

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS Fundada en 1551

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P. DE OBSTETRICIA

Relación entre uso de métodos anticonceptivos y el embarazo no planificado en adolescentes – Instituto Especializado Materno Perinatal - 2004

TESIS para optar el Título Profesional de: LICENCIADA EN OBSTETRICIA

AUTORES

MÓNICA VIVIANA BAZÁN ROJAS

KAREN VILLANUEVA MARTÍNEZ

ASESOR Dr. JUAN OBANDO RODRÍGUEZ

LIMA – PERÚ 2005

..	1
RESUMEN .	3
INTRODUCCIÓN .	5
OBJETIVOS . .	13
Objetivo General .	13
Objetivos Específicos . .	13
Hipótesis .	14
Variables: Operacionalización de las variables (Anexo 4) .	14
MATERIAL Y METODOS .	15
Tipo de Estudio . .	15
Obtención de la Muestra .	15
Los Criterios de Inclusión fueron: . .	16
Los criterios de exclusión fueron: .	16
Instrumento de Recolección de datos (Anexo 3) . .	17
Tratamiento o procesamiento de los datos. . .	17
RESULTADOS . .	19
DISCUSIÓN .	27
CONCLUSIONES . .	31
RECOMENDACIONES .	33
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .	35
BIBLIOGRAFÍA .	39
ANEXO . .	41

DEDICATORIA Viviana Bazán Rojas: A mi padre que me apoyó durante mi preparación académica y a quien quiero mucho. Karen Villanueva Martínez: A mis padres que me han apoyado en toda mi preparación profesional y que luchan todos los días por mí y mis hermanos.

RESUMEN

OBJETIVO: Analizar la relación entre los factores asociados al uso de Métodos Anticonceptivos (MAC) con los embarazos no planificados de las adolescentes atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal durante el año 2004.

MATERIAL Y MÉTODOS: Realizó un estudio retrospectivo, transversal, de casos y controles en donde se entrevistó a 26 adolescentes con embarazo no planificado (casos); y a 26 adultas con embarazo no planificado (controles). El instrumento utilizado fue una entrevista semi – estructurada. Para el análisis de datos se utilizaron: distribución de la frecuencia Chi-cuadrado y el T-student (significativos a un nivel de $p < 0.05$); para la determinación de las asociaciones se utilizó la razón de productos cruzados (OR) con sus intervalos de confianza al 95 %.

RESULTADOS: Los factores de riesgo fueron: conocimientos de MAC, barreras al acceso de los anticonceptivos, comunicación con los padres, comunicación con la pareja. El 73.7% de adolescentes tienen conocimiento inadecuado sobre MAC (OR: 4.9). El 42.3 % de casos presentan barreras reales (OR: 1.1). La comunicación con los padres fue inadecuada en un 65.4% en las adolescentes (OR: 1.6). Un 57.7% de adolescentes respondieron tener comunicación inadecuada con la pareja. (OR: 1.8). El 100% de adolescentes presentaron barreras percibidas (OR: 19.07).

CONCLUSIÓN: Se puede concluir que los factores que están relacionados al uso de MAC en adolescentes con embarazo no planificado fueron: desconocimiento sobre MAC y barreras percibidas al acceso de anticonceptivos.

Palabras claves: ADOLESCENTES, EMBARAZO NO PLANIFICADO, USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

INTRODUCCIÓN

Se estima que hay 1200 millones de adolescentes en el mundo²⁵. Cada año ocurren aproximadamente 200 millones de embarazos en todo el mundo. Cerca de una tercera parte es decir, unos 75 millones son no planificados¹ de los cuales la concepción en mujeres menores de 19 años es común en Sudamérica, sobre todo en países en desarrollo como el nuestro. Encuestas recientes señalan que el 14% de gestaciones en Bolivia (1998) fueron en adolescentes, el 19% en Colombia (2000), el 27% en Nicaragua (1998) y el 17% en Paraguay. En México, el 15% de las menores de 20 años ya tuvo su primer hijo^{28 16 35}.

El embarazo de adolescentes se ha convertido en un problema que genera gran alarma en Perú, debido a que cada vez son más las menores de 15 años que se convierten en madres. En el 2003 se registraron oficialmente 142 mil 970 madres adolescentes, de las cuales el 70% tenían entre 17 y 19 años, el 20% entre 14 y 17 años y el 10% de 12 a 14 años, según estimaciones del ministerio de la Mujer y Desarrollo Social⁸.

La concepción en mujeres menores de 19 años es común en Sudamérica sobre todo en países en desarrollo como el nuestro. Según la *ENDES 2000* en el Perú, el 10,7% de todas las adolescentes ya son madres y el 2,3% adicional estaban gestando por primera vez. El 64% de los embarazos en adolescentes, no eran deseados y el 13% de las adolescentes sexualmente iniciadas estaban gestando. Esta alta tasa de embarazos se asocia con un inicio de vida sexual activa tempranamente y por un mal o no uso de métodos anticonceptivos^{4 6 35}.

El uso de MAC depende de muchos factores entre ellos tenemos: el grado de escolaridad, la historia obstétrica, inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, tiempo de relación con la pareja, conocimientos de MAC, barreras al acceso de los anticonceptivos, comunicación con los padres y con la pareja, entre otros¹⁷.

En Perú el promedio de edad de iniciación sexual en mujeres es a los 15.9 años y en los varones 15.6 años. Según la *INEI, ENAHO (1998)* señala que el porcentaje de mujeres menores de 15 años que tuvieron su primera relación sexual es de 7,6% y en mujeres de 15 a 19 años es de 19.4%⁹. El aumento de embarazo en la adolescencia afecta a gran parte de Latinoamérica y Estados Unidos. Resultados de investigaciones realizados en México indican que el 12.9% de los nacimientos vivos al año pertenecen a adolescentes; y además proponen como una variable predictora de la conducta sexual y anticonceptiva de los jóvenes, la relación y comunicación con la pareja^{23 24}.

La Adolescencia es un período de transición en el desarrollo entre la niñez y la vida adulta. Todo esto produce el alcance de la maduración sexual. El desarrollo de esta maduración marca unas posibles etapas de la sexualidad del adolescente que describen características muy generales de este proceso relacionadas con aspectos psicológicos y sociales³¹.

Es importante determinar en un principio las diferencias entre un Embarazo No Deseado y un Embarazo No Planificado. En el primer caso se trata de un embarazo que ocurre en un momento poco favorable, inoportuno o se dan en personas que ya no quieren reproducirse. En cambio, el no planificado ocurre en un momento no favorable sin haber decidido o pensado en cuando y cuantos hijos tener. Por ello se puede tener embarazos no planificados pero deseados o caso contrario no deseados.

El Ministerio de Salud señala que los partos adolescentes atendidos en las direcciones de salud a nivel nacional se han incrementado cada año ascendiendo de 43 231 en el año 2000 hasta llegar a 60 253 en el año 2003.

No obstante, la tendencia del descenso de la tasa de fecundidad en el país, el peso de la fecundidad adolescente en la fecundidad total se viene incrementando. Si tomamos en consideración las proyecciones de población vigentes, observamos que la contribución de los nacimientos en adolescentes en la fecundidad total se incrementó de 8,3% en 1980, a 9,4% en 1995, y se espera que este aporte llegue a 10,2% en el año 2005⁹.

El embarazo en la adolescente no es un fenómeno homogéneo. Esto se refleja en las diferencias encontradas por nivel educacional, nivel socioeconómico y residencia rural o urbana en mujeres entre 15 y 19 años. Todos estos factores se constituyen como predictores de una elevada fecundidad de las mujeres adolescentes³³. Los factores que determinan los embarazos en adolescentes pueden variar de acuerdo a las características socioculturales de las diversas poblaciones¹⁰.

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 tabúes sociales, a barreras económicas o geográficas, a la escasez de confidencialidad de los servicios y al inadecuado conocimiento sobre los métodos anticonceptivos así como del lugar donde obtenerlos (*Population Reference Bureau, 1996*)³⁶.

