las barreras personales negativas con la edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación y antecedente de embarazo, con un nivel de confianza del 95%. Es decir, las barreras personales están influenciando en el uso de los métodos anticonceptivos, pero se debe tener en cuenta que son todas las 5 razones, y que descriptivamente podemos observar que las razones más frecuentes son las ya explicadas en el “Cuadro de Barreras personales”.

Además también puede verse en la prueba de independencia realizada que el p-valor obtenido es de $0.000 < 0.05$, lo cual nos permite concluir (con un 95% de confianza) que existe una asociación entre la edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, antecedente de embarazo y las barreras personales que impiden el uso de métodos anticonceptivos.

Adicionalmente observamos que el 56,06% de aquellas adolescentes que presentan una barrera personal que impide el uso de métodos anticonceptivos son solteras, mientras que en aquellas que no presentan esta barrera personal la mayoría (56,7%) son convivientes.

GRAFICO N° 6

RELACION ENTRE LAS BARRERAS PERSONALES Y EDAD DE LAS ADOLESCENTES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE ADOLESCENCIA DEL IEMP DE OCTUBRE A DICIEMBRE-2005.

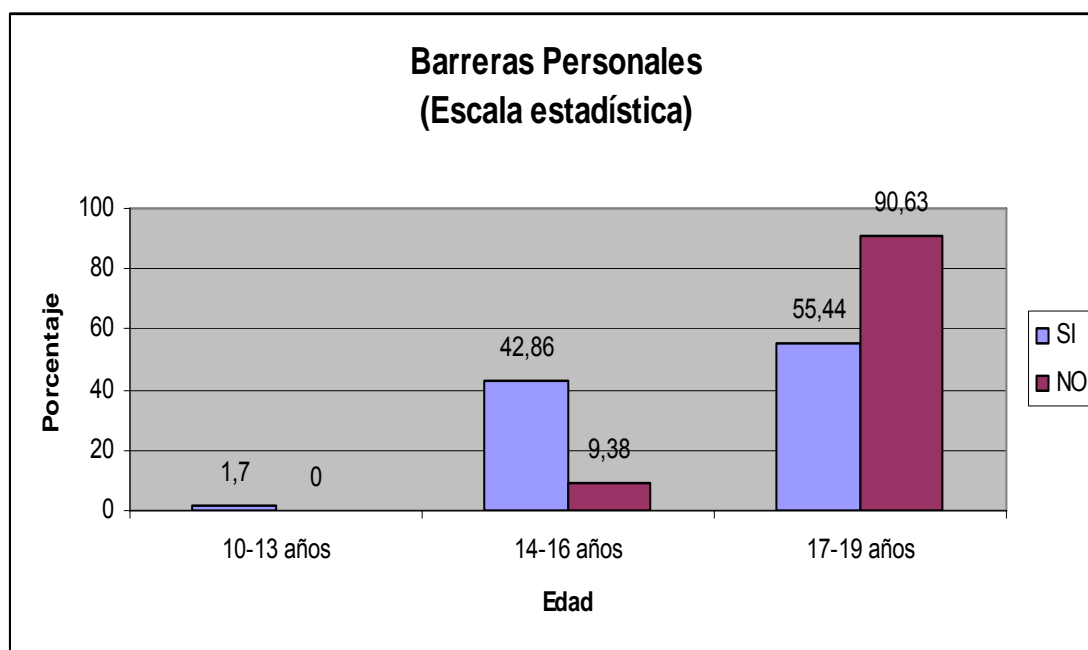


GRAFICO N° 7

RELACION ENTRE LAS BARRERAS PERSONALES Y ESTADO CIVIL DE LAS ADOLESCENTES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE ADOLESCENCIA DEL IEMP DE OCTUBRE A DICIEMBRE-2005.

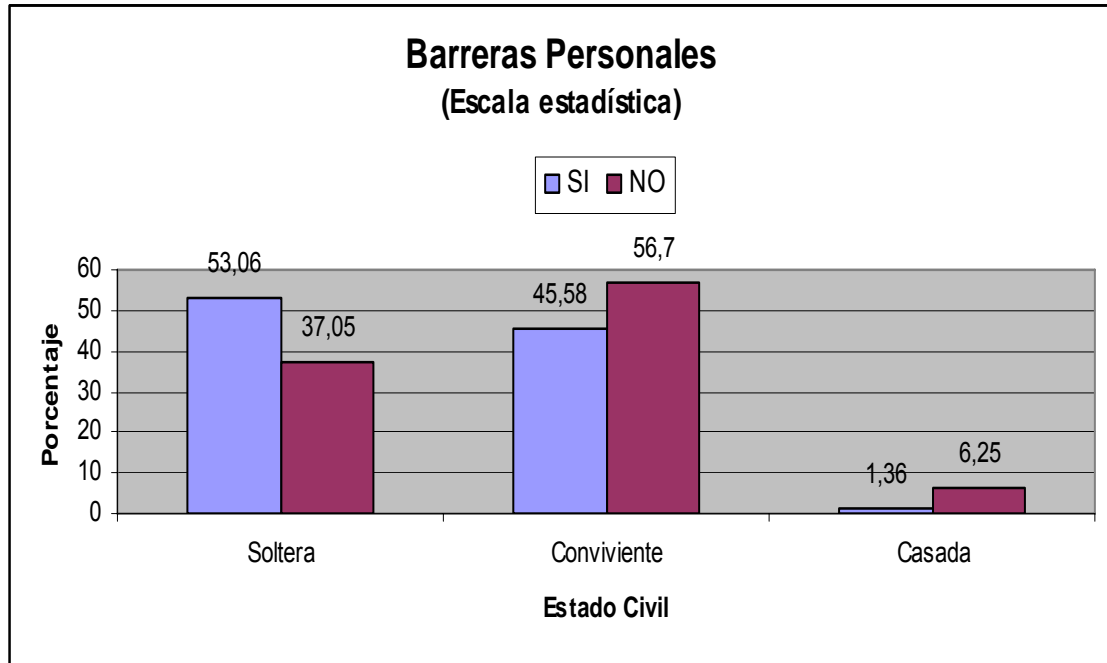


GRAFICO N° 8

RELACION ENTRE LAS BARRERAS PERSONALES Y GRADO DE INSTRUCCION DE LAS ADOLESCENTES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE ADOLESCENCIA DEL IEMP DE OCTUBRE A DICIEMBRE-2005.

