



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA

TESIS

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y SU ASOCIACIÓN CON LA EDUCACION
SEXUAL EN PACIENTES GESTANTES ADOLESCENTES EN EL
HOSPITAL REGIONAL DE ICA, DURANTE EL PERIODO DICIEMBRE
2020”**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

**Salud pública, salud ambiental y satisfacción con los servicios de
salud**

Presentado por:

Abigail Segundina Infanzon Parco

Tesis desarrollada para optar el Título de
Licenciada en Obstetricia

Docente asesor:

Mg. Juan Carlos Ruiz Ocampo

Código Orcid N° 0000-0002-6293-6352

Chincha, Ica, 2021

Asesor:

MG. JUAN CARLOS RUIZ OCAMPO

Miembros del jurado:

Dra. Silvana Rosario Campos Martínez

PRESIDENTE

Mg. Margarita Doris Zaira Sacsi

SECRETARIA

Mg. Giorgio Alexander Aquije Cárdenas

MIEMBRO

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicado a mis padres por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad, a mi esposo, por el apoyo constante y las palabras de aliento que nunca me faltaron en momentos que flaqueo, a mis hijos que son mi fuente de motivación y mis ganas de superarme cada día más.

A todos mis familiares, que es lo más valioso que Dios me ha dado y a mi casa de estudios, quien fue la formadora de grandes conocimientos adquiridos.

RESUMEN

Objetivo: determinar el Grado de conocimiento y su relación con la posición sobre educación sexual en pacientes gestantes en el Hospital Regional de Ica, **Material y método:** Estudio retrospectivo, transversal, descriptivo. La población fueron 105 gestantes adolescentes, constituyéndose la muestra en 83 de ellas que cumplieron criterios de selección. **Resultados:** Las gestantes atendidas en el Hospital el 90.4 % (75) tienen de 15 a 17 años y el 9.6 % (8) tienen 12 a 14 años, el 95.2 % (79) utilizan un método anticonceptivo y el 4.8 % (4) no utilizan, el 2.4 % (2) gestantes utilizan el método de ritmo, las gestantes que utilizan el método anticonceptivo hormonal, el 50.6 % (42) gestantes utilizan inyectables, el 30.2 % (25) utilizan métodos orales (píldoras), el 12 % (10) utilizan implantes, dentro de las gestantes que acuden al Hospital ninguna utiliza el método de barrera, dentro de las características de las gestantes atendidas en el Hospital , el 91.6 % (76) tienen nivel de instrucción secundaria con un estado civil soltera 79.5 % (66) que iniciaron sus relaciones sexuales con 81.9 % (68) entre 13 a 15 años. **Conclusión:** El método anticonceptivo natural más usado en gestantes es el método del ritmo y el método anticonceptivo hormonal es el inyectable. Ninguna de las gestantes utiliza el método de barrera

Palabras claves: Métodos anticonceptivos, gestantes

ABSTRACT

Objective: to determine the Degree of knowledge and its relationship with the position on sexual education in pregnant patients at the Regional Hospital of Ica, Material and method: Retrospective, cross-sectional, descriptive study. The population was 343 pregnant women, constituting the sample in 83 of them that fulfilled selection criteria. Results: The pregnant women treated at the Hospital, 90.4% (75) are 15 to 17 years old and 9.6% (8) are 12 to 14 years old, 95.2% (79) use a contraceptive method and 4.8% (4) do not use, 2.4% (2) pregnant women use the rhythm method, pregnant women who use hormonal contraception, 50.6% (42) pregnant women use injectables, 30.2% (25) use oral methods (pills), 12% (10) use implants, among the pregnant women who go to the Hospital, none use the barrier method, within the characteristics of the pregnant women treated at the Hospital, 91.6% (76) have a level of education high school with a single marital status 79.5% (66) who began their sexual relations with 81.9% (68) between 13 and 15 years. Conclusion: The most used natural contraceptive method in pregnant women is the rhythm method and the hormonal contraceptive method is the injectable. None of the pregnant women use the barrier method

KEY WORD: Contraceptive methods, pregnant

ÍNDICE

RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	5
INDICE DE TABLAS.....	8
INDICE DE FIGURAS.....	9
I. INTRODUCCIÓN.....	10
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
2.1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA.....	11
2.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN GENERAL.....	14
2.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN ESPECÍFICAS.....	14
2.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA.....	15
2.5. OBJETIVO GENERAL.....	15
2.6. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
2.7. ALCANCES Y LIMITACIONES.....	16
III. MARCO TEÓRICO.....	16
3.1. ANTECEDENTES.....	16
3.2. BASES TEÓRICAS.....	27
3.3. MARCO CONCEPTUAL.....	36
IV. METODOLOGÍA.....	38
4.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	38
4.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	38
4.3. POBLACIÓN – MUESTRA.....	39
4.4. HIPÓTESIS GENERAL.....	39
4.5. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES.....	40
4.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	42
V. RESULTADOS.....	44
5.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	44
5.2. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	48
VI. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	50
6.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS.....	50

6.2. COMPARACIÓN DE RESULTADOS CON MARCO TEÓRICO	50
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	51
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
ANEXOS	59
ANEXO 1: FICHA DE VALIDACIÓN DE EXPERTOS.....	59
ANEXO 2: INSTRUMENTO	60
ANEXO 3: REPORTE FINAL DE TURNITIN.....	63

INDICE DE TABLAS

TABLA 1: USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS GESTANTES ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, DURANTE EL PERIODO DICIEMBRE 2020.

TABLA 2: USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN GESTANTES ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, DURANTE EL PERIODO DICIEMBRE 2020.

TABLA 3: USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN GESTANTES ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, DURANTE EL PERIODO DICIEMBRE 2020. METODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES

TABLA 4: USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN GESTANTES ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE ADOLESCENTES

INDICE DE FIGURAS

GRAFICA 1: EDAD DE GESTANTES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, DURANTE EL PERIODO DICIEMBRE 2020.

GRAFICA 2: USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN GESTANTES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, DURANTE EL PERIODO DICIEMBRE 2020.

GRAFICA 3: METODOS ANTICONCEPTIVOS EN GESTANTES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, DURANTE EL PERIODO DICIEMBRE 2020.

GRAFICA 4: CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE GESTANTES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, DURANTE EL PERIODO DICIEMBRE 2020.

I. INTRODUCCIÓN

Según la OMS se llegó a calcular que en los países en vías de desarrollo alrededor de 225 millones de mujeres llegaron a posponer debido a que no utilizaron ningún método anticonceptivo, en algunos fueron el método de planificación familiar entre los más comunes los condones, de igual forma nos ayuda a prevenirla transmisión del HIV como otras infecciones de transmisión sexual. El uso de los anticonceptivos se ha incrementado en muchas partes del mundo, como en América Latina y en Asia, pero baja es la tasa en África. Desde los años 90, se han incrementado el uso de anticonceptivos, siendo en un inicio 54% y para el 2014 fue de 63%, teniendo escala a la población femenina entre los 20 a 45 años, el incremento fue de 27.4% para la actualidad de 60.9%. En vez de eso, los datos indican que ahora más adolescentes usan anticonceptivos cuando tienen sexo². Sin embargo, muchos no utilizar los métodos más eficaces o utilizarlos de forma incorrecta o inconsistente, lo que resulta en embarazos no deseados. Incluso los adolescentes bien informados pueden tener problemas a la hora de conseguir acceso a los anticonceptivos.

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

El posible desconocimiento de las adolescentes y sus dudas sobre uso correcto de un método anticonceptivo, podrá ser mejor tratado por el personal de salud indicado que gracias a este estudio se conocerá con más detalle y profundidad.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

Los cambios biológicos y psicológicos que ocurren durante el embarazo pueden afectar directamente la función sexual.¹ Los cambios en el comportamiento sexual, la falta de conciencia y las expectativas sexuales de la pareja durante este período suelen ser problemáticos y se han informado con frecuencia.²⁻⁴ Los problemas sexuales pueden influir en gran medida en el comportamiento sexual. calidad de vida de las mujeres, porque la disminución de la función sexual puede tener un efecto negativo en la autoestima y las relaciones interpersonales e incluso puede resultar en la separación de las parejas.⁵

En la guía clínica para la evaluación de la salud de la mujer, la disfunción sexual se define como la incapacidad de participar en la relación sexual deseada. Estas disfunciones pueden ser un signo de problemas biológicos o psicológicos, o una combinación de estos factores. Según esta guía clínica, cualquier tipo de estrés, trastornos emocionales o la falta de conciencia de las funciones sexuales fisiológicas podrían tener un impacto negativo en la función sexual.⁶ La falta de conciencia sobre los cambios resultantes del embarazo puede tener un efecto negativo en las respuestas sexuales de las parejas. . También puede causar una reducción o incluso el cese de las relaciones sexuales, aumentar la ansiedad, disminuir la autoestima y disminuir la conexión emocional y, posteriormente, resultar en un trastorno de salud mental de la familia.^{7,8} En algunos estudios también ha habido informes sobre hombres que tienen relaciones extramaritales por primera vez durante el embarazo de su esposa.^{9,10}

Por otro lado, la falta de protocolos educativos sobre problemas sexuales durante el embarazo en el diseño nacional de atención integral a las madres en los centros de salud, y el interés de las autoridades por

incorporar este protocolo educativo a los programas de atención ha influido en este asunto. Por lo tanto, intentamos determinar las necesidades de educación sexual de las mujeres embarazadas mediante la revisión de la literatura y la realización de una prueba previa y desarrollar un protocolo educativo para responder a estas necesidades basado en los últimos recursos científicos, y examinar la efectividad de este protocolo educativo a través de un paquete de intervención.

