



INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL PEDRO KOURÍ

MINISTERIO DE SALUD, EL SALVADOR

**“ADHERENCIA A LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES
ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS EN LA MICRORRED ILOPANGO.2017”**

Autora:

Dra. Mayra Vanessa Ruballo Valdivieso

Tutores:

Dra. Marta Ana Castro Peraza. DrC.

Dra. Thelma Tápanes Fernández. MSc.

Asesor:

Dra. Marcela Guadalupe Hernández Renderos. MSP y GO

Tesis para optar por el título de Master en Epidemiología

2019

Tabla de contenido

1	INTRODUCCION.....	1
1.1.	Problema de Investigación.....	9
2	OBJETIVOS.....	10
3	MARCO TEORICO.....	11
3.1	La adolescencia.....	11
3.2	Planificación familiar.....	14
3.3	Adherencia a métodos anticonceptivos.....	15
3.4	Métodos anticonceptivos.....	18
3.5	Tipos de anticonceptivos. Uso.....	18
3.5.1	Dispositivo intrauterino (DIU).....	18
3.5.2	Anticonceptivo Sistemática (ACO).....	20
3.5.3	Anticonceptivos inyectables.....	25
3.6	Uso de métodos anticonceptivos en adolescentes y su base legal.....	28
3.7	Métodos anticonceptivos y adolescentes en El Salvador.....	28
4	MATERIAL Y MÉTODO.....	32
4.1	Contexto.....	32
4.2	Diseño de estudio.....	32
4.3	Población objeto de estudio y universo.....	32
4.4	Definición y operacionalización de variables.....	33
4.5	Técnicas y procedimientos.....	35
4.6	Análisis y procesamiento de la información.....	38
4.7	Consideraciones éticas.....	39
5	RESULTADOS.....	42
6	DISCUSIÓN.....	52
7	CONCLUSIONES.....	59
8	RECOMENDACIONES.....	60
9	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	61
10	ANEXOS	

RESUMEN

El alto número de embarazos y el bajo uso de los métodos anticonceptivos en las adolescentes generan preocupación actualmente. El objetivo de la investigación fue explorar la preferencia, uso y adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres adolescentes de 10 a 19 años que les correspondió su primer control de anticoncepción en la Microred Ilopango entre enero y septiembre de 2018. Se realizó un estudio de corte transversal con componente analítico. Fueron entrevistadas 126 adolescentes por vía telefónica, de ellas 92 dejaron de usar el método anticonceptivo, 45 refirieron hacerlo porque querían salir embarazadas. El anticonceptivo inyectable trimestral con un 57,6% fue el de mayor preferencia, siendo los anticonceptivos orales con un 3,2% los menos preferidos por las adolescentes. En la relación entre motivo de abandono del método y adherencia reportada se obtuvo significación estadística tanto en el grupo de adolescentes que se encuentran bien o sin pareja estable como en las que se sienten mal con pareja estable. Las adolescentes en unión libre y amas de casa presentaron mayor adherencia, además tener conocimientos previos sobre métodos de planificación familiar no influye de manera significativa en la adherencia y con respecto a la preferencia se vio reflejada en el método de planificación familiar trimestral, esto se puede relacionar con la facilidad de uso y la privacidad que conlleva utilizar este método. La adherencia a métodos anticonceptivos en general fue muy baja, aunque muchas adolescentes tienen acceso a información de métodos anticonceptivos, no son adherentes a ninguno de ellos.