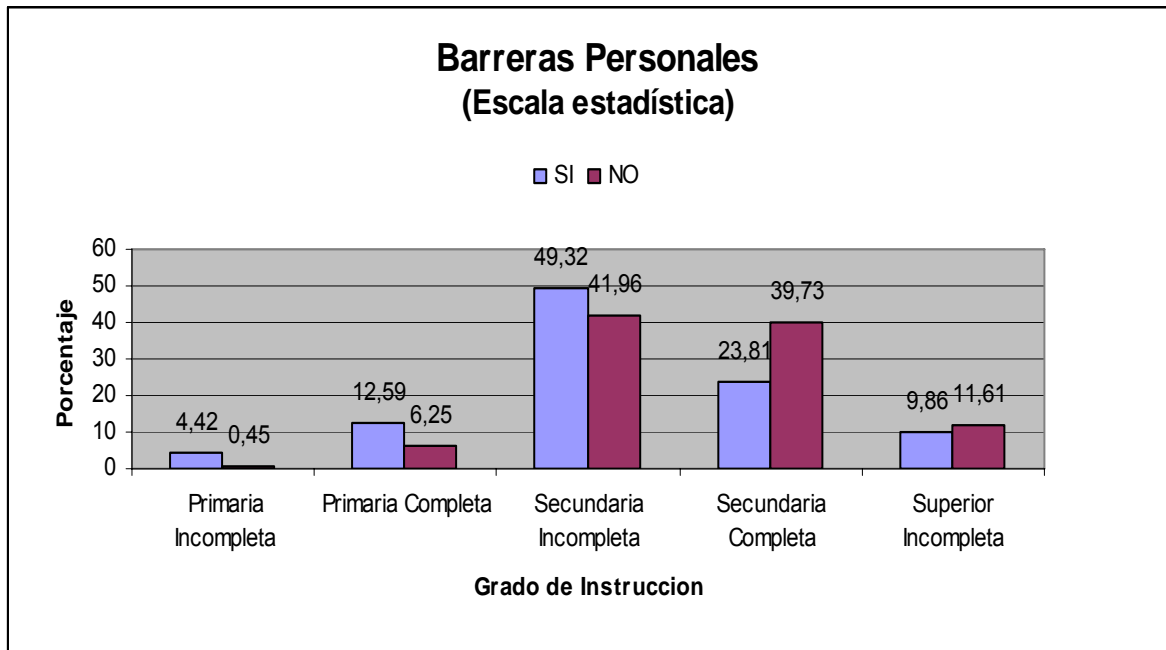


GRAFICO Nº 9

RELACION ENTRE LAS BARRERAS PERSONALES Y OCUPACION DE LAS ADOLESCENTES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE ADOLESCENCIA DEL IEMP DE OCTUBRE A DICIEMBRE-2005.

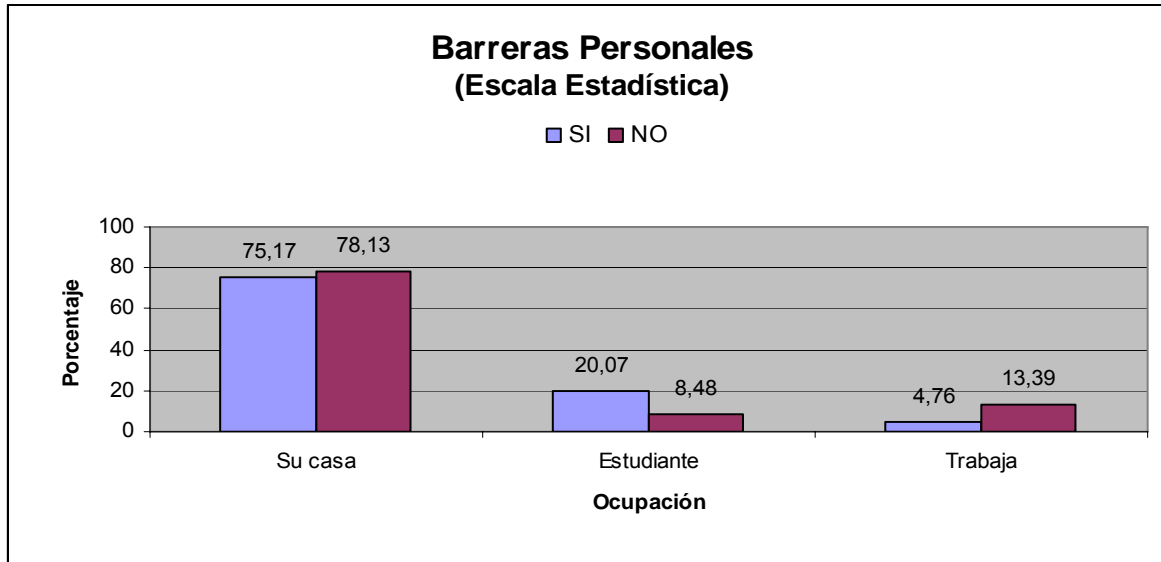


GRAFICO Nº 10

RELACION ENTRE LAS BARRERAS PERSONALES Y ANTECEDENTES DE EMBARAZO DE LAS ADOLESCENTES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE ADOLESCENCIA DEL IEMP DE OCTUBRE A DICIEMBRE-2005.

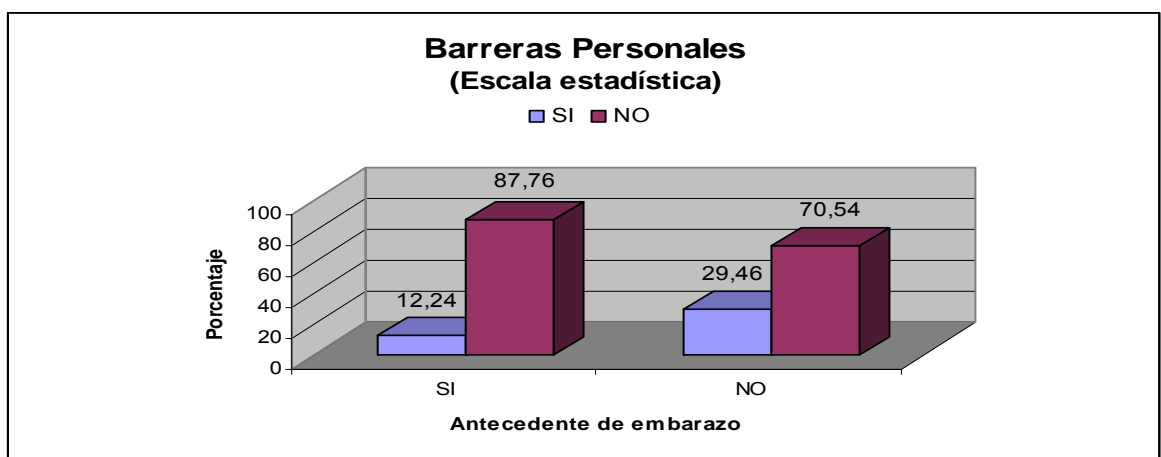


TABLA Nº 9

RELACION ENTRE LAS BARRERAS SOCIOCULTURALES Y LAS CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS ADOLESCENTES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE ADOLESCENCIA DEL IEMP DE OCTUBRE A DICIEMBRE-2005.