El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad de un paquete de educación sexual (desarrollado por el equipo de investigación con base en los resultados de la evaluación de necesidades) sobre la puntuación total de la función sexual en mujeres embarazadas como resultado primario. Los resultados secundarios del estudio fueron examinar su efecto en cada una de las seis dimensiones de la función sexual (deseo, excitación, orgasmo, satisfacción, dolor y lubricación) y estudiar su efecto sobre el tipo de relaciones y posiciones durante las relaciones sexuales.

Los estudios han demostrado que la mayoría de las parejas no tienen suficiente información sobre la relación sexual durante el embarazo, por lo tanto, siempre se ha propuesto la importancia de la educación sexual y el asesoramiento durante el embarazo.¹¹⁻¹³ La conciencia sexual puede disminuir la ansiedad de las parejas, lo que a su vez puede ayudar a mejorar la tensión resultante de los problemas sexuales durante el embarazo y reducir la aparición de problemas sexuales. También puede resultar en una mayor cercanía emocional y un mejor entendimiento entre la pareja, nuevas experiencias agradables y la atracción de las mujeres por los hombres.

Los jóvenes merecen el derecho a tener acceso a información y conocimientos sobre cómo hacer decisiones saludables y responsables

sobre su sexualidad. Sin embargo, no todo está tan disponible como uno esperaría. Si hay información disponible, puede indicarse de manera estricta, cuando debería proporcionar la profundidad necesaria para una toma de decisiones saludable. "En los EE. UU., Con fondos federales Los programas educativos de abstinencia solo hasta el matrimonio deben adherirse a una definición estricta de ocho puntos, lo que les obliga a enseñar que la actividad sexual fuera del matrimonio probablemente tenga efectos nocivos²

efectos psicológicos y físicos" Debido a este enfoque, se podría sugerir que esto hace que los programas tengan un enfoque limitado y, por lo tanto, sean problemáticos.

Según McKeon (2006), actualmente hay hasta 850.000 embarazos que los adolescentes están experimentando, junto con 9.1 millones de infecciones de transmisión sexual al año. "También es estimado que más de la mitad de todas las nuevas infecciones por el VIH ocurren antes de los 25 años y la mayoría son adquirido a través de relaciones sexuales sin protección" (APA, 2005, p. 1). Desafortunadamente, muchos de estas infecciones ocurren porque los adolescentes no han adquirido los conocimientos sobre cómo practicar comportamientos sexuales saludables y tomar decisiones saludables. Tanto la educación sexual integral como Los programas de abstinencia exclusiva retrasan el inicio de la actividad sexual (APA, 2005).

El comportamiento sexual y reproductivo de los adolescentes está influenciado por su entorno sociocultural y su percepción del bienestar psico-afectivo, lo que plantea necesidades y cuestionamientos frente a su sexualidad. La manera en que estos cuestionamientos se respondan y se suplan sus necesidades, determinarán su salud sexual y reproductiva.¹

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

Gillen A. en su investigación en el Instituto Educativo Ludoteca, que el 87,5% estuvieron muy de acuerdo que el embarazo no deseado es consecuencia de no tener información sobre el uso de los métodos anticonceptivos, el 44% utilizan el preservativo masculino, los métodos hormonales el 16%, el 60% respondieron que a veces no utilizan los métodos anticonceptivos, por la falta de control de los impulsos, el 87,50%, respondieron que conociendo el uso correcto de los métodos anticonceptivos se puede prevenir embarazos²

2.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN GENERAL

¿Cuál es el grado de conocimiento y su asociación con la educación sexual en pacientes gestantes adolescentes en el Hospital Regional de Ica, durante el período diciembre 2020?

2.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN ESPECÍFICAS

- ¿Cuál es el método anticonceptivo natural más usado por las gestantes adolescentes en el Hospital Regional de Ica, durante el período diciembre 2020?
- ¿Cuál es el método anticonceptivo hormonal más usado por las gestantes adolescentes Hospital Regional de Ica, durante el período diciembre 2020?
- ¿Cuál es el método anticonceptivo de barrera más usado por las gestantes adolescentes Hospital Regional de Ica, durante el período diciembre 2020?
- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las gestantes adolescentes en el Hospital Regional de Ica, durante el período diciembre 2020?

2.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

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

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

2.5. OBJETIVO GENERAL

- Determinar el grado de conocimiento y su asociación con la educación sexual en pacientes gestantes adolescentes en el Hospital Regional de Ica, durante el período Diciembre 2020.

2.6. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el método anticonceptivo natural más usado por las gestantes adolescentes del Hospital Regional de Ica, durante el período Diciembre 2020.
- Conocer el método anticonceptivo hormonal más usado por las gestantes adolescentes del Hospital Regional de Ica, durante el período Diciembre 2020.
- Demostrar el método anticonceptivo de barrera más usado por las gestantes adolescentes del Hospital Regional de Ica, durante el período Diciembre 2020.
- Describir las características sociodemográficas de las gestantes adolescentes del Hospital Regional de Ica, durante el período Diciembre 2020.

2.7. ALCANCES Y LIMITACIONES

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

III. MARCO TEÓRICO

3.1. ANTECEDENTES

Gye Yen Choi (Corea del Sur, 2017)³ “Una encuesta sobre el comportamiento sexual de los adolescentes en Corea del Sur: la tercera

encuesta en 2017". Objetivo: La encuesta se realizó para mejorar la salud de los adolescentes coreanos y para preparar programas de enseñanza adecuados mediante la investigación de su comportamiento sexual.

Métodos: Los participantes de la encuesta fueron 80,000 estudiantes de secundaria y preparatoria de 13 a 18 años. La encuesta se realizó del 1 de septiembre de 2007 al 22 de septiembre de 2017. Resultados: 78,834 estudiantes fueron encuestados y 74,698 (94.8%) estudiantes respondieron la encuesta. 35,232 (47.2%) de los encuestados eran estudiantes varones y 39,466 (52.8%) de los encuestados eran mujeres. 38,820 (52.0%) de los encuestados eran estudiantes de escuela intermedia, 25,051 (33.5%) de los encuestados eran estudiantes de secundaria y 10,827 (14.5%) de los encuestados eran estudiantes de secundaria técnica. El 5,2% de los encuestados tuvo relaciones sexuales. La edad promedio de la primera relación sexual fue de 14.2 años. El 1.0% de los encuestados tuvo relaciones sexuales antes de ingresar a la escuela secundaria. La tasa de embarazo fue del 0,3%. Entre los encuestados que experimentaron relaciones sexuales, la tasa de uso de métodos anticonceptivos fue del 38,2%. La tasa de uso de métodos anticonceptivos inapropiados fue del 21,6%. La edad promedio de un primer sueño húmedo para los niños fue de 13.2 años. La edad promedio de la menarquia para las niñas fue de 12.4 años. La tasa de encuestados que tuvieron educación sexual fue de 72.2%.