En nuestro país existen Planes de Acción y Lineamientos Políticos de intervención en la población adolescente². Sin embargo, estas intervenciones o no se están aplicando; y si se están aplicando están fracasando. El hecho es que no se muestran mejoras en los problemas de los adolescentes. Desde el punto de vista estadístico, el embarazo y la maternidad adolescente se ha magnificado en nuestro país. Por ejemplo los medios de comunicación masiva resaltan las cifras de partos ocurridos entre las primíparas adolescentes como reflejo de un problema de Salud Pública importante, sin embargo la tendencia se ha caracterizado por mantener esas cifras³³.

El 2002, la Revista Panamericana de Salud Pública en su artículo "Eficacia de las intervenciones para reducir los embarazos no deseados en adolescentes"; revela que las estrategias de prevención primaria evaluadas no retrasan el inicio de las relaciones sexuales, no mejoran el uso de los métodos anticonceptivos entre los adolescentes de uno u otro sexo, y no reducen el número de embarazos en adolescentes. Por el contrario, en cinco estudios las intervenciones realizadas se asociaron a un aumento del número de embarazos de las parejas de los adolescentes del sexo masculino que participaron en dichos programas²⁰. En otras investigaciones se afirman que las intervenciones para prevenir embarazos en adolescentes no funcionan. Para afirmar ello, se basa en el análisis que se realizó entre estudios aleatorios y observacionales^{31, 32}.

El uso de métodos anticonceptivos entre las adolescentes en el Perú 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% 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. Entre las adolescentes solteras, a pesar de que una de cada 10 tuvo su primera relación sexual antes de cumplir los 15 años, solo el 32,1% usa métodos anticonceptivos⁹.

Un estudio realizado por Salaverry y cols. (1993)¹⁰, se encontró que el 63% de las madres adolescentes no recibieron ningún tipo de educación sexual; y que el método más usado por la madre adolescente antes de su primer embarazo fue el método del ritmo (32.2%).

La información que recibe el adolescente acerca de los métodos de anticoncepción existentes, cómo obtenerlos, el uso y efectividad de estos; es limitada. Siendo necesario el establecimiento de acciones concertadas entre los servicios de salud, de educación, y de capacitación. Estudios realizados al respecto demuestran que consolidando el acceso a la anticoncepción se puede reducir de forma considerable el número de embarazos no planificados y de abortos entre las adolescentes⁹. Otros estudios señalan que tanto el conocimiento sobre la existencia de los métodos y los lugares donde obtenerlos presentan porcentajes muy aceptables por parte de la población adolescente³³. No obstante existe un divorcio entre este conocimiento y el uso efectivo de los mismos³³.

La demanda insatisfecha de planificación familiar es mayor en adolescentes que en las mujeres de otras edades. El 22% de adolescentes de 15 a 19 años tiene demanda

insatisfecha de planificación familiar, a diferencia del 17% de las mujeres de 20-24 años (ENDES 2000)³⁷.

La elección de un Método Anticonceptivo en el adolescente depende de la edad de la paciente, del momento evolutivo y maduración psicosexual, del deseo de la pareja en participar en esa elección, de los riesgos y beneficios que brinda cada método y de los factores socioculturales³⁰. En el adolescente estos elementos se encuentran en período de transición. Esto explicaría en parte el hecho de que las adolescentes no opten por un Método Anticonceptivo.

La falla de Anticoncepción en la Adolescencia radicaría en la política educacional restringida, en la política demográfica del gobierno, en el nivel socioeconómico de la población, padres en conflicto con su propia sexualidad, como también la dificultad del promotor de salud por sus propios prejuicios³⁰.

El por qué los adolescentes practican el sexo, y por qué lo hacen sin métodos de contracepción, es un tema en discusión. Las razones sugeridas son las que siguen¹⁸:

- 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 esperadas²¹⁸.
- 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.

Los adolescentes no usan métodos anticonceptivos debido a: inadecuadas tradiciones culturales, tabúes sociales, diferencias de poder entre hombres y mujeres, falta de acceso a la gama completa de MAC, a los servicios de Planificación Familiar e información completa, persistencia de la ignorancia de donde recibir servicios de planificación, programas de Planificación Familiar inadecuados porque: prevalecen las metas cuantitativas en lugar de ayudar a usuarias a alcanzar metas personales. Asesoría e información insuficiente, promoción de Métodos no apropiadas para una usuaria en particular (adolescente), falta o deficiencia de conexión con otros servicios de Salud Reproductiva y la persistencia de la demanda insatisfecha de planificación familiar en adolescentes²⁶.

Por todo lo mencionado anteriormente, resulta necesario cambios en el Programa de Planificación Familiar. Los responsables de la formación de políticas necesitan tomar en cuenta los factores de índole normativa, social, cultural y económica dentro de las comunidades y a nivel nacional²⁶.

Un estudio realizado en Lima (1996) en el “Hospital Dos de Mayo” determinó el uso de los métodos anticonceptivos en pacientes adolescentes que acudieron al hospital por aborto. Se encontraron que 28 de un total de 69 pacientes no utilizaron ningún método anticonceptivos (40.6 %); naturales 18 (26.1%); barrera 12 (17.4%) ; orales 6 (8.7%) ;

DIU 3 (4.3 %) e inyectables 2 (2.9 %)¹⁹.

En Venezuela, se realizó un trabajo de investigación en el año 1997; con el fin de estudiar los conocimientos y prácticas de las adolescentes en torno al uso de los anticonceptivos. Los resultados señalan que más del 70% de las adolescentes encuestadas estaban familiarizadas con algún método anticonceptivo cuando acudieron al centro de planificación familiar, pero en 90% de los casos, la primera relación sexual había tenido lugar sin ningún tipo de protección. Se encontró que 20% de las mujeres adolescentes habían quedado embarazadas en un plazo de 3 meses después de su primera relación sexual. Los métodos anticonceptivos mejor conocidos y más usados fueron la píldora y los dispositivos intrauterinos⁵.

Se define como adecuado conocimiento sobre métodos anticonceptivos a la información mínima recibida en la consejería sobre MAC que debería saber toda mujer sexualmente activa o que piensa iniciar su vida sexual; esta información consta de: reconocimiento, forma de uso (buen estado, duración y forma de adquisición) y efectos secundarios. En la forma de adquisición se debetener en cuenta: dónde se adquiere el método y dónde lo adquieren.

Consideramos en el estudio como conocimiento inadecuado sobre métodos anticonceptivos aquellas pacientes que no conocen la información mínima de reconocimiento, forma de uso, forma de adquisición y tampoco tienen idea de efectos secundarios.

Diversas investigaciones indican que si bien algunos jóvenes conocen métodos anticonceptivos y dónde obtenerlos; muchas barreras reales (logísticas) y percibidas limitan el acceso a los servicios de salud reproductiva³².

La barreras reales son todas aquellas que debido a los obstáculos que presenta el servicio de planificación familiar impiden el acceso a los métodos (Larga espera, lugares inaccesibles, falta de transporte e inflexibilidad en el horario de funcionamiento); y barreras percibidas son los obstáculos que presentan las mismas adolescentes impidiendo su acceso a los anticonceptivos, las consideradas son: Temor de que no se respete la confidencialidad, miedo de que los padres se enteren, vergüenza, miedo a los procedimientos: exámenes de sangre o de la pelvis, temor de efectos secundarios, ignorancia de la necesidad de anticoncepción (especialmente en adolescentes de corta edad)³².

Si bien las barreras logísticas se pueden superar fácilmente con buena planificación, las barreras percibidas, a saber, temor e información errónea, están más generalizadas y son más difíciles de cambiar. Los estudios hechos muestran que hoy en día, como en el pasado, muchos adolescentes carecen de conocimientos precisos sobre los métodos anticonceptivos y tienen creencias exageradas sobre sus efectos secundarios (*Instituto de Medicina, 1995; Zabin y Hayward, 1993*). Los adolescentes más jóvenes no suelen comprender el riesgo de embarazo y, por tanto, tienen menos posibilidades de usar métodos anticonceptivos que los de mayor edad (*Zabin, Stark, Emerson, 1991*). Casi todos los adolescentes desconocen los exámenes de sangre y de pelvis normalmente necesarias para recibir anticonceptivos y tienen miedo de someterse a ellos (*Armstrong, Stover, 1994*). Además, la actividad sexual de los adolescentes suele ser intermitente, lo

que puede influir en su deseo o capacidad de planear un acto sexual seguro y protegido (Benson, Torpy, 1995; Instituto Alan Guttmacher, 1994)^{31 32}.