CARACTERISTICAS GENERALES		Barreras Socioculturales (Escala estadística)				Total	
		Si		No		X ²	p
		N	%	N	%		
Edad	10 - 13 años	2	0.77	3	1.16	11.3	0.003
	14 - 16 años	91	35	56	21.71		
	17 - 19 años	167	64.23	199	77.13		
Estado civil	Soltera	129	49.62	110	42.64	9.6	0.008
	Conviviente	128	49.23	133	51.55		
	Casada	3	1.15	15	5.81		
Grado de instrucción	Primaria incompleta	7	2.69	7	2.71	3.9	0.417
	Primaria completa	23	8.85	28	10.85		
	Secundaria incomplet	131	50.38	108	41.86		
	Secundaria completa	73	28.08	86	33.33		
	Superior incompleta	26	10	29	11.24		
Ocupación	Su casa	195	75	201	77.91	3.6	0.169
	Estudiante	37	14.23	41	15.89		
	Trabaja	28	10.77	16	6.20		
Antecedente de embarazo	Si	54	20.77	48	18.60	0.4	0.536
	No	206	79.23	210	81.40		
Edad Inicio Relaciones Coitales	10 - 13 años	23	8.85	15	5.81	2.3	0.322
	14 - 16 años	186	71.54	184	71.32		
	17 - 19 años	51	19.62	59	22.87		

Lo importante de este cuadro es medir la relación entre las variables de estudio y las barreras socioculturales, estadísticamente podemos concluir que existe una relación significativa entre las barreras personales negativas con la edad y estado civil, con un nivel de confianza del 95%. Es decir, las barreras socioculturales están influenciando en el uso de los métodos anticonceptivos, pero se debe tener en cuenta que son todas las 8 razones, y que descriptivamente podemos observar que las razones más frecuentes son las ya explicadas en el “Cuadro de Barreras socioculturales”.

Respecto a las Barreras socioculturales y las relaciones con las otras variables de estudio no son significativas, por ello no se puede concluir que exista

evidencias estadísticas para afirmar que puedan determinar el uso de métodos anticonceptivos, es decir estas dimensiones no determinan el uso. Lo que se puede realizar es describir el comportamiento o mencionar cual de ellos es el más frecuente, algo que ya se realizó en los primeros cuadros.

GRAFICO Nº 11

RELACION ENTRE LAS BARRERAS SOCIOCULTURALES Y EDAD DE LAS ADOLESCENTES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE ADOLESCENCIA DEL IEMP DE OCTUBRE A DICIEMBRE-2005.

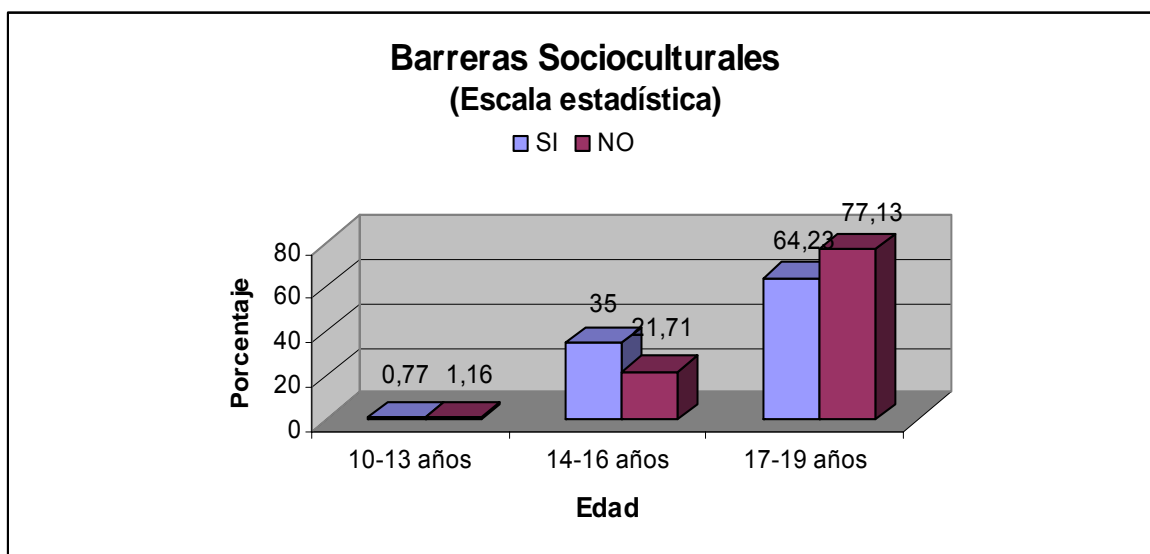


GRAFICO Nº 12

RELACION ENTRE LAS BARRERAS SOCIOCULTURALES Y ESTADO CIVIL DE LAS ADOLESCENTES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE ADOLESCENCIA DEL IEMP DE OCTUBRE A DICIEMBRE-2005.

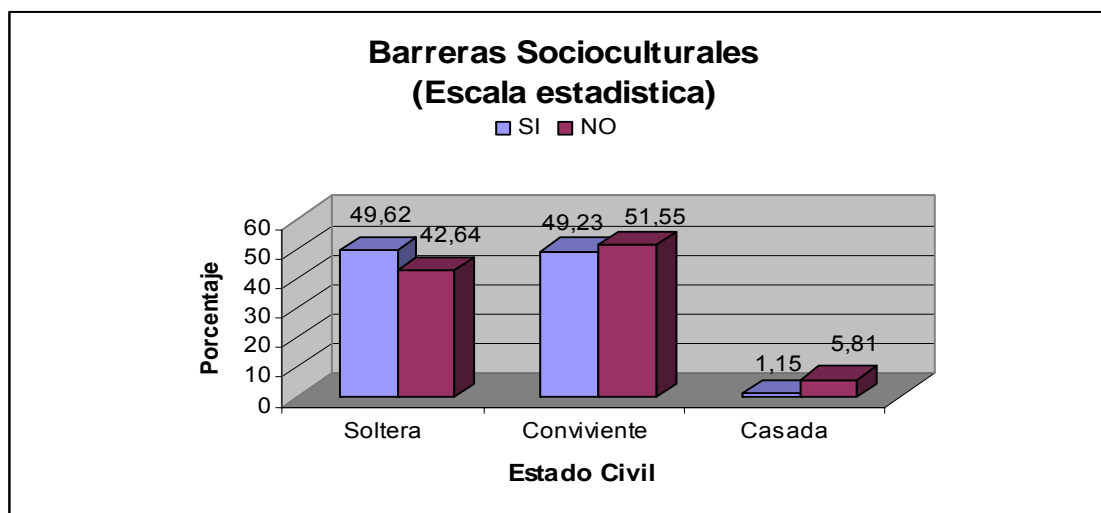


TABLA N° 10

RELACION ENTRE LAS BARRERAS CON LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR Y LAS CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS ADOLESCENTES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE ADOLESCENCIA DEL IEMP DE OCTUBRE A DICIEMBRE-2005.