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

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

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

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

Resultados: Los datos fueron recolectados mediante cuestionarios autoadministrados anónimos. La tasa de respuesta fue del 63%. En la primera relación sexual, 51% de los adolescentes usaban condones y 7% de píldoras anticonceptivas. En la relación sexual más reciente, el 31% usó condones y el 38% la píldora. El uso de la píldora fue generalizado entre los adolescentes con alta frecuencia y pocas parejas coitales. El uso de condones no fue particularmente generalizado entre los adolescentes que informaron un número relativamente grande de parejas conyugales. Independientemente de la cantidad de años que estuvieron comitalmente activos, no hubo una diferencia significativa entre los que intentaron usar condones en la siguiente relación sexual y los que no lo hicieron con respecto a sus creencias acerca de los condones como protección contra las ETS, el VIH y los embarazos no planeados. Los resultados de este estudio indican que la mayoría de los adolescentes que usan anticonceptivos lo hacen para protegerse contra embarazos no deseados y no para protegerse contra las ETS. La preferencia por la píldora puede hacer que los adolescentes estén menos preparados para practicar el comportamiento protector de las ETS en situaciones específicas. Los resultados de este estudio indican que la mayoría de los adolescentes que usan anticonceptivos lo hacen para protegerse contra embarazos no deseados y no para protegerse

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

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

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

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

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

Métodos: En general, 64.9% de los hombres y 78.2% de las mujeres tenían experiencia sexual. La edad media de los hombres y mujeres fue de 15.5 ± 2.5 años y 16.2 ± 2 años, respectivamente. La mayoría de los encuestados afirmaron haber recibido información adecuada sobre salud reproductiva y enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluida el SIDA. Sin embargo, el 20% y el 30% de los encuestados en las zonas periurbanas y rurales, respectivamente, no sabían que una niña podría quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales. La incidencia de embarazos entre las mujeres encuestadas solteras fue relativamente alta (38%) y fue mayor en las zonas urbanas que en las rurales. Aproximadamente el 47% de las que habían estado embarazadas informaron haber tenido un aborto. Los niveles de conciencia anticonceptiva eran altos (98,2% en los hombres y 95,5% en las mujeres), pero muchos todavía mantenían relaciones sexuales sin

protección. Los métodos más utilizados fueron el condón y la píldora. Las principales razones que se dieron para el no uso fueron que no pensaban en la anticoncepción, estaban preocupados por la seguridad de los anticonceptivos y la objeción de la pareja. Estos hallazgos apuntan a la necesidad de dirigirse a los adolescentes solteros y adultos jóvenes con información sobre salud reproductiva y planificación familiar para aumentar su conciencia sobre los riesgos del embarazo, las enfermedades de transmisión sexual y la infección por VIH. Los niveles de conciencia anticonceptiva eran altos (98,2% en los hombres y 95,5% en las mujeres), pero muchos todavía mantenían relaciones sexuales sin protección.

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

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

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

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

educación de la madre. **Métodos:** El análisis discriminatorio multivariado de tres grupos resultó en dos funciones significativas que explicaron el 38.7% de la varianza en el comportamiento anticonceptivo. Los tres grupos de adolescentes fueron discriminados por edad en el primer coito, antecedentes de embarazo previo, comportamiento de promoción de la salud, autoimagen, habilidad para resolver problemas, edad cronológica, tamaño de la familia y raza. **Conclusiones:** En particular, los hallazgos sugieren que las enfermeras de salud pública y otros proveedores de atención médica pueden reducir el embarazo no deseado mediante intervenciones que abordan los factores alterables.

Víctor Aparcan Apaza (Perú, 2017) ⁷ “Momento de la primera relación sexual entre adolescentes: implicaciones para el uso de anticonceptivos”. **Objetivo:** El contexto social y económico en el que los adolescentes malienses inician la actividad sexual es diferente del experimentado por las generaciones anteriores. Poco se sabe acerca de las fuerzas que actualmente dan forma a la sexualidad de los adolescentes y afectan su salud reproductiva.

Métodos: una muestra representativa de 1,696 adolescentes (775 hombres y 921 mujeres) de 15 a 19 años fue entrevistada en 2017 sobre el comportamiento y el conocimiento sexual. Treinta discusiones de grupos focales proporcionaron ideas complementarias sobre el contexto y las razones de los primeros encuentros sexuales de adolescentes.

Resultados: casi la mitad de los varones urbanos con experiencia sexual dijeron que hubieran preferido retrasar su primera relación sexual, en comparación con alrededor de una quinta parte de las mujeres y de los hombres rurales. Los hombres solían decir que la curiosidad y la presión de los compañeros (incluida la presión de sus novias) los había llevado a comenzar a tener relaciones sexuales antes de lo que les hubiera gustado, mientras que las mujeres de las zonas urbanas citaron el amor y las de las zonas rurales citaron una promesa de matrimonio.

Los grupos focales, sin embargo, sugirieron que las mujeres urbanas jóvenes a menudo tenían relaciones sexuales para obtener dinero en efectivo para satisfacer sus necesidades y deseos materiales. Las mujeres urbanas solteras que exhibieron una alta autoestima y un lugar de control interno fueron significativamente más propensas a estar satisfechas con el momento de su primer encuentro sexual; estos factores no tuvieron efecto entre los varones. Entre los adolescentes que estaban satisfechos con el momento de su primera experiencia sexual, tanto los hombres como las mujeres tenían más probabilidades de haber usado un anticonceptivo moderno en la primera relación sexual, y las mujeres tenían más probabilidades de haber usado un método moderno. Sin embargo, los análisis multivariados indicaron que una gran parte del efecto entre las mujeres estaba mediada por factores psicológicos: la alta autoestima y un lugar de control interno se asociaron con una mayor probabilidad de haber usado anticonceptivos. Entre los hombres jóvenes, el uso permanente estuvo fuertemente asociado con la autoestima y solo se asoció débilmente con el momento de la primera relación sexual.

Conclusiones: Las características psicológicas de las mujeres jóvenes están fuertemente asociadas con su experiencia sexual (incluido el momento de su primer encuentro sexual) y, en última instancia, con su capacidad para protegerse de los riesgos para la salud sexual. La alta autoestima y un lugar de control interno se asociaron con una mayor probabilidad de haber usado anticonceptivos. Entre los hombres jóvenes, el uso permanente estuvo fuertemente asociado con la autoestima y solo se asoció débilmente con el momento de la primera relación sexual.

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

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

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

Resultados: Dicho esto, la implementación del DIU con educación reproductiva es prometedora potencial. A través de un lente clínico, los adolescentes en alto riesgo pueden ser educados sobre la anticoncepción opciones para concienciar sobre sus derechos reproductivos y fomentar elecciones independientes. Sin embargo, hay diferentes evidencias en torno a la efectividad de sugerir el uso del DIU en Nicaragua. Las técnicas y cada sitio se analizaron de forma independiente para determinar qué recursos se necesitaban. Los balances de la estandarización de los servicios de paciente-proveedor y el asesoramiento combinado con el direccionamiento. Las luchas individuales del sitio llevan a una iniciativa exitosa en general. Esto

apoya aún más el concepto que la prevención del embarazo no puede y no se logrará a través de un método debido a la complejidad del tema.

Conclusiones: Más investigación sobre el riesgo de infección con DIU sería útil para determinar si los pacientes están optando por dejar de usar el DIU debido a rumor o si deben mejorarse las técnicas de implantación del médico para reducir los verdaderos riesgos de infección. Además, la implementación del DIU hormonal en lugar del DIU de cobre puede ser más atractiva A adolescentes debido a sangrado vaginal mínimo y menor duración. A mayor escala, las mujeres. Los grupos de defensa pueden ayudar a informar a las legislaturas sobre la necesidad de educación reproductiva y Mayor acceso a grupos de adolescentes. La prohibición total del aborto sigue siendo ampliamente apoyada por la mayoría Las mujeres en Nicaragua, por lo que el foco debe estar en la prevención total.

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

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

Material: El marco teórico de la autoeficacia anticonceptiva (CSE) se utilizó para enmarcar este entendimiento. La exploración se realizó de tres maneras: una revisión crítica de la literatura sobre la autoeficacia anticonceptiva; un examen de la autoeficacia anticonceptiva en mujeres

adolescentes que buscan servicios de salud reproductiva en una clínica local de planificación familiar; y una exploración cualitativa de niñas adolescentes que habían usado sistemáticamente el control de la natalidad durante al menos un año sin la experiencia de un embarazo no planeado (desviaciones positivas). La revisión crítica de la literatura demostró que la investigación adicional sobre la CSE como predictor del uso de anticonceptivos tiene el potencial de mejorar el uso de anticonceptivos entre las adolescentes. La Escala de autoeficacia anticonceptiva (CSS) no se ha utilizado de manera integral en el pasado, y se necesita más investigación sobre el uso de la CSS para explorar la variación en el uso de anticonceptivos que queda sin explicar. En el siguiente manuscrito, El CSE de mujeres adolescentes que buscaban servicios de salud reproductiva en una clínica local de planificación familiar se evaluó junto con las propiedades psicométricas de la CSS. Este estudio mostró que la CSE se ve afectada por las variables demográficas y médicas, y está mínimamente influenciada por la conveniencia social.