Se realizó un estudio descriptivo en México (2003), en el cual se evidencia la incongruencia entre conocimiento de Métodos anticonceptivos y su uso práctico. Además señala que entre los 15 a 19 años se da el inicio del uso de MAC; sin embargo en este grupo etario se registra la más alta tasa de demanda insatisfecha. Solo la mitad de los jóvenes sexualmente activos utilizan MAC²⁵.

Así como el conocimiento sobre los métodos Anticonceptivos es importante en el desarrollo del adolescente; lo es también el ambiente de comunicación con sus padres y con su compañero sexual (pareja).

La comunicación acerca de temas sexuales es una situación ambivalente para muchos padres e hijos. En consecuencia, la espontaneidad no parece ser un atributo de la comunicación sexual familiar en nuestro medio, lo que dificulta desde el principio el darle a la sexualidad el significado real²⁹.

Actualmente se pretende dar pautas de educación sexual y se busca a nivel nacional llegar a la uniformidad de la educación; pero como ya hemos visto el problema de embarazos en adolescentes no solo es un problema social y educacional, sino también un problema de relación familiar y estructura familiar; por eso sugerimos abordar este problema desde la familia, por ser el eje primordial del desarrollo integral de los jóvenes².

Una investigación realizada con jóvenes de la ciudad de Cali donde se hace explícito el poco diálogo con los padres sobre temas sexuales, en especial con el papá y en cambio una preferencia para hablar más con los "amigos y amigas" sobre estos temas. Esto puede deberse a que los adolescentes se sienten rechazados, juzgados y poco comprendidos respecto a su expresión sexual¹². La investigación realizada por Álvarez Medina y Adelskis indica que las adolescentes no utilizaron como fuente principal de información a sus padres lo que demuestra la deficiente comunicación existente entre padres e hijos en lo relacionado a la sexualidad y anticoncepción³⁴.

En nuestra población adolescente, la comunicación con los padres se encuentra disminuida; lo mismo que la comunicación entre la adolescente y su compañero sexual. Así lo señala el ENDES 2000, al plantear que la discusión de planificación familiar entre parejas en la población de mujeres entre 15 a 19 años sólo se da con más frecuencia en un 16.7%, una o dos veces 59.3% y nunca en 22.9%³⁷.

Resultados de investigaciones en México, reportan que una de las variables predictoras de la conducta sexual y anticonceptiva adolescente es la relación y comunicación con la pareja¹².

En diversos entornos, la comunicación de pareja en adolescentes se ha asociado sistemáticamente con un mayor uso de anticonceptivos. En Ghana, las mujeres que habían hablado de anticonceptivos con su esposo tenían el doble de probabilidades de ser usuarias actuales que las que no lo habían hecho¹³. En la China, un grupo de adolescentes y sus parejas, quienes recibieron juntos educación de planificación familiar que hacía hincapié en la comunicación conyugal y la responsabilidad compartida en

cuanto a la anticoncepción, tuvieron menos probabilidades de tener embarazos y abortos posteriores que las parejas que participaron sólo en un programa de planificación familiar corriente.¹⁴ Estudios realizados en otros países reportan que las adolescentes más comprometidas con su relación tienden a tener relaciones sexuales más frecuentes y a usar anticonceptivos, específicamente pastillas.

Lamentablemente, el deseo de mantener una relación a menudo es más fuerte que las preocupaciones por la salud; por consiguiente, muchas personas — particularmente las mujeres — evitan hablar del sexo con protección.¹⁹

Por todo lo mencionado anteriormente, se reconoce que el embarazo en adolescentes se ha convertido en un problema de Salud Pública, porque el ser madre en ésta etapa de la vida no sólo tiene consecuencias negativas para la precoz progenitora en los aspectos económicos y de educación, sino también le ocasiona dificultades de salud en el periodo de gestación, del parto y finalmente con repercusiones en el niño.⁴

En el embarazo y parto, la joven corre el riesgo de experimentar anemia, preeclampsia y complicaciones en el parto. Entre los que tenemos los riesgos de labor del parto prolongado u obstruido, amenaza de parto pretérmino, disfunción uterina, pelvis contraída y parto por cesárea a causa de la desproporción céfalo-pélvica debido a que el canal del parto es aún inmaduro.^{6 25 30}

Las adolescentes tienen quizá menos capacidad de tener hijos saludables y pueden sufrir más traumas durante el parto. Los hijos de las madres adolescentes tienden a tener mala salud. Tienen una alta tasa de mortalidad al igual que pueden experimentar mal formaciones congénitas, problemas de desarrollo, retraso mental, ceguera, epilepsia o parálisis cerebral. Estos niños experimentan muchos más problemas de conductas y funcionamiento intelectual disminuido.^{3 12}

Es igualmente sorprendente la cifra de estudios realizados en Chile según los cuales el 51.9% de hijos de adolescentes menores de 15 años mueren muy pequeños a causa de su bajo peso al nacer explicable por las deficiencias nutricionales de las madres adolescentes.¹²

Los problemas personales y familiares subsisten permanentemente en el hogar del adolescente donde los problemas maritales son comunes y hay mayor probabilidad de divorcio en parejas adolescentes que se unieron producto de un embarazo. Debido a esto, los hijos de adolescentes pasan gran parte de su vida en un hogar monoparental, y ellos se convierten en una población potencial para generar embarazos no deseados en su futura adolescencia.¹⁴

Las adolescentes tienen pocas probabilidades de continuar sus estudios debido a que algunas instituciones educativas optan por negarles la entrada por temor de que puedan influir desfavorablemente en otros alumnos. De igual manera los padres jóvenes corren un alto riesgo de experimentar períodos de desempleo o menor salario.²⁸

La reacción depresiva de la adolescente en curso de su embarazo puede ser supremamente fuerte que puede llevarla al suicidio o intento de suicidio teniendo en cuenta que esta es la segunda causa de muerte en esta edad después de los accidentes.

La situación psicológica de la adolescente embarazada es compleja y difícil. En ella

se acumulan las dificultades propias de la adolescencia; los problemas afectivos observados a lo largo de cualquier embarazo; las dificultades personales o familiares que traen consigo el embarazo, las que originan ciertas reacciones, reales o simplemente temidas, del entorno, la inquietud de un futuro incierto; la perturbación por las decisiones que se han de tomar; el vacío afectivo; etc¹¹ .

¿Cuál es la relación entre los factores del uso de métodos anticonceptivos y los embarazos no planificados de las adolescentes? El embarazo no deseado y no planificado en adolescentes constituye uno de los problemas que más repercusiones tiene en los jóvenes que comienzan su actividad sexual. Contribuyendo a problemas de salud Materna de dos formas:

En primer lugar, pone la vida de la mujer en peligro o afecta su bienestar; ya que le falta apoyo y recursos para tener un embarazo saludable. En segundo lugar, debido que las adolescentes recurren a la interrupción del embarazo con procedimientos inadecuados pueden ocasionar incapacidad y muerte²⁶ .

OBJETIVOS

Objetivo General

- Analizar la relación entre los factores asociados al uso de métodos anticonceptivos y los embarazos no planificados de las adolescentes atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal durante el año 2004.

Objetivos Específicos

- Analizar el grupo de mujeres adolescentes, con embarazo no planificado que presentan factor de riesgo positivo y compararlo con el grupo control.
- Analizar el grupo de mujeres adolescentes con embarazo no planificado que presentan el factor de riesgo negativo y compararlo con el grupo control.

Hipótesis

El desconocimiento sobre métodos anticonceptivos, las barreras al acceso de métodos anticonceptivos, la deficiente comunicación con la pareja y la deficiente comunicación con los padres influye en el embarazo no planificado en adolescentes.

Variables: Operacionalización de las variables (Anexo 4)

Variables Dependiente:

- Embarazo no planificado en adolescentes por no uso de métodos anticonceptivos.

Variables Independientes:

- Conocimiento sobre Métodos Anticonceptivos.
- Comunicación con los padres.
- Comunicación con la pareja.
- Barreras al acceso de Métodos Anticonceptivos.