Palabras clave: adolescentes, métodos anticonceptivos, adherencia

1 INTRODUCCION

El embarazo en edades tempranas se ha convertido en un problema social y de salud pública de alcance mundial. En la actualidad es de gran importancia abordar el periodo de la adolescencia, dada la trascendencia de este grupo etario para el desarrollo y su impacto en la población mundial, en particular para los países de América Latina, y el Caribe. (1)

Las cifras de embarazo en la adolescencia son preocupantes. Es un problema que afecta a los países desarrollados y en vías de desarrollo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de Naciones Unidas (ONU), informan que hay más de 1000 millones de adolescentes en todo el mundo, y de estos, un aproximado del 83 %, corresponde a países subdesarrollados. No obstante, el fenómeno no excluye a los países industrializados, como por ejemplo Estados Unidos, donde el 70 % de los adolescentes que tienen un hijo, que afirman no haberlo deseado. Las adolescentes son, además, las primeras víctimas de las infecciones sexualmente transmisibles, cuya cantidad de casos se estima en 300 millones cada año. (2)

América Latina y el Caribe es la región con mayor fecundidad adolescente en el mundo después del África subsahariana, proyecciones recientes plantean que la tasa de fecundidad adolescente en América Latina será la más alta del mundo y que se mantendrá estable durante el período 2020–2100, en la región, una tercera parte de los embarazos corresponden a menores de 18 años, siendo casi un 20% de estas, menores de 15 años. (3)

En estas edades, el embarazo en adolescentes suele ser en muchos casos producto de violencia sexual, unido a ello, el riesgo de morir por causas relacionadas al embarazo, parto y postparto se duplica si las niñas quedan embarazadas antes de los 15 años de edad. Los partos en adolescentes como porcentaje de todos los partos oscilan entre alrededor del 2% en China y el 18% en América Latina y el Caribe. En todo el mundo, siete países representan por sí solos la mitad de todos los partos en adolescentes: Bangladesh, Brasil, la República Democrática del Congo, Etiopía, la India, Nigeria y los Estados Unidos de América, se prevé, igualmente, que los partos en

menores de 15 años se incrementen a tres millones por año en esta región para 2030 y que una de cada tres jóvenes sea madre antes de cumplir 20 años. (4)

El Salvador se encuentra entre los países de la región con mayores porcentajes de madres jóvenes, con un 24%, mientras que casi todos los países de la región se encuentran dentro de los 50 países del mundo con las tasas de fertilidad adolescente más altas. (4) (5) (6). La vida sexual de muchas jóvenes comienza en el país desde los 14 años, según lo indican los datos de la Encuesta Nacional de la Juventud. (6)

De acuerdo con el Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia (CONNA), en el 2016 se reportaron en el país 1,171 casos de embarazos de adolescentes con edades de entre 10 a 14 años. Un año antes, en 2015, los datos reportaron 13,179 embarazos entre los 10 a 17 años de edad. Para el 2017 las cifras siguen siendo alarmantes “este año el promedio oscila en 21,9% por cada mil embarazadas, presentando el país una tasa de natalidad adolescente más alta que la del resto del mundo, incluso más alta que la de América Latina”. (1)

El informe Durex (2006) el cual es una encuesta que se realiza a nivel mundial, incluyendo a más de 26 países señala la tendencia a iniciarse las relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas, y con escasa diferencia entre sexos, con una media mundial en 17, 3 años, en Europa, son más precoces con medias de 15,6 años, mientras en Asia son más tardíos con medias de 19 años. (5). A nivel mundial, En la misma línea Avery y Lazdane, (2008) señalan una media de inicio de relaciones sexuales a la edad de 16,5 años, García-Vega, et al. (2010) señalan la edad de 15,25 años, incluso Ceballos y Campo (2005) señalaron una edad de inicio de 13 años. (5)

En El Salvador en los últimos años se ha evidenciado una disminución progresiva en la edad de inicio de la actividad sexual. El uso de métodos anticonceptivos en la población adolescente ha sido motivo de múltiples estudios desde hace muchos años. La necesidad de consideraciones especiales hacia este grupo etario, está implícita en el hecho de que se trata de usuarias que se encuentran en una etapa biosociológica muy variable y en desarrollo. (8)

La planificación familiar se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos, la misma permite espaciar los embarazos y puede posponerlos en las jóvenes que tienen

mayor riesgo de morir por causa de la procreación prematura, lo cual disminuye la mortalidad materna. Evita además los embarazos no deseados, permite que las mujeres decidan el número de hijos que desean tener; y también disminuye la necesidad de efectuar abortos peligrosos. (8)