CARACTERISTICAS GENERALES		Barreras con los servicios de planificación familiar (Escala estadística)				Total	
		Si		No		X ²	p
		N	%	N	%		
Edad	10 - 13 años	0	0	0	0	4.0	0.046
	14 - 16 años	7	17.95	2	4.44		
	17 - 19 años	32	82.05	43	95.56		
Estado civil	Soltera	11	28.21	15	33.33	1.0	0.597
	Conviviente	24	61.54	23	51.11		
	Casada	4	10.26	7	15.56		
Grado de instrucción	Primaria incompleta	1	2.56	0	0	2.4	0.664
	Primaria completa	2	5.13	4	8.89		
	Secundaria incomplet	18	46.15	17	37.78		
	Secundaria completa	16	41.03	20	44.44		
	Superior incompleta	2	5.13	4	8.89		
Ocupación	Su casa	25	64.10	32	71.11	0.8	0.681
	Estudiante	4	10.26	5	11.11		
	Trabaja	10	25.64	8	17.78		
Antecedente de embarazo	Si	17	43.59	19	42.22	0.0	0.899
	No	22	56.41	26	57.78		
Edad Inicio Relaciones Coitales	10 - 13 años	2	5.13	2	4.44	1.4	0.498
	14 - 16 años	27	69.23	36	80.0		
	17 - 19 años	10	25.64	7	15.56		

En este cuadro medimos la relación entre las variables de estudio y las barreras con los servicios de planificación familiar, estadísticamente podemos concluir que existe una relación significativa entre las barreras con los servicios de planificación familiar con la edad; con un nivel de confianza del 95%. Es decir, las barreras con los servicios de planificación familiar están influenciando en el uso de los métodos anticonceptivos, pero se debe tener en cuenta que son todas las 5 razones, y que descriptivamente podemos observar que las

razones más frecuentes son las ya explicadas en el “Cuadro de Barreras con los servicios de planificación familiar”.

Respecto a las Barreras con los servicios de planificación familiar y las relaciones con las otras variables de estudio no son significativas, por ello no se puede concluir que exista evidencias estadísticas para afirmar que puedan determinar el uso de métodos anticonceptivos, es decir estas dimensiones no determinan el uso. Lo que se puede realizar es describir el comportamiento o mencionar cual de ellos es el más frecuente, algo que ya se realizó en los primeros cuadros.

Adicionalmente podemos describir que las barreras con los servicios de planificación familiar que impiden el uso de métodos anticonceptivos pueden verse también que la mayoría de las adolescentes que presentan dicha barrera tienen estudios de secundarios incompletos mientras que en aquellas que no la presentan en su mayoría tienen estudios secundarios completos acá las diferencias porcentuales no son tan amplias Por ello el p-valor que se obtiene nos permite concluir que no hay asociación entre grado de instrucción y barreras en los servicios de planificación familiar.

GRAFICO Nº 13

RELACION ENTRE LAS BARRERAS CON LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR Y EDAD DE LAS ADOLESCENTES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE ADOLESCENCIA DEL IEMP DE OCTUBRE A DICIEMBRE-2005.

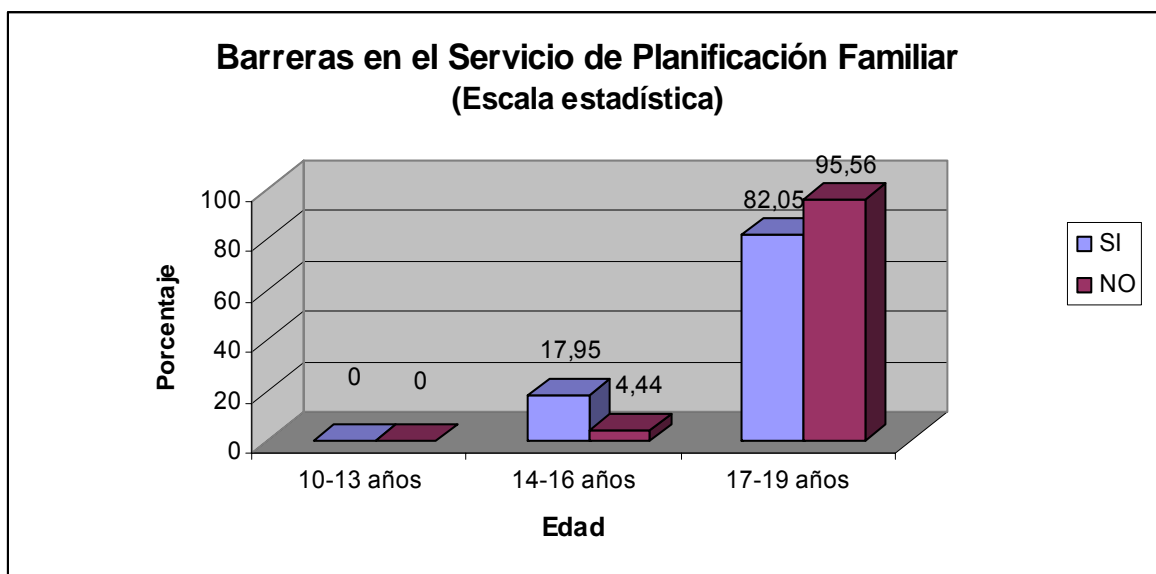


TABLA Nº 11

RELACION ENTRE LAS BARRERAS CON EL PROFESIONAL DE SALUD Y LAS CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS ADOLESCENTES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE ADOLESCENCIA DEL IEMP DE OCTUBRE A DICIEMBRE-2005.

CARACTERISTICAS GENERALES		Barreras con el profesional de salud (Escala estadística)				Total	
		Si		No		X ²	p
		N	%	N	%		
Edad	10 - 13 años	0	0	0	0	2.0	0.154
	14 - 16 años	5	7.94	4	19.05		
	17 - 19 años	58	92.06	17	80.95		
Estado civil	Soltera	18	28.57	8	38.10	0.8	0.657
	Conviviente	37	58.73	10	47.62		
	Casada	8	12.70	3	14.29		
Grado de instrucción	Primaria incompleta	1	1.59	0	0	1.0	0.907
	Primaria completa	5	7.94	1	4.76		
	Secundaria incomplet	25	39.68	10	47.62		
	Secundaria completa	27	42.86	9	42.86		
	Superior incompleta	5	7.94	1	4.76		
Ocupación	Su casa	44	69.84	13	61.9	0.8	0.654
	Estudiante	7	11.11	2	9.52		
	Trabaja	12	19.05	6	28.57		
Antecedente de embarazo	Si	26	41.27	10	47.62	0.3	0.611
	No	37	58.73	11	52.38		
Edad Inicio Relaciones Coitales	10 - 13 años	2	3.17	2	9.52	1.8	0.401
	14 - 16 años	47	74.6	16	76.19		
	17 - 19 años	14	22.22	3	14.29		

Respecto a las Barreras con el profesional de salud las relaciones de las variables de estudio no son significativas, por ello no se puede concluir que exista evidencias estadísticas para afirmar que puedan determinar el uso de métodos anticonceptivos, es decir estas dimensiones no determinan el uso. Lo que se puede realizar es describir el comportamiento o mencionar cual de ellos es el más frecuente, algo que ya se realizó en los primeros cuadros.