Variables Intervinientes:

- Edad
- Ocupación
- Nivel educativo
- Edad de la pareja
- Tiempo de relación
- Número de parejas sexuales.
- Fin del embarazo anterior
- Edad de inicio de relaciones sexuales.

Variables Control: Se utilizarán para el apareamiento entre casos y controles.

- Lugar de residencia
- Estado civil.

MATERIAL Y METODOS

Tipo de Estudio

Se trata de un estudio Retrospectivo, transversal de casos y controles^{40 41 42} realizado en los Consultorios Externos de Obstetricia del Instituto Especializado Materno Perinatal, durante el período de octubre a diciembre 2004.

La identificación de los factores de riesgo se realizó en un período comprendido de Junio a Agosto del 2004. Posteriormente se seleccionaron para el estudio los que más acontecían en las adolescentes con embarazo no planificado; según criterio de expertos conocedores en el tema y por las investigaciones revisadas.

Obtención de la Muestra

Se hizo la recolección de dos datos (uso de MAC y la planificación del embarazo) de las Historias Clínicas de las gestantes atendidas en los consultorios externos de Obstetricia en los meses de Julio a Setiembre 2004.

Se revisaron en los consultorios externos de Adolescencia un total de 1100 Historias Clínicas y en los consultorios externos de Obstetricia de los diferentes servicios un total de 3020 Historias clínicas.

Obteniéndose lo siguiente: En adolescentes se encontró que el embarazo no planificado por no uso de métodos anticonceptivos fue de 90% y que solo planificaban sus embarazos escasamente el 10%; y en adultas (20-35 años) de 50%. Dichas cifras porcentuales o proporciones sirvieron para sacar el tamaño de la muestra.

El tamaño de muestra se obtuvo de las Tablas de comparación de dos proporciones (Anexo 1) con una confianza de 95% y un poder de 90 %. Tablas utilizadas en estudios Analíticos Clínicos³⁹. Por lo cual, trabajamos con 26 casos y 26 controles.

Los **Casos**, lo conformaran 26 gestantes adolescentes (10 a 19 años) controladas en los Consultorios Externos del Servicio de Adolescencia.

Los **Controles**, lo conformarán 26 gestantes adultas (20 a 35 años) atendidas en los Consultorios Externos de los diferentes servicios del IEMP.

Las variables que se utilizaron para el apareamiento entre casos y controles fueron: Lugar de residencia y estado civil.

Los Criterios de Inclusión fueron:

Casos : Pacientes que aceptan ingresar al estudio, mujeres de 10 a 19 años, adolescentes con embarazo no planificado, gestante que asiste a la consulta prenatal, no uso de métodos anticonceptivos.

Control : Pacientes que aceptan ingresar al estudio, mujeres de 20 a 35 años, gestantes con embarazo no planificado, gestante que asiste a la consulta prenatal, no uso de métodos anticonceptivos, no tener antecedente de un embarazo durante su adolescencia.

Los criterios de exclusión fueron:

Casos : Gestante adolescente con trastornos psiquiátricos, contraindicación médica para uso de métodos anticonceptivos, adolescente con embarazo por falla de MAC, gestante que asista al curso de Psicoprofilaxis o que haya recibido el curso.

Control : Gestante con trastornos psiquiátricos, control prenatal en otra institución, mujer con embarazo por falla de MAC, gestante que asista al curso de Psicoprofilaxis o que haya recibido el curso.

Instrumento de Recolección de datos (Anexo 3)

El instrumento a utilizarse será una entrevista semi – estructurada^{38 43}; con una duración de 20 minutos en las cuales se indagó 15 variables agrupadas en 5 secciones: Datos Generales, conocimiento sobre métodos anticonceptivos, comunicación con la pareja, comunicación con los padres y barreras al acceso de métodos anticonceptivos.

La revisión y manejo de la entrevista se realizó con absoluta reserva, única y exclusivamente para efectos del estudio, la cual se realizará a las usuarias previo Consentimiento Informado (Anexo 2); brindándose en todo momento a la usuaria respeto y explicándosele el objetivo del estudio a fin de que ellas colaboren con respuestas veraces.

Tratamiento o procesamiento de los datos.

Todos los datos recolectados fueron tabulados y procesados en la base de datos de Microsoft Excel; para luego pasarla al programa estadístico SPSS v10 y EPI INFO; para su interpretación a través de estadística descriptiva e inferenciales.

Las variables cualitativas se analizaron a través de la distribución de la frecuencia y el Chi-cuadrado; para las variables cuantitativas se aplicó la prueba de T-student ambos significativos a un nivel de $p < 0.05$ para la determinación de las asociaciones, a través de la razón de productos cruzados (OR) con sus intervalos de confianza al 95 %³⁸.

RESULTADOS

DATOS GENERALES

La presente investigación tomó como grupo de casos a las adolescentes; y como grupo control a las adultas; ambas con un embarazo no planificado. Las características de ambas poblaciones se encuentran comparadas en cada uno de las tablas que se presentan a continuación:

TABLA N° 1. Características generales en pacientes con embarazo no planificado atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal (octubre – diciembre 2004)

Adolescentes				Adultas	
		Nº	%	Nº	%
Edad	Promedio (años)	17.31		25.58	
Ocupación	Ama de casa	17	65.39	14	53.85
	Estudiante	5	19.23	2	7.68
	Oficio Menor	4	15.38	9	34.62
	Oficio Mayor	0	0	1	3.85
Estado Civil	Soltera	10	38.46	10	38.46
	Casada	3	11.54	3	11.54
	Conviviente	13	50.00	13	50.00
Inicio de Relaciones Sexuales	Promedio (años)	16.27		19.69	
Numero de parejas sexuales	Uno	23	88.46	17	65.38
	Dos	3	11.54	4	15.38
	Tres	0	0	4	15.38
	> Cuatro	0	0	1	3.86
	Promedio	1,12		1,58	
Tiempo de relación con pareja	0 – 1 Años	11	42.30	6	23.08
	1 – 2 AÑOS	9	34.62	7	26.92
	2 – 4 AÑOS	6	23.08	6	23.08
	> 4 AÑOS	0	0	7	26.92
	Promedio (meses)	20.42		53.88	
Embarazo Anterior	No Hubo	25	96.15	15	57.69
	ABORTO	1	3.85	6	23.08
	PARTO	0	0	5	19.23
Edad de la pareja	Promedio (años)	23.31		30.42	

En la **Tabla Nº 1** se presentan las características más importantes de la población que se ha estudiado. En su mayoría las pacientes son amas de casa: adolescentes (65.39%) y adultas (53.85%). El Estado Civil que más prevalece en el estudio es el estado de convivencia (50.0%) para ambos grupos. El Inicio de Relaciones Sexuales circunda en la edad de 16 años para las adolescentes y 20 años para las adultas. La gran Mayoría solo ha tenido una pareja sexual, siendo 88.46% en adolescentes y 65.38% en Adultas.

En cuanto al Tiempo de Relación con la pareja actual se encuentra una notable diferencia; en las adolescentes persiste una relación menor de un año; en cambio las adultas mantienen una relación de mayor período. La población estudiada en su mayoría son primigestas: adolescentes (96.15%) y adultas (57.69%).

FACTORES ASOCIADOS AL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

A) Conocimiento sobre Métodos Anticonceptivos de los adolescentes.

En el estudio se tomó en consideración “Conocimiento General Sobre Métodos Anticonceptivos”, aquel que abarca seis aspectos: Diversidad de métodos (reconocimiento), forma de uso (inicio, buen estado y duración anticonceptiva); y conocimientos sobre los posibles efectos secundarios. Siendo éstos los criterios que

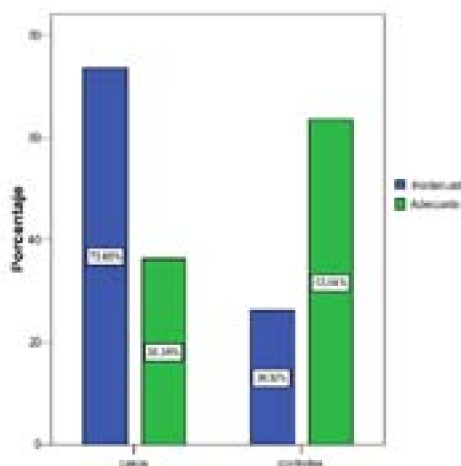
abarca una consejería convencional sobre anticoncepción.