A nivel mundial la prevalencia de anticonceptivos aumentó de un 54,8% hasta un 63,3% en 2010 y las necesidades no cubiertas de planificación familiar disminuyeron desde 15,4% en 1990 hasta el 12,3% en 2010 (9). La tasa de prevalencia de métodos anticonceptivos de cualquier tipo es de 74% para América Latina y de 61% para el Caribe. En América Latina el uso de anticonceptivos modernos es de 67% y se estima que la necesidad insatisfecha de planificación familiar promedia en un 10%. (8)

Los adolescentes cada día más acuden a los establecimientos de salud en busca de métodos anticonceptivos; es por ello que la edad no es razón suficiente para descartar ninguno de los métodos, pero los aspectos socio conductuales de éste grupo deben ser considerados a la hora de recomendar uno, siendo muy importante valorar su aceptabilidad y motivación, para asegurar un adecuado cumplimiento. Los métodos naturales son baratos e inoocuos, pero requieren un elevado grado de motivación, resultando poco recomendables en adolescentes. Los de barrera ofrecen protección también frente a enfermedades de transmisión sexual (ETS), por lo que están especialmente indicados en la adolescencia, bien solos o en doble protección. Los anticonceptivos orales se consideran actualmente seguros en la adolescencia. Tampoco existen problemas para el uso en adolescentes de anticoncepción combinada inyectable, parches transdérmicos o anillos vaginales, de fácil uso y buen grado de cumplimiento. Respecto a la anticoncepción con progestágenos solos, el patrón de sangrado errático que producen es, con frecuencia, motivo de abandono del método en adolescentes. La mini píldora exige una pauta estricta, por lo que las adolescentes no son buenas candidatas para ella. Sin embargo, la inyección o los implantes de progestágeno solo son de elección cuando se requiere alta eficacia y/o se sospecha mal cumplimiento. El dispositivo intrauterino (DIU) con levonorgestrel está muy discutido en adolescentes. (4)

Finalmente, para la anticoncepción de emergencia en adolescentes es preferible la pauta de progestágeno solo, por su mayor efectividad y menor frecuencia de efectos

secundarios. Hay que dejar muy claro que no es un sustituto de la anticoncepción habitual, además de no proteger de las ETS. (4)

En El Salvador el método anticonceptivo más comúnmente utilizado por los adolescentes es el condón (el 96% de las mujeres jóvenes que utilizaron alguna vez un anticonceptivo reportaron haber usado condones antes), seguido de retirada (57%). Entre los métodos hormonales, es más común (56%) la experiencia con anticonceptivos orales combinados (AOCs), seguido de la inyección de acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) (20%), el parche transdérmico (10%), y el anillo vaginal (5%). (7)

La promoción de la planificación familiar y el acceso a los métodos anticonceptivos preferidos para las mujeres y las parejas resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de ellas. Al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades. La capacidad de la mujer para decidir si quiere embarazarse y en qué momento, lo que repercute de forma directa en su salud y bienestar. (9)

Para abordar el uso de los anticonceptivos en las adolescentes se deben tomar en cuenta múltiples factores dentro de estos podemos mencionar la prescripción médica, en la cual el facultativo explica a las pacientes los beneficios y así lograr un fin terapéutico (10). Los Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos (CME) proporcionan orientaciones acerca de «quién» puede utilizar métodos anticonceptivos de forma segura, y las Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos ofrecen orientaciones sobre «cómo» utilizar los diversos métodos de forma segura y efectiva. (11)

En la práctica clínica diaria, los medicamentos no siempre tienen la misma eficacia que sugieren los datos de los ensayos clínicos publicados. Se conoce como margen de seguridad la diferencia entre la dosis eficaz habitual y la dosis que causa reacciones adversas graves o de riesgo mortal. En caso de que la dosis eficaz habitual sea también tóxica, los médicos no utilizarán el fármaco a menos que la situación sea grave y no haya una alternativa más segura. (12) De tal forma que el uso racional de medicamentos ha sido definido a partir de que los pacientes reciban la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un período de tiempo adecuado y al menor coste posible (13).