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

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

Conclusión: La autoeficacia anticonceptiva está influenciada por variables demográficas y médicas, y el uso de la CSS se recomienda para futuros estudios de CSE. Además, las desviaciones positivas en el ámbito de la salud reproductiva tienen características consistentes que, si se desarrollan y enseñan a las adolescentes, pueden aumentar su uso de anticonceptivos. Las intervenciones dirigidas a mejorar la CSE entre las mujeres adolescentes y las características de la enseñanza como el asertividad, la responsabilidad y la planificación de la carrera pueden mejorar el uso de anticonceptivos, disminuyendo así las tasas de embarazos no deseados entre mujeres adolescentes y adultas por igual.

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

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

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

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

una mayor probabilidad de mostrar ciertas actitudes positivas y más posibilidades de respuestas correctas sobre algunas prácticas.

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

3.2. BASES TEÓRICAS

Anticonceptivos hormonales inyectables

Administración mensual:

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

Gestión Trimestral ¹¹

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

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

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

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

Estos efectos adversos son predecibles, teniendo que informar a los usuarios acerca de su ocurrencia. Si el cante adolescencia consideran

indeseables ocurrencia de sangrado irregular, amenorrea y aumento de peso, el DMPA no debe ser una opción anticonceptiva. DMPA también puede exacerbar la depresión. Como tiene forma de depósito, no pueden ser inmediatamente Nada discontinuidad. Por lo tanto, debe utilizarse con precaución en pacientes con antecedentes de depresión. Los pacientes que desean un rápido retorno de la fertilidad también deben evitar el uso de DMPA, para el inicio promedio de ciclos ovulatorios es de 10 meses después de la última inyección, independientemente del uso previo de tiempo. DMPA es la única forma de anticoncepción reversible con tal lenta recuperación de la fertilidad.¹⁴

Los parches transdérmicos y anillo vaginal

Estos métodos apenas se mencionan cuando se acercó la anticoncepción en la adolescencia. La incidencia de eventos tromboembólicos confirmados fue de 2,1 /10.000 años-mujer. En comparación con estos, los usuarios de parches transdérmicos hormonales habían riesgo aumentado de trombosis venosa confirmada por 7,9 veces (IC 95%: 3,5 a 17.1) y 6,5 veces (4,7 a 8,9) que usa el anillo vaginal, lo que corresponde a 9,7 y 7,8 años-persona incluso- TOS / 10.000. Este hecho, junto con el alto costo, constituye una limitación a su uso.¹⁴

Implantes subdérmicos¹⁵

Estos dispositivos contienen progesterona y etonogestrel (el metabolito activo del desogestrel) y norgestrel leve. El etonogestrel implante Contiene aproximadamente 68 mg del ingrediente activo en una sola varilla, la liberación de aproximadamente 60-70 mg / día, reduciendo a 40 mg / día durante un año y 25-20µg / día en 3 años. Puede ser aplicado con anestesia local y tiene alta eficiencia preceptiva con- durante 3 años. Una ventaja potencial del uso de este implante en adolescentes es la falta de efecto sobre la densidad mineral ósea. A pesar de que contiene

un progestágeno aislado no causa reducción en los niveles de estrógeno. En las mujeres de 18 a 40 años, que se compararon con los implantes de etonogestrel (n = 44) y cobre dispositivo intrauterino (n = 29), al no encontrar diferencia en la DMO entre los dos grupos después de dos años de uso. 30 la implantes de levonorgestrel Tiene una duración de cinco años. Debido a la mayor dificultad de inserción (son 6 polos), Está siendo reemplazado gradualmente por el implante de varilla única.¹⁵

El principal mecanismo de acción de los implantes es la inhibición de la ovulación. En segundo lugar, hay un grosor endometrial disminuir y aumentar la viscosidad del moco cervical, que inhibe la penetración de los espermatozoides. El índice de Pearl es 0,03 a implante, la eficacia superior observado en procedimientos definitivos (ligadura de trompas). El efecto principal que está utilizando implantes con irregularidades menstruales. En análisis, incluyendo 942 usuarios de implantes etonogestrel de todas las edades, los patrones de sangrado se calcularon en ciclos de 90 días. Los usuarios de implantes (33,3%) informaron del infrecuente sangrado (definida como menos de 3 episodios de sangrado / escape 90 días), seguido de amenorrea (sin sangrado / escape 90 días) 21,4% de los ciclos. sangrado prolongado (uno o más episodios de sangrado, que duran más de 14 días consecutivos, dentro de los 90 días) o frecuentes (más de 5 episodios de sangrado en 90 días) fueron, respectivamente, 16,9% y 6,1% ciclos, que representan los patrones más inusuales de sangrado uterino. Sangrado cambio de patrón es la principal causa del método de discontinuidad. El sangrado presentado en los primeros tres meses es altamente predictivo que el usuario presente en el futuro. Informarle de antemano que el cambio puede incrementar la satisfacción y la tasa de retención. Hay tan sugerente que AOC, los AINE y la doxiciclina puede

modificar el patrón de sangrado, pero no hay pruebas de los ensayos clínicos controlados. ¹⁶

Entre los beneficios no anticonceptivos de los implantes se reduce la dismenorrea y dolor pélvico. El implante parece determinar mínima o ninguna modificación del peso corporal, pero no existen estudios prospectivos publicados sobre el tema. Pequeño porcentaje de las mujeres (2,3%, n = 942) que se suspendió el uso de los implantes en los ensayos clínicos informó el aumento de peso; Sin embargo, el aumento de peso real no se documentó. En contraste, el DMPA se asocia con aumento de peso, con adolescentes obesos son más susceptibles a este efecto que los adolescentes de peso normal. Los implantes parecen ser alternativa en la población adolescente para facilitar su uso (no depende del usuario y no interfiere con las relaciones sexuales), de alta eficiencia (con una eficacia mantenida) y larga duración. No hay necesidad de subsidiaria clínica o periódica para asegurar su eficacia. No hay riesgo de tromboembolismo venoso, siendo bastante seguro, incluso en poblaciones de alto riesgo (fumadores, madres, después de la AP- a los pacientes) para este resultado. ¹⁷

Los DIU

Aunque el dispositivo intrauterino tiene di- frente características que lo convierten en un método atractivo para su uso en adolescentes, sigue siendo poco utilizado en los EE.UU. Es fácil de usar, muy eficaz, no dificulta las relaciones sexuales, no requiere la participación del socio y no es necesario repetir las visitas a la salud profesional. ¹⁸⁻¹⁹

El otro DIU en forma de T son sistemas términos intrauliberación de levonorgestrel que contiene 52 mg o Hasta 13,5 mg de levonorgestrel,

este último todavía sólo disponible en los EE.UU.. Tienen duración de uso aprobado por la FDA de 5 y 3 años, respectivamente. Su tasa de fracaso es de 0,14 por cada 100 mujeres en el primer año de uso, la tasa de fracaso acumulado en siete años de 1.1 por cada 100 mujeres. Estas tasas de fracaso son similares al método definitivo, la ligadura de trompas. tasa de continuidad a 1 año en adultos es de 78% para el DIU TCu380A y 81% para el LNG-IUS. ¹⁸⁻¹⁹

Hay diferentes pautas para el uso de los DIU en los adolescentes. En 2007, el comité Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) ³⁴ Se recomienda que los DIU se consideraron opciones de primera línea para la anticoncepción en adolescentes con o sin hijos. La Organización Mundial de la Salud también es compatible con el uso de los DIU en los adolescentes, proporcionando criterio de elegibilidad 2 (beneficio sobre el riesgo) para las mujeres menarquia a los 20 años de edad. Su eliminación es seguido por un rápido retorno de la fertilidad. ²⁰

Se espera que el cambio en el patrón menstrual para ambos tipos de DIU: el TCu380A puede causar dismenorrea y los ciclos menstruales más intensos. El sangrado irregular puede ocurrir al comienzo de su uso. El LNG-IUS puede causar sangrado uterino irregular (fugas) en los primeros 6 meses después de la inserción. Después de este período, la mayoría de las mujeres se refieren mínimo sangrado menstrual mejora la intensidad de la dismenorrea, que resulta en la liberación de intrauterino levonorgestrel y posteriores giros atro- endometriales. La reducción en el volumen de sangrado es de aproximadamente 90%, con un 20% de los usuarios que presentan amenorrea después de un año de uso. profesionales de la salud a menudo no se identifican los adolescentes leva como posibles candidatos para el uso del DIU. Parte de este pensamiento se deriva del viejo temor de que los DIU causan la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) y la infertilidad tubárica, lo que es

motivo de especial preocupación en los adolescentes sin hijos. Otra prueba descartaran esta relación. El uso de los DIU no aumenta el riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria del tracto genital superior por encima de la línea de base del riesgo esperado para las mujeres. Existe un riesgo seis veces mayor en los primeros 20 días después de la inserción, probablemente relacionado con el procedimiento (falta de aséptico o presencia de asintomática cervicovaginal adecuada en el momento de la inserción). Más allá de este período, el riesgo es a menudo incompleta. Este hallazgo refuerza la necesidad de la detección de la infección cervical en el momento, o antes, la inserción del DIU en los adolescentes, que son un grupo de riesgo para enfermedades de transmisión sexual.²⁰⁻²⁴