V. DISCUSIÓN

Conviene destacar que casi dos terceras partes de las adolescentes tenían entre 17 y 19 años y solo un tercio era menor de 17 años lo cual es similar a literaturas revisadas.^{5,7} Esto es importante ya que el estereotipo de que la maternidad implica mayor riesgo obstétrico, en realidad solo se a documentado en mujeres menores de 17-18 años.

La realidad es que mientras la edad promedio para contraer matrimonio se ha ido posponiendo, el inicio de las relaciones coitales se registra a edades mas tempranas cada vez, en América Latina y el Caribe la edad de la primera relación sexual es significativamente mas temprana en los adolescentes que en las adolescentes; para las adolescentes en Jamaica la edad media es de 15,6 años, en Chile de 16%, en México de 15 años mientras que en España la media de edad para el inicio e las relaciones coitales es de 16,21 años;^{4, 5, 6, 12} según ENDES 2000³ el inicio de las relaciones coitales se da entre los 13 y 14 años; en un estudio realizado en San Juan de Lurigancho la edad media es fue de 15,6 años²⁵

. Cifras que resultaron muy similares a las de nuestro estudio en el que obtuvimos una media de 15,4 años para el inicio de las relaciones coitales, un muy preocupante 71,4% tuvo su primera relación coital entre los 14 a 16 años versus un escaso 21% que las inicio entre los 17 a 19 años.

En cuanto a la ocupación de las adolescentes del estudio predominan las amas de casa (76,4%), lo que coincide con otros autores.⁴⁴ Lo cual resulta alarmante

dadas las consecuencias futuras, como son el hacerse la responsable del hogar a tan temprana edad y asumir roles que no corresponden a la adolescencia.

De acuerdo con algunos estudios ^{4, 5, 10} en el contexto urbano la expectativa cultural es que la mujer adolescente continúe estudiando y posponga la maternidad hasta después de los 24 años; una maternidad precoz suele llevar a las adolescentes a que interrumpan sus estudios y también no puedan obtener empleos con mejor salario, esto se ve reflejado en que casi la mitad de las adolescentes no han culminado su educación secundaria, solo 30% logro terminar su educación secundaria y un escaso 10% tiene educación superior incompleta; esto además se ve reflejado en la ocupación de nuestras adolescentes como más del 75% son amas de casa y solo un 8,5% tiene un empleo y lo difícil que se les hace continuar su educación ya que solo un 15% continúa sus estudios. Ahí apreciamos claramente como se truncaron las metas que posiblemente tenían trazadas.

En la literatura consultado, ⁵ encontramos que casi un 90% de las adolescentes están casadas o son convivientes lo cual difiere en nuestro estudio donde resulto que la mitad de las adolescentes son convivientes y solo un 3% están casadas, siendo el 47% madres adolescentes solteras, donde se puede apreciar que no existe el apoyo de la pareja y quien muchas veces asume la responsabilidad es la familia de la adolescente.

Encontramos un considerable 19,7% de adolescentes con antecedente de embarazo, cifra que es muy similar a la descrita por otros países sudamericanos en vías de desarrollo como lo son Ecuador (20%), Bolivia (14%), Brasil (17%).^{6, 47} Mientras que en estudios en México se encontró un porcentaje un poco mas alto con respecto al antecedente de embarazo anterior(31,8%)⁵ pero difiere con un estudio realizado en adolescentes en colegios de San Juan de Lurigancho²⁵ donde solo presentaban un 11,3% de antecedente de embarazo anterior lo cual le atribuimos a que son aun escolares por lo tanto su muestra no comprende adolescentes de 18, 19 años y escasos de 17 años.

Es importante destacar que de las adolescentes estudiadas en su mayoría tenían conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos mas conocidos, pero su información era bastante pobre con relación a como funcionan los métodos anticonceptivos y de los posibles efectos secundarios lo que concuerda con otras literaturas^{3, 4, 5, 6, 7, 9, 25.}

Muchas veces los adolescentes aprenden que es la mujer o bien el hombre el responsable de usar anticoncepción, en vez de ser socios sexuales que comparten la toma de decisiones como pareja. Estudios en América Latina⁷ señalan que delegan a la mujer la responsabilidad de la salud sexual, el uso de un método anticonceptivo lo cual se ve reflejado en nuestro estudio con un 30,89% de adolescentes varones que se niegan a usar un método anticonceptivo y que un significativo 13,51% de los adolescentes varones se

nieguen a usar un método anticonceptivo y le prohíban a su pareja el uso del mismo.

De acuerdo a lo encontrado en la literatura revisada.^{7, 9, 11, 26, 29} Las adolescentes tienen como fuente de información sobre anticoncepción mayormente a sus amigas, compañeras de estudio o trabajo, lo cual es muy similar en este estudio, con un 69% las amigas y/o familiares influyeron en el uso de un método anticonceptivo en estas adolescentes debido a su mala experiencia.

Coincidimos con otros autores en la necesidad de evaluar la factibilidad de introducir en el programa escolar desde los últimos grados de la primaria, métodos de educación sexual que preparen al adolescente para la toma de conciencia de su capacidad para ejercer su sexualidad y planear deliberadamente la postergación de su fecundidad.^{5,8,9,12,21} Los opositores de la educación sexual argumentan que motiva y legitima el coito sexual antes del matrimonio, se oponen a cursos de educación sexual en las escuelas o exigen que solo se transmitan mensajes sobre abstinencia; los partidarios de la educación sexual señalan que dicha educación no fomenta la promiscuidad entre los y las adolescentes. En un estudio realizado en 1997, de 53 estudios sobre la educación sexual en el mundo entero, solo en 3 informes se encontró un aumento de la actividad sexual después de las intervenciones, 22 de los estudios indicaron que dichos cursos ayudaron a retrasar el inicio de las relaciones coitales, redujeron o disminuyeron las tasas de embarazo y de ITS, 27 de ellos informaron que no hubo cambios ni en la actividad sexual ni en las

tasas de embarazo e ITS entre los estudiantes.⁴ Si bien este es un tema aun muy controversial las adolescentes en nuestro estudio manifiestan que faltan temas sobre educación sobre salud sexual y reproductiva en los colegios.