TABLA N° 2. Conocimiento general sobre métodos anticonceptivos modernos en pacientes con embarazo no planificado atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal (octubre – diciembre 2004)

	Adolescente (14 – 19)		Adultas (20 – 35 años)	
	N°	%	N°	%
Inadecuado	14	73.7	12	36.4
Adecuado	5	26.3	21	63.6
Total	19	100	33	100

* $p < 0.05$

Conocimiento general sobre métodos anticonceptivos modernos en pacientes con embarazo no planificado atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal (octubre - diciembre 2004)



La **Tabla N° 2** nos indica que el 73.7% de las adolescentes con embarazo no planificado tienen un conocimiento inadecuado, además el 63.6% de las no adolescentes presentan conocimiento adecuado sobre el uso de métodos anticonceptivos en general. Existiendo 4.9 veces más posibilidades que adolescentes con embarazo no planificado tengan conocimiento inadecuado comparado con las adultas con embarazo no planificado.

Para evaluar Diversidad de Métodos anticonceptivos hemos considerado como “adecuado” a las entrevistadas que reconocieron los métodos que provee el MINSA.

El criterio de Inicio y Duración Anticonceptiva fueron evaluados como “adecuado” cuando las pacientes reconocían el manejo práctico del método en cuanto a como iniciar y cuanto tiempo la protegía.

El buen estado fue evaluado en base a tres criterios: Verificación de la fecha de vencimiento, lugar de adquisición y el personal que suministra los MAC.

Para evaluar Efectos Secundarios se consideró que la paciente reconociera los

principales efectos secundarios que podrían cursar con el uso de los métodos Anticonceptivos.

TABLA 3. Conocimiento general sobre métodos anticonceptivos modernos en pacientes con embarazo no planificado atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal (octubre – diciembre 2004)

	adolescentes (14 – 19)		adultas (20 – 35)	
	Nº	%	Nº	%
1. Reconocimiento*	12	46.2	20	76.9
2. Conocimiento sobre el inicio del uso	2	7.7	6	23.1
3. Conocimiento sobre el buen estado	1	3.8	4	15.4
4. Conocimiento sobre la duración*	9	34.6	17	65.4
5. Conocimiento sobre efectos secundarios	8	30.7	11	42.3

* $p < 0.05$

En la tabla se muestran los criterios considerados para evaluar el conocimiento general sobre Métodos Anticonceptivos:

(1). Tabla Nº 3: Nos muestra que el 46.2 % de las adolescentes con embarazo no planificado tienen un reconocimiento adecuado de los métodos anticonceptivos; mientras que el 76.9% de las adultas con embarazo no planificado reconocen adecuadamente, cifra muy superior al grupo de casos. Lo cual resulta estadísticamente significativo, con 3.8 veces más posibilidades que las adolescentes con embarazo no planificado tengan reconocimiento inadecuado comparado con las adultas con embarazo no planificado.

(2). Tabla Nº 3: Señala que solo el 7.7 % de los casos y 23.1% de los controles respondieron adecuadamente sobre el criterio del inicio en el uso de los métodos anticonceptivos. Ambos valores bajos con respecto a los demás criterios. Los casos presentan 3.6 veces más posibilidades de desconocer el inicio correcto de los MAC, que los controles.

(3). Tabla Nº 3: Se indican las cifras más bajas de entendimiento por parte de las gestantes, sean caso o control, se registra un 3.8% (casos) y un 15.4% (controles). Además, las adolescentes tienen 4.5 veces más posibilidades de tener conocimiento inadecuado sobre este tema en comparación a las no adolescentes.

(4). Tabla Nº 3: nos indica que el 34.6% de las adolescentes con embarazo no planificado tienen un adecuado conocimiento sobre la duración anticonceptiva de los métodos; en cambio en las adultas entrevistadas el 65.4% tienen un conocimiento adecuado. Los casos tienen 3.5 más posibilidades de tener un inadecuado conocimiento sobre la duración anticonceptiva de los MAC en comparación a los controles.

(5). Tabla Nº 3: se nos muestra que el 30.7% de las adolescentes reconoce adecuadamente los efectos secundarios de la mayoría de MAC; y en las adultas asciende a 42.3%. Cifras que se deben al conocimiento distorsionado que tienen las adolescentes y las adultas por la existencia de mitos y creencias.

TABLA Nº 4. Relación entre número de parejas sexuales y conocimiento general sobre métodos

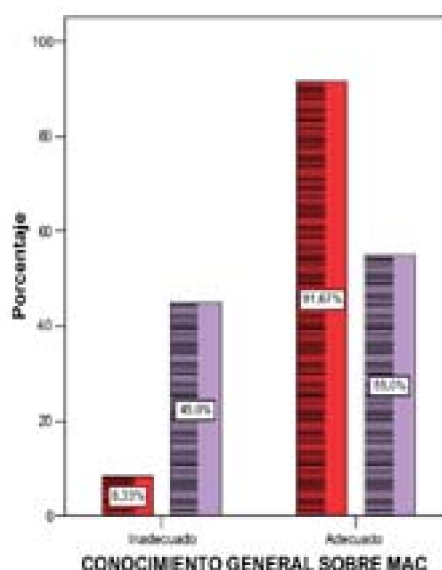
anticonceptivos modernos en pacientes con embarazo no planificado atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal (octubre – diciembre 2004)

	1 Pareja Sex.		Varias Parejas Sex.	
	Nº	%	Nº	%
Inadecuado	1	8.3	18	45
Adecuado	11	91.7	22	55
Total	12	100	40	100

*P < 0.05

La **Tabla Nº 4** indica que el 91.7% de las mujeres con embarazo no planificado que tienen solo una pareja sexual presentan un adecuado conocimiento general sobre Métodos Anticonceptivos. En cambio, las mujeres que han tenido varias parejas sexuales tienen adecuado conocimiento solo en un 55.0% sobre MAC.

RELACION ENTRE NUMERO DE PAREJAS SEXUALES Y CONOCIMIENTOS GENERAL SOBRE METODOS ANTICONCEPTIVOS MODERNOS EN PACIENTES CON EMBARAZO NO PLANIFICADO ATENDIDAS EN EL INSTITUTO ESPECIALIZADO MATERNO PERINATAL (OCTUBRE – DICIEMBRE 2004)



B) Comunicación del adolescente con los Padres.

La **Tabla Nº 5** señala que el 65.4% de las adolescentes con embarazo no planificado tienen una comunicación inadecuada con sus padres; muy similar a esta cifra las no adolescentes tienen inadecuada comunicación con sus padres en un 53.8%. Las adolescentes tienen 1.6 más posibilidades de tener una inadecuada comunicación con sus padres que las adultas.

TABLA Nº 5. Comunicación con los padres sobre anticoncepción en pacientes con embarazo no planificado atendidas en el Instituto Especializado Perinatal (octubre – diciembre 2004)

	Adolescentes (14 – 19)	Adultas (20 -35)
	Nº	%
Inadecuado	17	65.4
Adecuado	9	34.6
Total	26	100

C) Comunicación del adolescente con el compañero Sexual (Pareja).