El objetivo principal de su uso es lograr una práctica terapéutica o preventiva óptima mediante la disponibilidad de información sobre cómo se emplean los medicamentos, lo que permite la toma de decisiones por parte del médico, autoridades sanitarias y el propio paciente sobre el uso de los fármacos. En los anticonceptivos, la adolescencia, sin embargo, es una etapa compleja por lo que hablar de anticoncepción implica necesariamente reconocer dos hechos diferentes: El primero, positivo: el reconocimiento del derecho que el adolescente tiene a disfrutar de su sexualidad de un modo seguro evitando el resultado adverso de la misma. El segundo, negativo: reconocer que a pesar de las múltiples estrategias utilizadas por familia, educadores, sanitarios e instituciones gubernamentales, no se consigue eliminar el problema que supone el embarazo no deseado. (14) Algunos de estos aspectos serán abordados desde la perspectiva de las usuarias de los servicio de anticoncepción. (15)

Un factor que influye en que las adolescentes no hagan un uso racional de los anticonceptivos lo es la no adherencia terapéutica. Esto es debido a que una serie de conductas de riesgo y problemas de salud requieren, necesariamente, que la persona que recibe una prescripción médica ponga en práctica las recomendaciones terapéuticas y de salud que se le han indicado, mediante la educación terapéutica recibida en el acto de la prescripción (15)

En el caso de los anticonceptivos la probabilidad de que mujeres adolescentes de 15-19 años usen un método anticonceptivo moderno ha aumentado en El Salvador y tres países más de Centroamérica, Honduras y Nicaragua y Guatemala (países donde la fecundidad en adolescentes es alta en comparación con el promedio de América Latina). Se afirma que el porcentaje de uso de anticonceptivos modernos en las adolescentes aumentó de 25% en 1988 a 60% en el período 2002 -2003. Así lo revela un estudio hecho por la Guttmacher Institute. Adolescent Sexual Behavior and Reproductive Outcomes in Central America, publicado en marzo de 2010. (16)

Sin embargo, a pesar del aumentado en el uso de anticonceptivos, los descensos de partos en adolescentes son bajos en El Salvador, Guatemala y Honduras, con apenas tres puntos porcentuales en cada uno. En el caso de Nicaragua, se redujo de un 26% a un 20% de partos en adolescentes en la última encuesta. (16)

La tasa de fecundidad adolescente en El Salvador, revelada por la misma institución en El 2008 —104 nacimientos por 1,000 mujeres de 15–19 años—es considerablemente más alta que el promedio regional de 80 por 1,000 para América Latina y el Caribe. Muchos de esos nacimientos son imprevistos o no deseados: el 43%. (16)

En un estudio de la misma institución hecho en el 2008, documentó que el 48% de las mujeres sexualmente activas de 15 a 24 años usa un método moderno de anticoncepción. Aun así, el 40% de estas manifiestan tener una necesidad insatisfecha de anticoncepción. Debido a que las mujeres solteras tienen más dificultad para acceder a los servicios, según afirmaciones de las participantes. (16)

La epidemia de los embarazos en niñas y adolescentes está enraizada en la cultura salvadoreña que sigue permitiendo las uniones libres o matrimonios de menores con parejas mayores que ellas, concluyó el estudio “Maternidad y Unión en niñas y adolescentes: Consecuencias en la vulneración de sus derechos”. (17)

La planificación familiar permite espaciar los embarazos y puede posponerlos en las jóvenes que tienen mayor riesgo de morir por causa de la procreación prematura, lo cual disminuye la mortalidad materna. Evita además los embarazos no deseados, incluidos los de mujeres de más edad, para quienes los riesgos ligados al embarazo son mayores. Permite que las mujeres decidan el número de hijos que desean tener; se ha comprobado también que las mujeres que tienen más de cuatro hijos se enfrentan con un riesgo mayor de muerte materna y al reducir la tasa de embarazos no deseados, la planificación familiar también disminuye la necesidad de efectuar abortos peligrosos. (18)

Las adolescentes que se embarazan a nivel mundial tienen más probabilidades de dar a luz un niño de pre término o con peso bajo al nacer. Los hijos de las adolescentes presentan tasas más elevadas de mortalidad neonatal. Muchas adolescentes que se embarazan tienen que dejar la escuela, lo cual tiene consecuencias a largo plazo para ellas personalmente, para sus familias y para la comunidad. (18).