Podemos decir que coincidimos con algunos estudios^{9, 12, 19, 20} que seria importante sensibilizar y capacitar a los profesionales de salud que atienden a esta población adolescente para que les faciliten el acceso a métodos anticonceptivos seguros y eficaces; ya que en el estudio se aprecio que para un poco mas de las tres cuartas partes de las adolescentes fue un obstáculo el encontrarse con profesionales de salud poco cordiales, incomprensivos y que tendían a juzgarlos por ser adolescentes y querer iniciar un método anticonceptivo.

Si bien la OMS ha definido los elementos necesarios para que los centros de salud sean acogedores a los adolescentes, elementos como lugares y horarios convenientes, esperas cortas, privacidad, confiabilidad y sin requerir el consentimiento de los padres, estabilidad del personal,^{4, 12, 17, 19, 20} apreciamos que en realidad no se cumplen algunos de estos elementos y eso mismo sienten las adolescentes del presente estudio al revelar las barreras que tuvieron en los servicios de planificación familiar.

VI. CONCLUSIONES

- El estudio revela que para las adolescentes que nunca acudieron a un servicio de planificación familiar las barreras personales y socioculturales fueron un obstáculo para el uso de un método anticonceptivo, encontramos que un alto porcentaje de adolescentes no han recibido información sobre sexualidad y anticoncepción durante el periodo escolar o la información que han recibido la consideran insuficiente.
- Mientras que en las adolescentes que acudieron al servicio de Planificación Familiar en alguna institución de salud se puede apreciar que el profesional de salud responsable no motivó debidamente al adolescentes para iniciar o continuar un método anticonceptivo.
- Si bien la mayoría de las adolescentes conocen los métodos anticonceptivos, existe un alto porcentaje que desconocen el uso correcto de los métodos anticonceptivos muchas veces debido a que reciben información errada que proviene de amigos y/o familiares, tienen vergüenza en solicitar información y/o asistir al servicio de planificación familiar.
- Se halló que la mitad de la población en estudio desconoce la gratuidad de los métodos anticonceptivos que brinda el Ministerio de salud, lo cual nos demuestra que sus estrategias de difusión no son las indicadas para

llegar este grupo etario y si a esto le sumamos que la mayoría de las adolescentes no cuenta con recursos económicos para adquirirlos de forma privada.

- En aquellas que asistieron alguna vez a un servicio de planificación familiar lo que mas llama la atención es el trato del personal de salud con respecto a ellas, que manifiestan que es poco cordial e incomprensivo en cada consulta, tienden a juzgarlas por el inicio temprano de relaciones sexuales, por querer iniciar un método anticonceptivos a tan temprana edad; este es un aspecto estudiado anteriormente y a pesar que existen lineamientos de política de salud de los adolescentes para eliminar dichos obstáculos podemos apreciar que aun esta presente dicha barrera lo cual nos demuestra que no han sido bien aplicados estos lineamientos, lo que se ve reflejado en el bajo porcentaje de adolescentes que acuden a un servicio de planificación familiar; los profesionales de salud deben tener en cuenta que la salud del adolescente depende básicamente de su comportamiento, el cual suele ser arriesgado y como consecuencia se observa la discontinuidad de asistencia al servicio de planificación familiar, es por eso que debemos cambiar nuestra actitud hacia ellos, manifestándoles que somos personas en quienes pueden confiar y que vamos a mantener total privacidad y así mejorar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.

- Es esencial brindar una buena consejería integral a las adolescentes en el servicio de hospitalización del IEMP, por dos razones principales: la primera, informar a la adolescente sobre métodos anticonceptivos porque encontramos un alto porcentaje de desinformación y la segunda razón es captar a estas adolescentes para que acudan al servicio de planificación familiar, ya sea para iniciar un método anticonceptivo, para continuar el uso del método elegido o consejería; ya que muchas veces ellas tienen una idea errada sobre el trato del profesional de salud, ya sea por malas experiencias anteriores o por la mala experiencia de amigos y/o familiares y aquí tenemos la oportunidad de demostrarle lo contrario y lograr que acuda y a la vez lo difunda a sus familiares y amigos.

VII. RECOMENDACIONES

- Durante la adolescencia existen muchas etapas en las que se produce una serie de cambios, por lo tanto las adolescentes necesitan la guía tanto del personal de salud, la sociedad y de la familia, por lo que el IEMP debería crear un programa de proyección a la comunidad, mediante el cual el personal de obstetricia brinde charlas informativas con respecto a los diferentes temas de Salud Sexual y Reproductiva en los Centros Educativos tanto para alumnos, docentes y padres de familia; complementando con campañas preventivo-promocionales a la población aledaña, para que tomen conciencia de las consecuencias que implica tener una vida sexual sin protección, dándose la debida importancia del conocimiento y practicas adecuadas del uso de los métodos anticonceptivos, además de la prevención de las infecciones debido al inicio temprano de las relaciones sexuales, con lo que también se reduciría la tasa de embarazos no deseados y los abortos provocados que mucho nos preocupan por la forma en que se dan.
- Es muy importante dar una consejería integral de calidad y calidez, tanto en consultorios de Planificación Familiar como en los servicios de hospitalización del IEMP a las adolescentes que han culminado la gestación ya sea en parto o aborto, enfatizando sobre planificación familiar, teniendo muy en cuenta los primeros pasos de la consejería y así poder captar y motivar al adolescente, ya que se apreció que en el grupo de las adolescentes que han acudido alguna vez a un servicio de

Planificación Familiar un obstáculo fue el trato poco cordial, logrando concientizar a la adolescente para que regrese al servicio de planificación familiar después del alta y así inicie o continúe el uso de un método anticonceptivo.

- Siendo ésta una investigación descriptiva sugerimos que los resultados obtenidos sean tomados como base para posteriores estudios de mayor complejidad y realizar otros estudios a nivel costa - sierra - selva.

VIII. BIBLIOGRAFIA

- 1) CORDERO, C. **“Barreras al acceso a servicios de salud reproductiva para jóvenes”** Proyecto Acquire. Nicaragua; Agosto 2004.
- 2) FERNANDEZ PAREDES, F. **“Anticoncepción en los adolescentes”**. Revista Periodismo de Ciencia y tecnología. Noviembre 2001
- 3) TAVARA OROZCO, L. **“Contribución de las adolescentes a la muerte materna en el Perú”**. Revista Ginecología y Obstetricia. Perú; 2004.50(2):111-112.
- 4) PUBLICACION TRIMENSTRAL DEL PROGRAMA MUJERES Y SALUD DE ISIS INTENACIONAL. **“Jóvenes en riesgo: adolescente y la salud sexual”**. Agenda Salud. Chile; julio-septiembre 2004.23:1-8.
- 5) NUÑEZ URQUIZA, R.M. ET AL. **“Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos anticonceptivos posparto”**. Revista Salud Publica de México; 2003.45(1):92-102.
- 6) MOYA, CECILIA. **“La salud sexual y reproductiva de los jóvenes en América Latina y el Caribe”**. Advocates for Youth; USA. Abril 2002
- 7) GONZALES, A ET AL. **“Factores personales asociados al uso de anticonceptivos en adolescentes mujeres solteras sexualmente activas”**. Facultad de Medicina de la Universidad de Chile; 2001.
- 8) R. FINGER, W. **“La educación sexual ayuda a preparar a los jóvenes”**. Network en español; 2000.20(3)
- 9) SERRANO, I ET AL. **“Actividad sexual e información y uso de métodos anticonceptivos en la juventud española: resultados de una encuesta nacional”**. Revista Obst Ginecol. 2005; 48(6):283-288.