TABLA Nº 6. Comunicación con la pareja sobre anticoncepción en pacientes con embarazo no planificado atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal (octubre – diciembre 2004)

	Adolescentes (14 – 19)	Adultas (20 -35)
	Nº	%
Inadecuado	15	57.7
Adecuado	11	42.3
Total	26	100

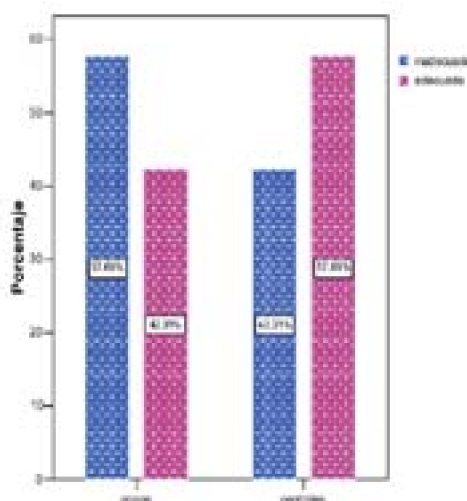


GRAFICO Nº 3. COMUNICACIÓN CON LA PAREJA SOBRE ANTICONCEPCIÓN EN PACIENTES CON EMBARAZO NO PLANIFICADO ATENDIDAS EN EL INSTITUTO ESPECIALIZADO PERINATAL (OCTUBRE – DICIEMBRE 2004)

La **Tabla Nº 6** señala que el 57.7% de las adolescentes con embarazo no planificado tienen una inadecuada comunicación con la pareja; mientras que las no adolescentes tienen una comunicación inadecuada en un 42.3%. Los casos tienen 1.8 más posibilidades de tener una inadecuada comunicación con su pareja que los controles.

TABLA Nº 7. Relación entre la convivencia y la comunicación con la pareja en pacientes con embarazo no planificado atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal (octubre – diciembre 2004)

	Inadecuado		Adecuado	
	Nº	%	Nº	%
No unidas sexualmente activas	13	50.0	7	26.9
Unidas	13	50.0	19	73.1
Total	26	100	26	100

En la **Tabla Nº 7** se describe la relación entre la comunicación de la pareja y la condición de “unidas” y “no unidas sexualmente activas”. Se señala que la inadecuada comunicación con la pareja persiste en igual proporción en ambas condiciones (“unidas” “no unidas”). Además, señala que el 73.1% de mujeres “unidas” cuenta con adecuada comunicación con la pareja. Existe 2.7 veces más probabilidad que las mujeres “unidas” cuenten con una comunicación adecuada con la pareja que las mujeres “no unidas”.

D) Barreras al Acceso de Métodos Anticonceptivos en el adolescente.

Las Barreras Reales al acceso consideradas fueron: larga espera, lugares inaccesibles, falta de transporte e inflexibilidad en el horario de funcionamiento.

Las Barreras percibidas consideradas fueron: Temor de que no se respete la confidencialidad, miedo de que los padres se enteren, vergüenza, miedo a los procedimientos: exámenes de sangre o de la pelvis, temor de efectos secundarios, ignorancia de la necesidad de anticoncepción (especialmente en adolescentes de corta edad).

TABLA Nº 8. Presencia de Barreras Reales para el acceso a los Métodos Anticonceptivos Modernos en pacientes con embarazo no planificado atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal (octubre – diciembre 2004)

	Adolescentes (14 – 19)		Adultas (20 -35)	
	Nº	%	Nº	%
Presentan	11	42.3	10	38.5
No Presentan	15	57.7	16	61.5
Total	26	100	26	100

En la **Tabla Nº 8** se nos indica que el 57.7% de las adolescentes no presentan barreras reales, mientras que las adultas no presentan este factor en 61.5 %. Los casos tienen 1.2 veces mas posibilidades de tener barreras reales para el acceso a los métodos de anticoncepción que los controles.

TABLA Nº 9. Presencia de barreras percibidas para el acceso a los métodos anticonceptivos modernos en pacientes con embarazo no planificado atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal (octubre – diciembre 2004)

	Adolescentes (14 – 19)	Adultas (20 -35)		
	Nº	%	Nº	%
Presentan	26	100	15	57.7
No presentan	0	0	11	42.3
Total	26	100	26	100

**p<0.05*

La **Tabla Nº 9** indica que el 100% (OR: 19.07) de las adolescentes con embarazo no planificado presentan barreras percibidas para el acceso a los métodos anticonceptivos; de igual forma se encuentran presentes en el 57.7% de las no adolescentes. Cifras estadísticamente significativas.

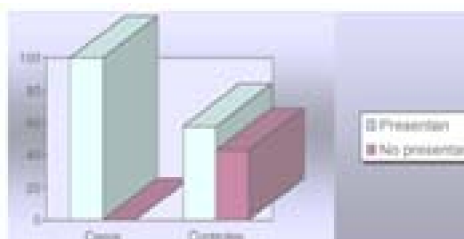


GRAFICO Nº 4: PRESENCIA DE BARRERAS PERCIBIDAS PARA EL ACCESO A LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS MODERNOS EN PACIENTES CON EMBARAZO NO PLANIFICADO ATENDIDAS EN EL INSTITUTO ESPECIALIZADO MATERNO PERINATAL 2004

DISCUSIÓN

El primer factor a considerar es el conocimiento sobre Métodos anticonceptivos. Los resultados señalan que el conocimiento general en adolescentes con embarazo no planificado es inadecuado en 73.7% ($p < 0.05$; OR: 4.9) mientras que en las adultas es de 36.4%. En las entrevistas se evidenció que las adolescentes en su mayoría reconocían los métodos anticonceptivos (46.2%) pero desconocían totalmente su forma de uso (100%); también desconocían sus efectos secundarios (69.3%) y los lugares donde adquirir los métodos así como sus proveedores (84.6%).

Investigaciones revisadas en Latino América en su mayoría sólo describe el reconocimiento de los métodos anticonceptivos en las mujeres sexualmente activas más no evalúa el conocimiento en sí ²⁸. *ENDES 2000* indica que el 99.9% de mujeres sexualmente activas en Lima Metropolitana reconoce métodos modernos ³⁷. En México, *Vicente Díaz Sánchez* estudió a los adolescentes con embarazo no planificado, llegando a una incongruencia entre el conocimiento de anticonceptivos y su uso práctico; ya que sólo la mitad de los jóvenes sexualmente activos usa algún tipo de anticonceptivo ²⁴. Un trabajo realizado por *Gómez Duque*, hecho en Colombia demuestra que el 79.4% de las Adolescentes con embarazo no planificado no conoce los métodos anticonceptivos; cifra similar al estudio realizado ³⁴.

El inadecuado conocimiento en adolescentes con embarazo no planificado podría deberse a la falta de información exclusiva para adolescentes, porque nadie les habla o pregunta sobre su vida sexual o iniciación sexual puesto que la sociedad no los ve como entidades sexuales. Para cambiar dicha situación, se debe unir fuerzas e impulsar

cambios. Un aspecto fundamental de estos esfuerzos es sensibilizar al público general acerca de la problemática de la salud sexual y reproductiva de los jóvenes de hoy²⁷. En forma paralela, se debe informar a los profesionales involucrados en la toma de decisiones y diseño de políticas acerca de las consecuencias de sus determinaciones en la vida de los adolescentes. Normalmente en el hogar, escuela o comunidad no se ofrece educación sobre el comportamiento sexual responsable. Por lo tanto la información viene a través de filtros desinformados o compañeros sin informar obteniéndose como consecuencia embarazos no planificados¹⁸.

Otro factor a considerar en los adolescentes son los obstáculos que se les presentan para tener acceso a los servicios e salud. A éstos denominaremos barreras reales (restricciones de tiempo y accesibilidad a los servicios de planificación); y percibidas (propias del adolescente)^{31 32}. La presencia de barreras reales en el estudio fue de 42.3% en los casos y 38.5% en los controles. Las cifras obtenidas son similares en ambos grupos, esto indica que el problema se origina en los servicios de salud y su cobertura en planificación familiar; ya que la alta demanda genera larga espera y el horario de funcionamiento es limitado. Las barreras percibidas se presentan en el 100% de los casos y en el 57.7% de los controles; lo que se debería en gran parte a que estas son originadas por creencias de la sociedad con respecto a la atención brindada en los servicios y a los métodos anticonceptivos; impidiéndose así que las adolescentes acudan a los servicios de planificación familiar³².

En los países de Latinoamérica es común encontrar limitaciones al acceso de la población adolescente a los servicios de Salud Reproductiva, la poca prioridad que se le asigna a dicha población al momento de planificar los servicios; más aún considerando que la atención dirigida a ella requiere la realización de las acciones preventivo promocionales. Todo esto hace que las jóvenes sigan teniendo barreras al tratar de conseguir un método anticonceptivo.