En cuanto a DIU levonorgestrel (LNG), la evidencia es diferente, con una probable reducción de las infecciones pélvicas porque hacen moco espeso e impenetrable a la aparición de bacterias. aleatorizado, ensayo abierto 38 encontrado una protección significativa a las infecciones del tracto genital superior con el uso de DIU LNG comparativamente al DIU de cobre. Esto ocurrió incluso en los usuarios jóvenes.²⁵

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

Otra preocupación es con el dolor de moderado a severo mencionado por jóvenes nulíparas en la inserción. Como- tanto, el uso de las tasas de continuidad en los adolescentes es mayores con los DIU que con el uso de otros métodos anticonceptivos. De acuerdo con criterios de la OMS, 16 los dos tipos de DIU son de categoría para su uso en mujeres menores de 20 años de edad. ²⁶

Tasa de continuidad

Los adolescentes necesitan la anticoncepción durante largos períodos. Por lo tanto, los métodos a largo plazo (CHA) y altas tasas de continuación deberían ser la elección. La tasa de continuación para AOC entre los adolescentes varía de acuerdo con los servicios de localización y atención, pero en general es menor que la encontrada con LARCs. En las clínicas comunitarias y hospitalarias, las tasas de continuidad disminuyen en 1 año, 29% después de 3 meses de iniciar el uso al 9% después de 12 meses. En otro es- todo, 42 no hubo diferencias entre los adolescentes que la adherencia utilizan la píldora trifásica con levonorgestrel y noretindrona píldora monofásica. Los factores socioeconómicos fueron predictivos una fuerte adhesión. En un estudio retrospectivo 43 una clínica urbana, la tasa de continuidad a 1 año fue de 82% para los implantes, a 45% DMPA y 12% AOC. en un estudio 44 celebrada en la clínica de una pequeña ciudad sólo el 32% de los adolescentes continuó DMPA utilizar hasta un año o más. Entre los que descontinuaran, el 40% se reanudó el método en otro momento. Los números parecen ser más favorables con el uso de LARCs (implantes y dispositivos intrauterinos). En series de casos 45 356 usuarios acompañan a los implantes de etonogestrel, 324 (91%) tenían el implante situ después de 1 año, 266 (74,7%) después de 2 años y 232 (65,1%) después de 2 años y 9 meses. Sólo un tercio de los usuarios (n = 124; 34,9%) eliminó la implantación temprana. Las principales razones

de la suspensión fueron excesiva sangrado y el deseo de embarazo. Al final del estudio, 141 (39,6%) mujeres querían poner nuevo implante 89 (25%) volver a la implantación trasladado al vencimiento y 3 mujeres (0,8%).²⁷⁻³⁰

La anticoncepción de emergencia

Esto no es un método único para los adolescentes. Pero parece pertinente hablar de ello, porque a esta edad, experiencia sexual y la responsabilidad con la protección contra un embarazo no deseado puede ser más baja, lo que requiere que el modo.³¹

Por cada vez que hay una relación sexual sin protección anticonceptiva, falta de uso o accidentes con los condones, los adolescentes tienen la opción de reducir las posibles tasas de embarazo mediante el uso de anticoncepción de emergencia. El uso de 1,5 mg de levonorgestrel en una única dosis (mayor eficacia), o 0,75 mg cada 12 horas (un total de 2 dosis) puede reducir a la tasa de embarazo del 85% cuando se usa dentro de las 72 horas de la relación relaciones sexuales sin protección. El uso para hasta 5 días todavía se recomienda, incluso con menores tasas de éxito. No existen contraindicaciones para el uso de píldoras anticonceptivas de emergencia (categoría 1 y 2 de los criterios de elegibilidad de la OMS), no hay riesgo de tromboembolismo (siendo un progestágeno aislado) 50 y se puede utilizar tantas veces como sea necesario, sin pérdida de eficacia.³²⁻³³

Obviamente, el uso repetido de la anticoncepción de emergencia señala la necesidad de establecer un anticonceptivo permanente en forma per-, presentando mayores tasas de eficacia en cualquiera de las opciones. Sus indicaciones incluyen relaciones sexuales sin protección, la violación, la rotura del condón y olvido de dosis orales. Los adolescentes son más propensos a usar la anticoncepción de emergencia, el anticonceptivo que se les prescribió antes de la necesidad. Actividades

de asesoramiento, aclarado de cemento sobre los beneficios y riesgos del uso y el acceso fácil a la anticoncepción debe ser parte de la política de salud pública dirigida a reducir el embarazo adolescente. ³⁴⁻³⁵

3.3. MARCO CONCEPTUAL

Implante

Este reversible largo anticonceptivo que actúa es una varilla de plástico flexible del tamaño de una cerilla que el médico inserta debajo de la piel, generalmente en la parte superior del brazo, y se puede prevenir el embarazo durante al menos tres años, cuando debería ser sustituido. Contiene hormona progestina que bloquea la liberación de óvulos por el ovario. Es el medio más eficaz de control de la natalidad, con una tasa de error de un año significativamente menor que 1 en 100 (0,05 por ciento). La fertilidad en general vuelve rápidamente tan pronto como se quita el implante. ³⁶⁻³⁷

Dispositivo intrauterino

Esta otra tasa de fracaso anticonceptivo reversible a largo plazo tiene un porcentaje ligeramente mayor de 0,2 a 0,8. El médico inserta un pequeño dispositivo en forma de T en el útero que impide que el esperma fertilice al óvulo. Hay dos tipos: el DIU T de cobre que no tiene hormonas y necesita ser reemplazado sólo cada diez años, y el DIU que contiene progestina, que debe ser cambiado cada tres a cinco años. ³⁶⁻³⁷

Progestina inyección

La inyección de esta hormona impide la liberación del óvulo desde el ovario durante tres meses. Su tasa de error es de seis en 100 en el primer año. ³⁶⁻³⁷

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

36-37

Adhesivo

El adhesivo contiene una hormona que se absorbe por la piel y bloquea la liberación del óvulo. Debe ser reemplazado semanalmente durante tres semanas, seguidas de una semana de descanso para que ocurra la menstruación. Como el anillo, tiene una tasa de nueve por ciento de falla.

36-37

Píldora

Este método también tiene una tasa de fracaso nueve por ciento en el primer año de uso. La píldora necesita ser tomada diariamente, y el uso inconsistente es la razón más común de las fallas. Hay dos tipos, pero sólo lo que contiene dos hormonas, estrógeno y progestina, normalmente se le receta para los adolescentes. ³⁶⁻³⁷

Los condones

Este es el único método que puede prevenir las enfermedades de transmisión sexual y siempre debe ser utilizado junto con otros métodos. El condón masculino, un revestimiento fino que debe colocarse sobre el pene, tiene una tasa de embarazo del 18 por ciento. El preservativo femenino, o bolsa vaginal, tiene una tasa de falla del 21 por ciento. ³⁶⁻³⁷

La anticoncepción de emergencia

Estas píldoras de progestina que se pueden tomar dentro de los cinco días (más pronto el mejor) cuando otros métodos anticonceptivos no se utilizaron o un condón se rompió, están disponibles sin receta en los Estados Unidos, incluso para los adolescentes. ACGO recomienda que los adolescentes mantengan los anticonceptivos de emergencia a mano "para una necesidad" para maximizar su eficacia.³⁶⁻³⁷

IV. METODOLOGÍA

4.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Estudio descriptivo, transversal, observacional y cuantitativo. Se encuestaron 105 gestantes adolescentes, atendidas en el Hospital Regional de Ica, en diciembre 2020.

4.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN

No Experimental: puesto que solo se observa el fenómeno de estudio más no se manipula la variable independiente.

4.3. POBLACIÓN – MUESTRA

Población: 105 adolescentes

MUESTRA: La muestra se calculó mediante la fórmula:

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

n = 83 adolescentes

4.4. HIPÓTESIS GENERAL

Existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento y la educación sexual en pacientes gestantes adolescentes en el Hospital Regional de Ica, durante el período diciembre 2020.