- 10) HUAMAN MOISES. **“Barreras medicas para la anticoncepción”**. Medicina al Día. Perú; 1995.41(2).
- 11) LOPEZ, L; VERAUD, D Y TAVARA, L. **“Factores que determinan el uso de anticonceptivos en madres adolescentes”**. Revista Ginecología y Obstetricia. Perú; abril-junio 1996.42(2):48-52.
- 12) BEST KIM. **“Muchos jóvenes hacen frente a riesgos graves”**. Network en español. 2000.20(3).
- 13) BARNETT BARBARA. **“Mejores servicios pueden reducir riesgos de aborto”**. Network en español; 2000.20(3).
- 14) R. FINGER, W. **“Los jóvenes: vulnerables pero resistentes”**. Network en español; 2002.21(3).
- 15) R. FINGER, W. **“Campaña anima a los jóvenes a hablar de sexo y la sexualidad”**. Network en español; 2002.21(3).
- 16) F. SMITH, E. **“Las circunstancias de la vida influyen en las decisiones”**. Network en español; 2002.21(4).
- 17) R. FINGER, W. **“Fomento de consultorios amigos de los jóvenes”**. Network en español; 2000.20(3).
- 18) WILLIAMSON, N.E. **“La necesidad de evaluar programas para jóvenes”**. Network en español; 2000.20(3).
- 19) FRIEDMAN, H. **“Obstáculos para la salud de los adolescentes”**. Network en español; 1994.9(1).
- 20) WASZAK, C. **“Métodos anticonceptivos: la perspectiva de los adolescentes”**. Network en español; 1994.9(1).
- 21) BARNETT, B. **“La educación retrasa el inicio de la vida sexual”**. Network en español; 1997:14-20

- 22)R FINGER, W. **“Factores clave contribuyen al éxito de los programas”**. Network en español; 1997:21-24
- 23)KELLER, SARAH. **“Las presiones influyen en el uso de anticonceptivos”**. Network en español; 1997:25-27
- 24)KELLER, SARAH. **“Los medios de información contribuyen a mejor salud”**. Network en español; 1997:29-30.
- 25)FLORES DIANA Y GUEVARA ELIZABETH. **“Comportamiento sexual y uso de anticonceptivos modernos en adolescentes escolares conectividad coital-San Juan de Lurigancho 2004”** Tesis para optar Titulo de Obstetricia de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima; 2005.
- 26)BEST KIM. **“Los contactos sociales influyen en el método”**. Network en español; 1999:12-15.
- 27)R. FINGER, W y PRIBILA, MARYANNE. **“Investigación que guía la labor para la salud reproductiva de los jóvenes”**. Network en español; 2003.23(1).
- 28)HARDEE KAREN. **“comparación de la calidad de la atención con el acceso a la anticoncepción”**. Network en español; 1993.8(2).
- 29)BARNETT BARBARA. **“Las nuevas usuarias tienen diversas necesidades”**. Network en español; 1999.19(4).
- 30)ISSLER JUAN. **“Embarazo en la adolescencia”**. Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina. Agosto 2001;107:11-23.
- 31)IPAS. **“Jóvenes en riesgo: los adolescentes y la salud sexual y reproductiva”**. Notas informativas. EE.UU. Enero 2001:1-26

- 32) MINSA. **“Propuesta de lineamientos de política de salud de los/las adolescentes”**.
- 33) RAMON CUTIE, J; LAFFITA, A Y TOLEDO MARVELIS. **“La primera relación sexual en adolescentes cubanos”**. Revista Chilena Obstet Ginecol 2005; 70(2): 83-86
- 34) INEI - **“Salud Reproductiva, Pobreza y Condiciones de Vida en el Perú”**. www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/est/lib0078/S03-5.htm
- 35) GELSI, M.C. ET AL. **“Mujeres adolescentes. Maternidad y anticoncepción”**. Argentina. Cuadernillo Temático N° 23
- 36) UNIVERSITY OF UTAH HEALTH SCIENCES CENTER. **“El reporte de anticoncepción”**. 2000.6(3):13
- 37) REVISTA COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA. **“Desatender las necesidades de salud reproductiva de las mujeres jóvenes amenaza el progreso global Carencia de educación, anticoncepción y servicios de salud”**. Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología. 2005.49(2)
- 38) BUITRON ARANDA, A. **“Identidad y maternidad: estereotipos de género, maternidad adolescente y barreras ante la planificación familiar”**. Peru.2003. Asociación peruana de la salud mental para la mujer. 1ra edic.
- 39) PROMUDEH. **“Plan nacional de acción por la infancia y la adolescencia 2002-2010”**. Perú abril 2002.
- 40) HURTADO RAQUEL. **“Seguimiento a la implementación de los lineamientos de políticas de salud del adolescente”**. Junio 2005.

- 41)MACASSI LEON, I Y CASAVARDE DAMMET, M. **“Violencia familiar, violencia sexual, aborto derechos reproductivos”**. Informe Noviembre 2003.Flora Tristan. Perú.
- 42)INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA. **Encuesta Demográfica y de Salud Familiar**. 2000. Lima
- 43)CABEZAS CRUZ, E. **“Mortalidad materna y perinatal en adolescentes”**. Revista Cubana de Obstetricia y ginecología. 2002;28(1):5-10.
- 44)VALDEZ DACAL, S. ET AL. **“Embarazo en la adolescencia, incidencias, riesgos y complicaciones”**. Revista Cubana de Obstetricia y ginecología .2002; 28(2):84-88.
- 45)ESPINOZA CALLAN, M. **“Conocimiento de los adolescentes sobre prevención del embarazo precoz en la G.U.E. “Meliton Carvajal” y la G.U.E. “Elvira García y García” en el año 2000”**. Tesis para optar Titulo Profesional de Licenciada en Enfermería, de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima; 2000.
- 46)ARMEBIANCHI RAMIREZ, M. **“Salud Reproductiva de la Adolescente. Servicio de Adolescencia del Instituto Materno Perinatal. Enero-Marzo 1999”**. Tesis para optar Titulo de Especialista en Ginecología y Obstetricia, de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima; 1999.
- 47)BAZAN ROJAS, MONICA Y VILLANUEVA MARTINEZ, KAREN **“Relación entre el Uso de Métodos Anticonceptivos y el Embarazo No Planificado en Adolescentes-Instituto Especializado Materno Perinatal-**

- 2004**". Tesis para optar Título de Licenciada en Obstetricia, de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima; 2005.
- 48)**PEREZ SANCHEZ, A. Y DONOSO SIÑA, E. "**Obstetricia**". Publicaciones Técnicas Mediterráneo. Segunda Edición 1996; 179-184.
- 49)**GARY CUNNINGHAM, F. Y COL. "**Obstetricia de Williams**". Editorial Médica Panamericana. 21ª Edición 2001; 1279-1305.
- 50)**MINSA "**Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva**" módulo VIII Planificación Familiar, Perú 2004.