En Colombia, se esta promoviendo por PROFAMILIA la adopción de modelos de atención y prevención validados, que son capaces de auto sostenerse económicamente. En Bolivia, existe un Plan Nacional Concertado de Desarrollo sostenible de la Adolescencia y Juventud 1998 – 2002, en cuyo marco se han venido realizando considerables avances para brindar una atención diferenciada a los y las adolescentes⁷.

Las barreras percibidas, a saber, temor e información errónea, están más generalizadas y son más difíciles de cambiar. Los estudios hechos muestran que hoy en día, como en el pasado, muchos adolescentes carecen de conocimientos precisos sobre los métodos³¹ anticonceptivos y tienen creencias exageradas sobre sus efectos secundarios³¹.

Muchos adolescentes, especialmente los menores, carecen de la madurez intelectual necesaria para entender la relación entre un acto y sus consecuencias a largo plazo. Las cuestiones relacionadas con el desarrollo de los adolescentes que presentan barreras para el acceso a anticonceptivos y el uso de éstos incluyen la falta de capacidad para entender las consecuencias del embarazo a temprana edad, la adopción de prácticas anticonceptivas ineficaces y el uso esporádico de anticonceptivos.

Los resultados obtenidos señalan que es necesaria una intervención urgente para

contrarrestar todas las consecuencias que se dan por el desconocimiento en anticoncepción y la persistencia de Barreras Reales y Percibidas en adolescentes.

Las intervenciones deben partir del MINSA, ONGs y profesionales de salud; que somos los que convivimos con esta problemática y tenemos contacto directo con las consecuencias.

Apoyar el desarrollo de adolescentes requiere de una inversión a largo plazo y no de intervenciones aisladas, de corto plazo, sin impacto y sin continuidad. El tema se complica más al comprobar que los adolescentes son invisibles en algunos países, esto adquiere especial relevancia cuando el tema de adolescencia y juventud compite por atención y financiamiento con otros problemas de salud^{20 25}.

Invertir en la juventud contribuirá a la salud general, la educación y las condiciones sociales de las presentes y futuras generaciones; por ello invertir en promoción y prevención puede significar un ahorro para el país^{20 21}.

Por ello proponemos realizar un diagnóstico situacional de adolescentes para lograr identificar los factores Biosociales de riesgo, logrando una captación a posteriori. Para luego integrarlas a un programa que se llamará "Salud Adolescente", que incluirá temas de Sexualidad y anticoncepción. Éste será dirigido por un equipo especializado en el tema (sexólogos, psicólogos y obstetras) cuyo objetivo primordial será promover el uso de métodos anticonceptivos en las adolescentes que mantienen una vida sexual activa; y prolongar la abstinencia en aquellas que aún no mantienen relaciones sexuales. Para corroborar el cumplimiento de los objetivos y desafíos se deberá monitorizar y evaluar al adolescente fuera del programa.

Un problema permanente es la falta o deficiencia de personal especialista en la materia, por lo tanto sería necesario capacitar a todo profesional de salud para dar orientación y consejería a población adolescente en forma confidencial y que no se emitan juicios reprobatorios que dificulte la comunicación; logrando que cualquier joven que busque asesoría en anticoncepción reciba información clara y precisa sobre los métodos anticonceptivos, incluyendo su uso correcto, los efectos secundarios y cómo acceder a un proveedor de salud en caso que algún aspecto le merezca dudas¹⁵.

Se debe buscar comodidad en las instalaciones y que estén ubicadas en zonas que sean accesibles. Además adaptándolas de manera que garantice privacidad, con decoración juvenil e informal que permita a los jóvenes sentirse acogidos por el servicio.

Una propuesta tentadora para promover el uso de métodos anticonceptivos es tener consultorios en establecimientos educacionales. Algunos países desarrollados y en desarrollo cuentan con este tipo de centros. Los servicios que se ofrecen varían ampliamente, pero todos incluyen al menos un chequeo básico de salud y servicios de referencia. Consultorios con programas preventivo – promocionales juveniles básicos; como son la consejería, orientación y distribución en métodos anticonceptivos; charlas sobre embarazo y prevención de ETS¹⁵. Ello, sin embargo, a menudo genera controversia y, en los países en desarrollo como el nuestro, estos servicios frecuentemente se ven limitados por políticas restrictivas, por escasez de personal, falta de lugares privados para entregar consejería y carencia de recursos.

Por ello, otro problema a enfrentar, sería el presupuesto de estos consultorios; problema que países como Colombia, Chile y Venezuela han solucionado por tener programas de Salud del adolescente que son auto sustentables.

La comunicación con los padres tiene mucha influencia en el adolescente ya que la familia es una unidad social que se encarga de la transmisión de valores culturales y de una propia ideología al adolescente; por lo tanto el rechazo de ella hacia la sexualidad y anticoncepción fomenta la desinformación y el no uso de métodos anticonceptivos en ellos¹². La comunicación con los padres sobre anticoncepción es deficiente o casi nula para ambos grupos; teniendo como resultados a un 65.4% (casos) y 53.8% (controles). El trabajo de *Álvarez Medina y Adelskis* señala que las adolescentes no utilizaron como fuente de información a sus padres lo que demuestra la deficiente comunicación entre padres e hijos en lo relacionado a la anticoncepción. Es importante que los padres se den cuenta de sus reacciones ante los cambios del adolescente y también vale la pena que traten de recordar su propia adolescencia³⁴.

En la investigación realizada por *Zhenia Pérez* (Cuba-2002), se confirma que un alto porcentaje (78.8%) de los adolescentes no utilizan como fuente fundamental de información sobre anticoncepción a sus padres debido a la falta de confianza. *Nelssy Bonilla y Luisa Fernanda Mejía* (Colombia-1997), efectuaron un estudio con adolescentes donde se hace explícito el poco dialogo con los padres sobre temas sexuales (86.25%) y en cambio una preferencia para hablar con los amigos y amigas sobre estos temas. La deficiente o la falta de comunicación con los padres podría deberse a que los adolescentes se sienten rechazados, juzgados y poco comprendidos con respecto a su expresión sexual.

Al igual que la comunicación con los padres es importante en la anticoncepción del adolescente; lo es también el diálogo con el compañero sexual. En el estudio se observó que la comunicación con la pareja es deficiente: 57% (casos) y 42.3% (controles). En el trabajo de *Ford K, Sohn W, Leppkowski J.* (EEUU-2000) concluyó que las parejas adolescentes que se constituyen de diferentes grupos raciales, grupos étnicos de diferentes redes sociales y las diferencias considerables de edades; pueden dificultar hablar de temas sexuales y, por lo tanto, pueden tener menos probabilidades de utilizar la anticoncepción². *Ann Blan* (Perú-1996) que las mujeres que hablaron sobre planificación familiar representaban a un 86%, mientras que las que no conocían la opinión de sus parejas era de un 4%. Sin embargo cuando se les preguntó a las mujeres cual era la cantidad de hijos que esperaban sus cónyuges sólo el 19% contestaron correctamente y a la inversa sucedió en los varones que sólo contestaron 25% en forma correcta²².

Este problema puede deberse al deseo de la adolescente por mantener una relación que considera mas fuerte que su salud, por ello evita hablar de sexo con protección. En resumen, la falta de comunicación sobre anticoncepción entre compañeros sexuales puede deberse a la existencia de estereotipos y rol de género existentes en las sociedades.