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- Existe un adecuado conocimiento sobre el método anticonceptivo naturales en las gestantes adolescentes en el Hospital Regional de Ica, durante el período diciembre 2020.
- Existe un adecuado conocimiento sobre el método anticonceptivo hormonal más usado por las gestantes adolescentes en el Hospital Regional de Ica, durante el período diciembre 2020.
- Existe un adecuado conocimiento sobre el método de anticonceptivo de barrera más usado por las gestantes adolescentes en el Hospital Regional de Ica, durante el período diciembre 2020.

- Existe un adecuado conocimiento sobre los métodos de las características sociodemográficas de las adolescentes en el Hospital Regional de Ica, durante el período Diciembre 2020}

4.5. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

Variable Independiente:

Nivel de conocimiento sobre educación sexual

Conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos

Conocimiento sobre métodos hormonales

Conocimiento sobre métodos de barrera

VARIABLE: Características Sociodemográficas

DIMENSIONES:

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

INDICADORES:

- Analfabeta
- Primaria
- Secundaria
- Soltera

- Casada
- Conviviente

4.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEF. OPERACIONAL	TIPO	ESCALA DE MEDICION	Dimensiones	INDICADOR	Instrumento
Uso de método anticonceptivo	Frecuencia del uso que se dé con el método anticonceptivo.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Uso de método anticonceptivo ▪ Métodos naturales ▪ Métodos hormonales ▪ Métodos de barrera ▪ Píldora de emergencia postcoital 	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Método del ritmo <input type="checkbox"/> Temperatura basal <input type="checkbox"/> Moco vesical <input type="checkbox"/> Preservativos <input type="checkbox"/> Condón femenino <input type="checkbox"/> Espermicidas	Encuesta
Adolescentes	Periodo del desarrollo que se manifiesta durante el comienzo de la pubertad con la edad adulta.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de instrucción • Estado civil • Inicio de las relaciones sexuales • Adolescencia intermedia • Adolescencia tardía 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analfabeta ▪ Primaria ▪ Secundaria ▪ Soltera 	Encuesta

4.7. RECOLECCIÓN DE RESULTADOS

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

Previa coordinación institucional me dirijo al servicio de obstetricia para la toma de muestra mediante el instrumento ficha de recolección de datos a las historias clínicas de las adolescentes de lunes a sábados de 08:00 a 18:00 horas hasta recolectar la muestra requerida que será 83 adolescentes de los meses

V. RESULTADOS

5.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

TABLA 1

USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS GESTANTES ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, DURANTE EL PERIODO DICIEMBRE 2020.

EDAD	ADOLESCENTES	
	N°	%
12 A 14 AÑOS	8	9.6
15 A 17 ANOS	75	90.4
TOTAL	83	100

FUENTE: Ficha de recolección de datos

GRAFICA 1. EDAD DE GESTANTES

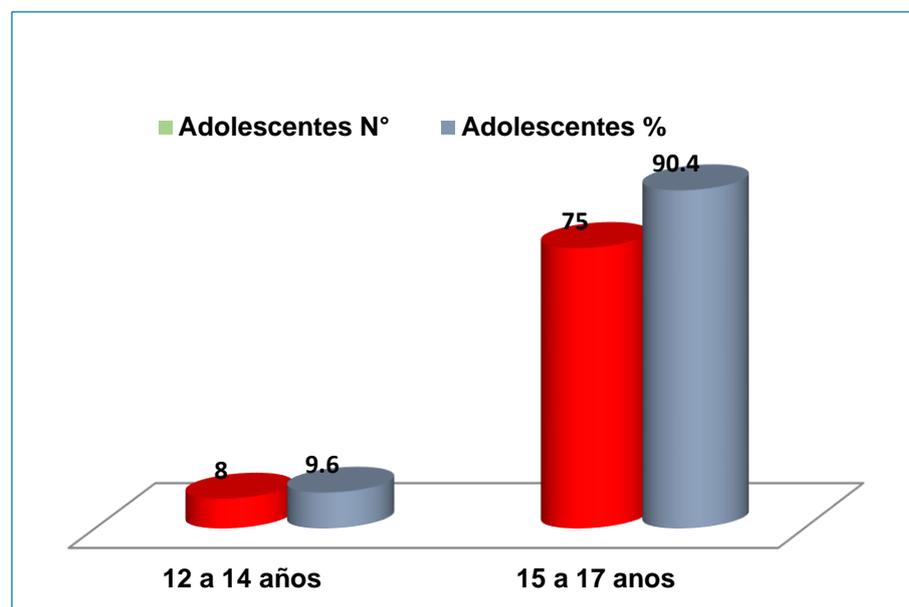


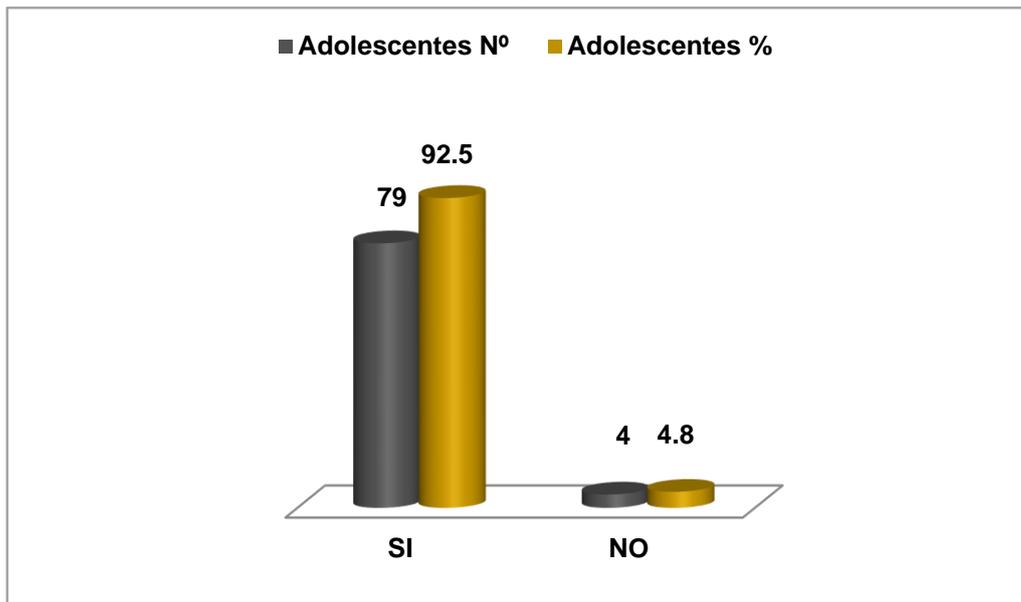
TABLA 2

USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN GESTANTES ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, DURANTE EL PERIODO DICIEMBRE 2020.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	GESTANTES	
	N°	%
USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS		
SI	79	95.2
NO	4	4.8
TOTAL	83	100

FUENTE: Ficha de recolección de datos

GRAFICA 2. USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN GESTANTES



FUENTE: Ficha de recolección de datos

TABLA 3

USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN GESTANTES ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, DURANTE EL PERIODO DICIEMBRE 2020. METODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES

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

FUENTE: Ficha de recolección de datos

GRAFICA 3

METODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES

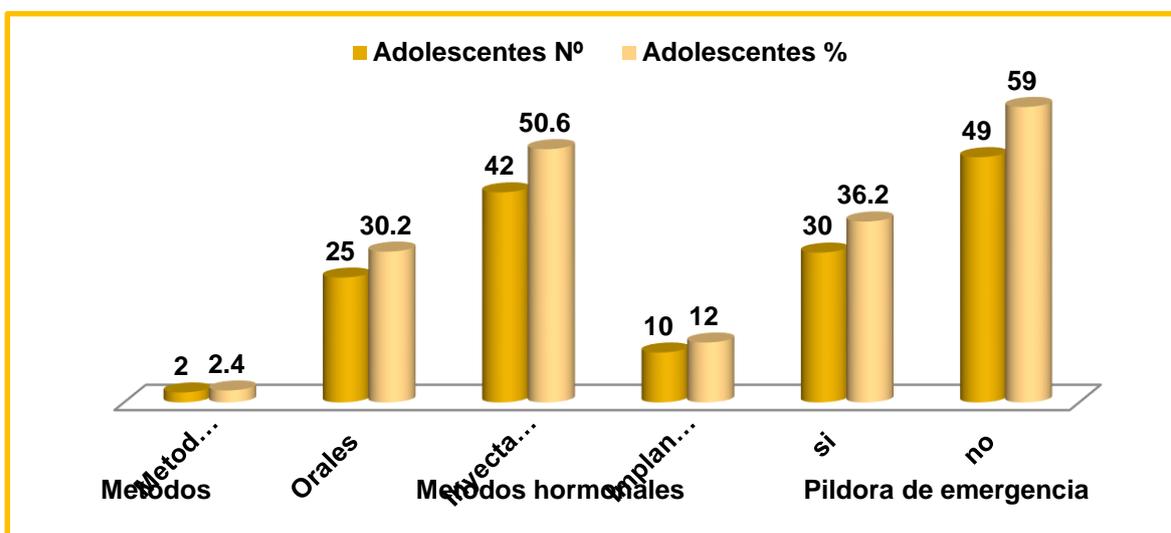


TABLA 4

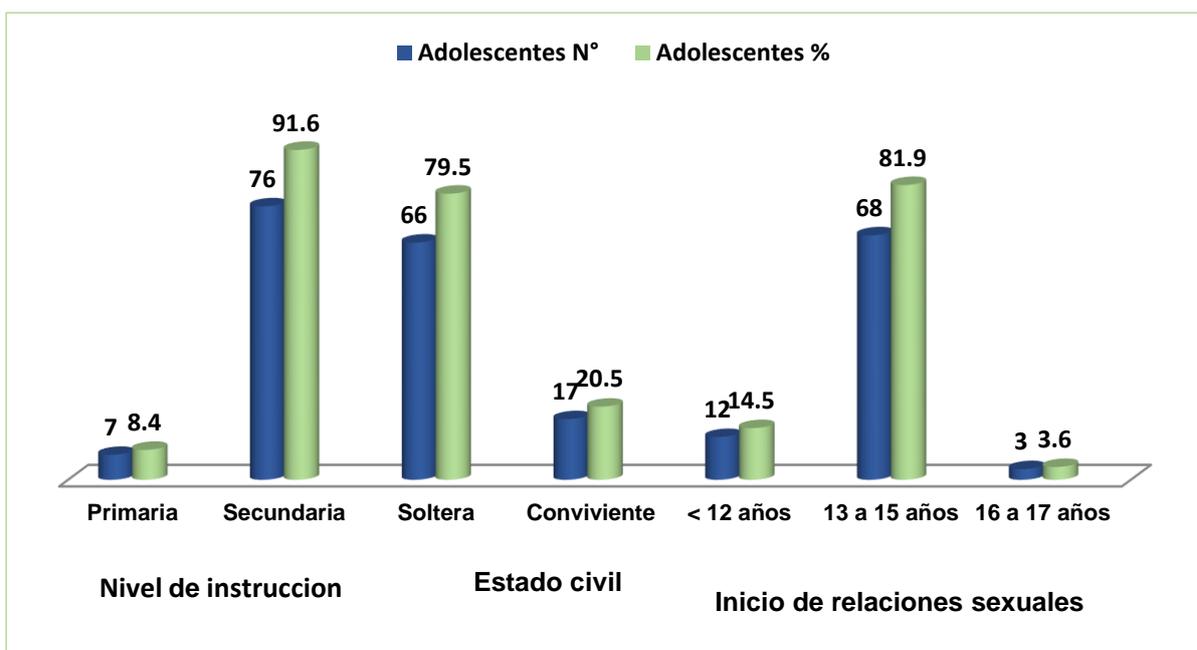
USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN GESTANTES
ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO.
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE ADOLESCENTES

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

FUENTE: Ficha de recolección de datos

GRAFICA 4

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE GESTANTES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, DURANTE EL PERIODO DICIEMBRE 2020.



FUENTE: Ficha de recolección de datos

5.2. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Del 100 % (83) adolescentes, el mayor porcentaje 90.4 % (75) adolescentes tuvieron edades entre 15 a 17 años y el menor porcentaje 9.6 % (8) adolescentes tuvieron entre 12 a 14 años de edad. Del 100 % (83) adolescentes, el 95.2 % (79) adolescentes si usaron métodos anticonceptivos y el 4.8 % (4) adolescentes no usaron. Del 95.2 % (79) adolescentes, el 50.6 % (42) usaron inyectables y en 2.4 % (2) adolescentes usaron el método del ritmo. Del 95.2 % (79) adolescentes, el 36.2 % (30) usaron píldora de emergencia y en 59 % (49) adolescentes no usaron.

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

-Del 100 % (83) GESTANTES, el 79.5 % (66) GESTANTES tienen estado civil soltera y el 20.5 % (17) GESTANTES tienen conviviente. Del 100 % (83) GESTANTES, el 81.9 % (68) GESTANTES iniciaron sus relaciones sexuales entre los 13 a 15 años y el 3.6 % (3) GESTANTES entre los 16 a 17 años.

VI. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

6.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS

Por cada vez que hay una relación sexual sin protección anticonceptiva, falta de uso o accidentes con los condones, los adolescentes tienen la opción de reducir las posibles tasas de embarazo mediante el uso de anticoncepción de emergencia. El uso de 1,5 mg de levonorgestrel en una única dosis (mayor eficacia), o 0,75 mg cada 12 horas (un total de 2 dosis) puede reducir a la tasa de embarazo del 85% cuando se usa dentro de las 72 horas de la relación relaciones sexuales sin protección. El uso para hasta 5 días todavía se recomienda, incluso con menores tasas de éxito. No existen contraindicaciones para el uso de píldoras anticonceptivas de emergencia (categoría 1 y 2 de los criterios de elegibilidad de la OMS), no hay riesgo de tromboembolismo (siendo un progestágeno aislado) 50 y se puede utilizar tantas veces como sea necesario, sin pérdida de eficacia. 32-33

Obviamente, el uso repetido de la anticoncepción de emergencia señala la necesidad de establecer un anticonceptivo permanente en forma per-, presentando mayores tasas de eficacia en cualquiera de las opciones. Sus indicaciones incluyen relaciones sexuales sin protección, la violación, la rotura del condón y olvido de dosis orales. Los adolescentes son más propensos a usar la anticoncepción de emergencia, el anticonceptivo que se les prescribió antes de la necesidad. Actividades de asesoramiento, aclarado de cemento sobre los beneficios y riesgos del uso y el acceso fácil a la anticoncepción debe ser parte de la política de salud pública dirigida a reducir el embarazo adolescente. 34-35

6.2. COMPARACIÓN DE RESULTADOS CON MARCO TEÓRICO

En los EE. UU., cada año, más de 1 millón de niñas adolescentes consiguen con receta acetato medroxiprogesterona (DMPA). Se utiliza principalmente para la anticoncepción. La alta tasa de amenorrea se

expande haciendo que la pantalla a los adolescentes con trastornos cognitivos retardados o sangrado cuando es útil para reducir o eliminar el sangrado menstrual. Este anovulatorio también se puede utilizar para tratamiento de la dismenorrea severa y la endometriosis. Otros beneficios incluyen la protección anticonceptiva contra el cáncer de endometrio y la reducción de las convulsiones y anemia de células falciformes.

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

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

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Las gestantes adolescentes atendidas en el hospital regional de ica tienen poco conocimiento sobre educación sexual.

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

RECOMENDACIONES

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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vasilenko AS, et al. Momento de la primera relación sexual y los resultados de salud de adultos jóvenes. *J Adol Salud*. 2016; 59 (3): 291-7.

2. Borges et al. el comportamiento sexual de los adolescentes - Suplemento ERICA. Rev Salud Pública 2016; 50 (Suppl 1): 15s.
3. Saito MI, et al. La adolescencia: Prevención y Riesgos. 3ª ed. Rio de Janeiro. Atheneu de 2015.
4. Saito MI, et al. la anticoncepción de emergencia. En: Saito MI Vitalle MSS, CA Landi, Hercowitz A (ed). La adolescencia y la sexualidad: vista actual. 1ed. San Pablo. Editorial Atheneu, 2016.
5. Organización Mundial de la Salud, UNICEF, UNFPA y Banco Mundial. Tendencias de la mortalidad materna: 1990 a 2010. Disponible en <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoreo/9789241503631/en/> de acceso en de mayo de 2017.
6. Peipert QZ, et al. La adherencia al método de uso de anticonceptivos dual. Anticoncepción. 2011; 84 (3): 252-258.
7. LR Smith, et al. Evaluación del comportamiento sexual entre los jóvenes y adolescentes de escuelas públicas. Salud adolesc. 2015; 12 (2): 76-84.
8. Bitzer J, et al. Orientación de los factores para el cambio: asesoramiento anticonceptivo y el cuidado de las adolescentes. Eur J Health Care Repr anticoncepción. 2016; 21 (6): 417-430.
9. Vaz RF, et al. Las tendencias en los embarazos de adolescentes en Brasil, 2000-2011. Rev. Bras Med Assoc. [En línea]. 2016; 62 (4): 330-335.
10. Daynanda I, et al. Anticoncepción en: SJH Emans, Laufer RL, ginecología pediátrica y adolescente de Goldstein. 6ª ed. Lippincott Williams & Wilkins, Filadelfia.