ANEXOS

Nº 1 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

ENTREVISTA

La entrevistadora escribirá la respuesta que dé la entrevistada a las primeras 6 preguntas, con respecto a la pregunta 7 la entrevistadora marcará en cada ítem si éste es o no una barrera para el uso de un método anticonceptivo.

1. EDAD: _____
2. ESTADO CIVIL: _____
3. GRADO INSTRUCCIÓN: _____
4. OCUPACION: _____
5. EMBARAZO ANTERIOR : SI NO
6. E.I.R.C.: _____

7. ¿USO ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO? SI NO
Si su respuesta es No:
 - 7.1 BARRERAS PERSONALES
 - 7.1.1 Desconocimiento de métodos anticonceptivos existentes SI NO
 - 7.1.2 Desconocimiento de la gratuidad de los métodos anticonceptivos en los establecimientos de salud SI NO
 - 7.1.3 Desconocimiento del uso correcto de los métodos anticonceptivos SI NO
 - 7.1.4 Vergüenza en solicitar y/o usar un método anticonceptivo SI NO
 - 7.1.5 Dificultad económica SI NO

 - 7.2 BARRERAS SOCIOCULTURALES
 - 7.2.1 Machismo de la pareja SI NO
 - 7.2.2 Negativa de la pareja al uso de un método anticonceptivo SI NO
 - 7.2.3 Mala experiencia de amigas y/o familiares en el uso de un mét antic. SI NO
 - 7.2.4 Mala experiencia de amigas y/o familiares en el serv. de Plan. Fam. SI NO
 - 7.2.5 Mala comunicación familiar SI NO
 - 7.2.6 Creencias y/o miedo con respecto a los efectos secundarios SI NO
 - 7.2.7 Religión SI NO
 - 7.2.8 Falta de temas relacionados con SSR en los colegios SI NO

 - ¿Asistió alguna vez a algún servicio de planificación familiar? SI NO
Si su respuesta es si :

 - 7.3 BARRERAS EN LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR
 - 7.3.1 Dificil acceso geográfico al servicio de Planificación Familiar SI NO
 - 7.3.2 Horarios inadecuados SI NO
 - 7.3.3 Procesos engorrosos SI NO
 - 7.3.4 Falta de métodos anticonceptivos SI NO
 - 7.3.5 Falta de ambientes exclusivos para adolescentes SI NO

 - 7.4 BARRERAS CON EL PROFESIONAL DE SALUD
 - 7.4.1 Personal de Salud poco cordial, incomprensivo, juzgan SI NO
 - 7.4.2 Personal de Salud no capacitado SI NO
 - 7.4.3 Personal de Salud intenta imponerle el método anticonceptivo SI NO
 - 7.4.4 Falta de privacidad y/o diferentes encargados en cada consulta SI NO

Nº 2 CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Barreras que impiden el uso de un método anticonceptivo a las adolescentes hospitalizadas en el servicio de adolescencia en el IEMP en el periodo octubre-diciembre del año 2005

Investigadoras: Lizarzaburu Cabanillas, Sandra
Piñin Huamán, Liz

Esta es una invitación a participar en un estudio de investigación. El propósito de este formato de consentimiento informado es darle la información que necesita y así ayudarlo a decidir si desea participar en el estudio. Por favor lea este documento cuidadosamente. Si usted no sabe leer por favor díganos para leerle el contenido. Usted puede hacer preguntas acerca de los objetivos de esta investigación, los riesgos y beneficios, sus derechos como voluntaria o cualquier otra cosa que no este clara en este formato. Cuando todas sus preguntas hayan sido respondidas, usted puede decidir si quiere participar o no en este estudio.

Sus derechos

El participar en este estudio es voluntario. Usted puede retirarse en cualquier momento si lo desea, eso no afectará los cuidados médicos que recibe en la institución. La información sobre usted es confidencial pues no se colocara su nombre.

Procedimientos

Si usted acepta participar en este estudio, la entrevistaremos por cerca de 30 minutos y le haremos preguntas sobre lo que le impidió usar un método anticonceptivo para prevenir el embarazo. No revisaremos su historia clínica ya que no tenemos necesidad de información adicional a la que usted nos proporcione cuando responda a las preguntas que le hagamos.

Objetivos

Estamos haciendo un estudio para identificar las barreras que impiden a las adolescentes usar un método anticonceptivo y así prevenir un embarazo.

Beneficios y Riesgo

Usted no recibirá ningún beneficio por su participación en este estudio, pero esperamos que su colaboración nos ayude a prevenir embarazos no deseados en otras adolescentes.

Su participación en este estudio no le ocasionara ningún peligro ni daño físico. Algunas de las preguntas pueden traerle recuerdos dolorosos. Algunas personas sienten que el dar información es una invasión de su privacidad, sin embargo le garantizamos que su información será utilizada solo para fines del estudio y se mantendrá la confidenciabilidad.

Declaración de la participante y padre u apoderado

Este estudio nos fue explicado. Me ofrezco voluntariamente a participar en esta investigación. Hemos tenido la ocasión de hacer preguntas. Y por ser menor de edad mi padre o apoderado va a firmar este consentimiento informado.

Nombre del padre o apoderado

Firma del padre o apoderado

Nº 3 PRUEBAS ESTADISTICAS PARA CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Prueba de Kuder-Richardson (Confiabilidad)

$$r = \frac{k - 1 - PQ}{k - 1} \left[\frac{1}{st} \right]$$

Donde: r = confiabilidad a calcular

k = nº total de preguntas

P = nº de preguntas correctas

Q = nº de preguntas incorrectas

st = varianza total

Prueba de Correlación de Pearson (Validez)

$$r = \frac{n(\sum xy) - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{[n\sum x^2 - (\sum x)^2][n\sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

Donde: Σ = sumatoria

n = tamaño de la muestra

x = univariable

y = univariable