CONCLUSIONES

- El desconocimiento sobre métodos anticonceptivos y las barreras percibidas al acceso de anticonceptivos influyen en el embarazo no planificado en adolescentes.
- No se encontró asociación entre comunicación con los padres, comunicación con la pareja y presencia de barreras reales con el embarazo no planificado en adolescentes en el presente estudio.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar otros trabajos de investigación en que se comparen embarazos planificados y no planificados en adolescentes.
- Se recomienda trabajos de casos – controles pareados con relación de 1:4 para mejorar la potencia del estudio.
- Se recomienda la realización de otros trabajos similares con mayor muestra para obtener mejores resultados.
- Se recomienda que se realicen otros estudios analíticos a nivel de costa, sierra y selva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chávez M. Conocimientos, actitudes y prácticas en Planificación Familiar y Sexualidad en escolares de tercero, cuarto y quinto de secundaria en colegios de Tintaya Marquiri y Campamento BHP Tintaya 2001.
2. Finger William R. La educación sexual ayuda a preparar a los jóvenes. *Network en Español*. 2000; 20(3):30-35.
3. Andino Nieves, Adolescentes las víctimas en Perú. URL: <http://www.oij.org/oij22.htm> Acceso: 17/10/04
4. Núñez Rivas H, Rojas Cavaría A. Revisión conceptual y comportamiento del embarazo en la adolescencia en Costa Rica, con énfasis en comunidades urbanas pobres. *Revista Costarricense de Salud Pública* .1998; 7(13):38-54.
5. Teppa A, "El embarazo y uso de anticonceptivos en adolescentes". *Revista de Panamericana de Salud Pública* .1997; 1(4):301-303.
6. Villón J. Y Col. "Embarazo en adolescentes. Estudio en Acobamba – Huancavelica. 1998" ". *Revista de Ginecología y Obstetricia de Perú*.1999; 45(2):116-123.
7. Gordon S. Fácil acceso promueve uso de anticonceptivos en adolescentes. URL: http://ccp .Ucr .ac .cr/ac/ae_decisiones.pdf. Acceso el 15/10/04.
8. La Red Nacional para el Medio Ambiente y la Supervivencia y el Desarrollo Infantil. URL: <http://www.iipm-pri.Org/noticias/index.cfm?action=show&lang=esp&cod=327>. Acceso el 23/08/04

9. Instituto Nacional Estadística e Informática (INEI), Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) .Fecundidad adolescente en Perú. Determinantes e implicancias socioeconómicas. Lima, junio del 2000. URL:<http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0016/cap-022.htm>. Acceso el 20/09/04.

10. Salaverry O. Embarazo en adolescentes de Lima.

URL:<http://www.angelfire.com/pe/actualidadpsi/embarazo.html>. Acceso el 20/09/04.

11. Romero M. Embarazo en la adolescencia. Sexualidad y embarazo. URL:<http://escuela.med.puc.cl/páginas/OPS/DescrpDocentesRomero.html>. Acceso el 12/07/04.

12. Troncoso I. Embarazo en adolescentes. URL:http://correo.puj.edu.co/proyectosintesis/HIPERVINCULOS/PROBLEMÁTICA_SOCIAL/PO99207. Acceso el 19/10/04.

13. Díaz Loving R. “Conducta sexual y anticoncepción de las adolescentes de la ciudad de México, con respecto a la relación con su pareja”. *Revista Latinoamericana de sexología* .1989; 4(1): 35-51

14. Aller Atucha L. “Prácticas de iniciación sexual y anticoncepción en un grupo de jóvenes limeños”.*Revista Latinoamericana de sexología* .1990;5(2): 32-37.

15. Instituto Nacional de Paternidad Responsable (INPPARES). Microprogramas pro-embarazo en adolescentes.2002.

URL:http://www.ippfwhr.org/publications/publications_by_topic_s.asp?CategoryID=15&CategoryName=Anticoncepción - 45k Acceso el 19/10/04.

16. Moya C. “La salud sexual y Reproductiva de los jóvenes en América Latina y el Caribe” URL:<http://www.advocatesforyouth.org/publications/factsheet/fssaludsexual.pdf> Acceso el 29/06/04.

17 . Lugones Botell M, Prado Gonzales JJ, Calzada Occeguera M, Cordova Armengo M. La consulta de Ginecología infanto-juvenil en la atención primaria y la salud reproductiva de las adolescentes. *Revista Cubana Salud Pública*. 2001; 27(2): 103-115.

18. Muñoz Galligo E, et al. Anticoncepción y sexualidad en adolescencia. *Revista de Toko-Ginecología Práctica*.1999; 58(2):81-87.

19. Aparicio Jorge Y Col. “Características del aborto en las adolescentes”. Revista de Ginecología y Obstetricia.1996; 42(3):1-4.

20. Organización Panamericana de Salud. Eficacia de las intervenciones para reducir el embarazo no deseado en adolescentes. *Revista Panamericana de Salud Pública*.2002; 12(1):143-160.

21. Santelli JS, Abma J, Ventura S, et al. Can Changes in Sexual Behaviors Among High School Students Explain the Decline in Teen Pregnancy Rates in the 1990s? *Journal of Adolescent Health*. 2004; 35(2): 80- 90.

22. Best K. Cuando la pareja dialoga, disminuye el riesgo. *Network en Español*. 2002; 21(4):19-24.

23. Cromwell PF, Daley AM, Risser WL. Contraception for Adolescents: Part Two. *Journal of Pediatric Health Care*. 2004; 18(5): 250-253.
24. Díaz Sánchez V. El embarazo de las adolescentes en México. *Revista Gaceta Médica de México*. 2003;139(1):23-28.
25. Maddaleno M, Morillo P, Espínola F. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. *Revista Salud Pública de México*. 2003; 45(1):132 – 139.
26. Núñez Urquiza, R. y Col. Embarazo no deseado en adolescentes. *Revista Salud Pública de México*. 2003; 45(1):92-102.
27. Calero J. Percepciones de un grupo de adolescentes sobre iniciación sexual, embarazo y aborto. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2001; 27(1):50-57.
28. Langer A. El embarazo no deseado: Impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2002; 11(3):92-102.
29. Bonilla N., Mejía L. “Se comunican los adolescentes con sus padres acerca de temas sexuales”. *Revista Latinoamericana de Sexología* 1990; 6(2):48-53.
30. Cáceres J. “Conocer los métodos anticonceptivos no evita los embarazos entre adolescentes”. URL:[http:// www.gobcan.es/sanidad/scs/1/plansalud/syj/syj_ca1.htm](http://www.gobcan.es/sanidad/scs/1/plansalud/syj/syj_ca1.htm) - 31k - Acceso el 25/08/04.
31. Noci Fernández L. y Col. Adolescentes y métodos anticonceptivos. URL:<http://www.uco.es/organiza/centros/educacion/revistabru/brujula/articulos/noci3.pdf> Acceso el 25/09/04.
32. Advocates for Youth. Las comunidades responden al desafío de la prevención del embarazo de adolescentes. Vol 4: Mejora del acceso de los adolescentes a los métodos anticonceptivos. Washington DC; 2001.
33. Cromwell PF, Daley AM, Risser WL. Contraception for Adolescents: Part One. *Journal of Pediatric Health Care*. 2004; 18(3): 149-152.
34. Pérez Palmero Z, Casas Rodríguez L, Peña Galbán L, Miranda Rodríguez O, Zaldívar Gari M. Información sexual en un grupo de adolescentes. *Revista Cubana Médica Militar* .2002;31(4): 215-123.
35. Ali MM, Cleland J. Sexual and reproductive behaviours among single women aged 15-24 in eight Latin American countries: a comparative analysis. *Social Science & Medicine*. 2004; 1(4):3-13.
36. Henry KS. El asesoramiento de los adolescentes debe incluir la abstinencia y el uso de métodos anticonceptivos. *Network en español* . 2002; 22(1) : 28-34.
37. Encuesta Nacional de Salud (ENDES). *Planificación familiar*. 2000: 59-80. URL:http://sisbib.unmsm.edu.pe/BvRevistas/situa/a%C3%B1o10_n20_2002/conoci_acti_practi.htm . Acceso: 11/06/04

BIBLIOGRAFÍA

- Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista L. *Metodología de la Investigación*. 3rd ed. México: McGraw- Hill Interamericana; 2003.
- Cañedo Dorantes L. *Investigación Clínica*. 2ad. Ed. México: Nueva Editorial Interamericana; 1997.
- Lasky T, Stolley PD. Selección de casos y controles. *Boletín Oficina Sanitaria Panamericana*.1996; 120(5): 441-453.
- Lazcano PE, Salazar ME, Hernández MA. Estudios epidemiológicos de casos y controles. Fundamento teórico, variantes y aplicaciones. *Revista de Salud Pública de México*.2001; 43(2): 135-150.
- Bullón L. La estadística en la investigación epidemiológica: el estudio de casos y controles. *Anales de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. 2002; 63(2):15-20.
- Pineda EB, Alvarado EL, Canales FH. *Metodología de la Investigación*. 2da ed. Washington DC: Organización Panamericana de Salud; 1997.

ANEXO

Ver formato impreso