11. Organización Mundial de la Salud - OMS. recomendaciones prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. 2ª edición, Ginebra, Suiza, Ediciones de la OMS 2004.
12. Centros para el Control y Prevención de Enfermedades, MMWR, Morbidity and Mortality Weekly Report, US Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos, 2016, Recomendaciones e Informes del CDC, 2016; 65 (4).
13. Han SH, Lee MS, Lee SH. Un estudio sobre los comportamientos sexuales y los factores relacionados de los estudiantes de secundaria en el área de Seúl. J Korean Soc Health Educ Promot 2000; 17: 19–39.
14. Kim SJ, Kim IO. El efecto del video y la intervención basada en la discusión sobre el conocimiento y la actitud de los adolescentes hacia la sexualidad. Revista de la Asociación Coreana de Estudios de Salud 2004; 30: 85–95.
15. Atwater E. En: Adolescencia. 3ª ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1992.
16. Rodríguez C Jr, Moore NB. Percepciones de adolescentes embarazadas / con hijos: temas de replanteamiento para un enfoque integrado de los problemas del embarazo. Adolescence 1995; 30: 685–706.
17. La tercera encuesta basada en la Web sobre comportamiento de riesgo de los jóvenes en Corea, 2007, Centros de Control y Prevención de Enfermedades de Corea. Centros de Control y Prevención de Enfermedades de Corea [Internet]. 2010 [citado el 2 de abril de 2010]. Disponible en: <http://healthy1318.cdc.go.kr> .
18. Cha ES. Un estudio sobre el conocimiento, la actitud y el comportamiento en relación con la sexualidad de los estudiantes de secundaria. J Korean Soc Sch Health 1999; 12: 357–375.

19. Kim JC. En: Investigación sobre la conciencia sexual y la ciencia de la investigación sobre las circunstancias de los adolescentes [disertación]. Asan: Soonchunhyang Univ; 2000.
20. Jee HK, Lee KH, Min BK. Una relación entre los patrones de comportamiento problemático y la curiosidad sexual de los adolescentes estudiantes y adolescentes de lujo. J Korean Neuropsychiatr Assoc 1986; 25: 418–430.
21. Ministerio de salud y bienestar [internet]. Seúl: Ministerio de salud y bienestar; 2002 [citado el 2 de abril de 2010]. Hechos y cifras sobre los adolescentes en contacto con ambientes nocivos. Disponible en: <http://www.mohw.go.kr/> .
22. Johnson J. Enfermedades de transmisión sexual en adolescentes. Prim Care 1987; 14: 101–120.
23. Jakobsen R, Rise J, Aas H, Anderssen N. Interacciones sexuales no sexuales y comportamiento problemático en adolescentes jóvenes: el Estudio de comportamiento de salud longitudinal noruego. J Adolesc 1997; 20: 71–83.
24. Gong SK. Desarrollo del modelo de educación integral en sexualidad para escuelas en Corea. Federación de Población Planificada de Corea 2000; 8: 71–90.
25. Kim MJ. Análisis de variables relacionadas con la edad al primer embarazo adolescente. Korean J Youth Stud 2002; 9: 71–85.
26. Abrahamse AF, Morrison PA, Waite LJ. Adolescentes dispuestos a considerar la maternidad soltera: ¿quién corre el mayor riesgo? Fam Plann Perspect 1988; 20: 13–18.

27. Hanson SL, Myers DE, Ginsburg AL. El papel de la responsabilidad y el conocimiento en la reducción de la maternidad en la adolescencia fuera del matrimonio. *J Marriage Fam* 1987; 49: 241–256.
28. Olson CF, Worobey J. Percibieron las relaciones madre-hija en una muestra de adolescentes embarazadas y no embarazadas. *Adolescence* 1984; 19: 781–794.
29. Ralph N, Lochman J, Thomas T. Características psicosociales de adolescentes embarazadas y nulíparas. *Adolescence* 1984; 19: 283–294.
30. Lanza HJ. En: Embarazo adolescente: Las experiencias de mujeres adolescentes que asistieron a una escuela alternativa [disertación]. Charlottesville: Virginia Univ .; 1997.
31. Santelli JS, Beilenson P. Factores de riesgo para el comportamiento sexual de los adolescentes, la fertilidad y las enfermedades de transmisión sexual. *J Sch Health* 1992; 62: 271-279.
32. Lee es, Park EH, Lee JJ. Una encuesta sobre la actitud hacia el sexo de mujeres solteras en Corea del Sur. *Korean J Obstet Gynecol* 2006; 49: 157–167.
33. V. Halpern , LM Lopez , DA Grimes , L. Stockton , MF Gallo Estrategias para mejorar la adherencia y la aceptabilidad de los métodos hormonales de anticoncepción
34. D. Kirby , T. Raine , G. Thrush , C. Yuen , A. Sokoloff , SC Potter Impacto de una intervención para mejorar el uso de anticonceptivos mediante llamadas telefónicas de seguimiento a pacientes adolescentes de clínicas adolescentes Perspectiva. *Sexo. Reprod. Salud*, 42 (4) (2010) , pp. 251 – 257
35. LM Lopez , JE Hiller , DA Grimes , M. Chen Educación para el uso de anticonceptivos en mujeres después del parto Base de Datos Cochrane *Syst. Rev.* , 11 (2014)

36. LBM Martins , L. CostaPaiva , MJD Osis, MH Sousa , AMP Neto, V. TadiniConhecimento sobre métodos anticoncepcionais por estudantes adolescentes. Rev. Saúde Pública , 40 (1) (2006) , pp. 57 – 64
37. M. Martins , LM Sousa , AS OliveiraRecomendações do enunciado CONSORT para el relato de estudios clínicos controlados aleatorios Medicina (Ribeirão Preto) , 42 (1) (2009) , pp. 9 – 21

ANEXOS

ANEXO 1: FICHA DE VALIDACIÓN DE EXPERTOS



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

RESOLUCIÓN N° 136-2006-CONAFU

RESOLUCIÓN N° 432-2014-CONAFU

FORMATO DE VALIDEZ SUBJETIVA DE
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

ANEXO 2: INSTRUMENTO

1)Edad

- a. 15 a 19 años
- b. 20 a 25 años
- c. Más de 25 años

2) Estado civil

- a. Soltera/o
- b. Casada/o
- c. Divorciada/o
- d. Viuda/o
- e. Unión de hecho

3) Marque los métodos anticonceptivos que conoce

- a. Hormonas orales
- b. Hormonas inyectables
- c. DIU
- d. Condón
- e. Abstinencia según la temperatura basal
- f. Abstinencia en la mitad del ciclo
- g. Coito interrumpido
- h. Ligadura de trompas
- i. Vasectomía
- j. Amenorrea por lactancia
- k. Preservativo femenino

4) Con su pareja estable o no, ha tenido práctica anticonceptiva alguna vez en su vida

- a. Sí
- b. No

5) Sí la respuesta de la pregunta 4 es **Sí** marque el o los métodos que Utilizaron

- a. Hormonas orales
- b. Hormonas inyectables
- c. DIU
- d. Condón
- e. Abstinencia según la temperatura basal
- f. Abstinencia en la mitad del ciclo
- g. Coito interrumpido
- h. Ligadura de trompas
- i. Vasectomía
- j. Amenorrea por lactancia
- k. Preservativo femenino

6) ¿En alguna oportunidad Ud. ¿O su pareja quedó embarazada a pesar de estar usando algún método anticonceptivo?

- a. Sí
- b. No

7) En caso que la respuesta de la pregunta anterior sea **Sí**, ¿con cual/es método/s se estaban cuidando?

- a. Hormonas orales
- b. Hormonas inyectables
- c. DIU
- d. Condón
- e. Abstinencia según la temperatura basal
- f. Abstinencia en la mitad del ciclo
- g. Coito interrumpido
- h. Ligadura de trompas
- i. Vasectomía
- j. Amenorrea por lactancia
- k. Preservativo femenino

8) ¿Cuál es el mecanismo de acción de los anticonceptivos?

.....
...
.....
.....
.....
.....
.....

09) La lactancia materna es un método anticonceptivo?

.....
.....

10) Conoces el método anticonceptivo del DIU?

- a. Sí
- b. No

11) Sí la respuesta de la pregunta anterior es **Sí** mencione las razones por la cual aceptaría/rechazaría dicho método.

.....
...

.....
...
.....
...

ANEXO 3: REPORTE FINAL DE TURNITIN

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y SU ASOCIACIÓN CON LA EDUCACION SEXUAL EN PACIENTES GESTANTES ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, DURANTE EL PERIODO DICIEMBRE 2020.

INFORME DE ORIGINALIDAD

11

10

1

5