Para el año 2005, se estimó que 9,6% (cerca de 12,9 millones) de todos los nacimientos fueron prematuros, de los mismos, 0,9 millones se produjeron en América Latina y El Caribe (ALC). (19) En El Salvador, según el informe de labores del

Ministerio de Salud 2014-2015, durante el año 2014, del total de 95,112 nacidos vivos de todo el país, el 8.97% son prematuros, siendo San Salvador, el Departamento donde se concentra el mayor índice de Prematurez en más del 11% del total de nacimientos. Asimismo, durante 2014, la red hospitalaria del Ministerio de Salud registró 1,162 muertes de menores de 5 años, de las cuales el 87% (1011) ocurrieron en menores de un año; y, de los menores de un año, el 64% (644) ocurrió en el periodo neonatal, siendo la Prematurez, responsable del 44.3% de las muertes. (20), En los últimos siete años, más de 10 mil adolescentes, de 12 a 14 años, han tenido que ser hospitalizadas para dar a luz o porque presentaron una grave complicación durante el embarazo o al momento del parto. (21)

De enero de 2010 a noviembre de 2016, los 30 hospitales públicos del país reportaron el egreso de 10,145 adolescentes por diagnósticos relacionados a parto, embarazo, pre eclampsia, aborto y atención materna. De ellas, 365 tenían 12 años, 1,916 eran de 13 años y 7,864 tenían 14 años; El 28% de los partos prematuros vienen de madres adolescentes. (21)

El Salvador cuenta con 6,5 millones de habitantes, de los cuales la tercera parte tiene menos de 18 años (32,1 %). El 61,8 % son niñas y niños entre los 0 y los 12 años, y el 38,2 % son personas adolescentes; el 51,8 % son niños y adolescentes hombres y el 48,2 %, niñas y adolescentes mujeres, según datos de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples. En 2016, el Ministerio de Salud reportó 21,477 embarazos de niñas, adolescentes y jóvenes entre los 10 y los 19 años (30 % del total de embarazos). De estos, 11,198 fueron en menores de 18 años. (22) De acuerdo con la información que maneja el Ministerio de Salud, en El Salvador entre los años 2005 y 2011 el número de partos en adolescentes entre los 15 y 19 años de edad pasó de 20 mil a 23 mil casos. Y en el caso de niñas entre 10 y 14 años de edad, los partos subieron de mil 41 a mil 176. (23).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia al tratamiento como el cumplimiento del mismo. Esto implica tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo. (24)

No existe un método anticonceptivo ideal para uso en la adolescencia; por lo que el método a utilizar será aquel que la usuaria y en el mejor de los casos, ambos miembros de la pareja escojan una vez que se recibe una completa y detallada información, que facilita finalmente el acuerdo entre el proveedor de salud y la usuaria. (25). Sin embargo dentro de la recomendación de métodos anticonceptivos, los preservativos ocupan el primer lugar por su doble función, anticonceptiva y prevención de infecciones de transmisión sexual. (25) La salud sexual y reproductiva en esta etapa (adolescencia) trata de asegurar una vida sexual responsable, satisfactoria y libre de riesgos; por lo que es de mucha importancia la evaluación de los distintos métodos anticonceptivos disponibles, en términos de eficacia anticonceptiva, seguridad (riesgo/beneficio), aceptabilidad y reversibilidad del método.(26).

En un estudio realizado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencial Social de El Salvador en el 2009, sobre el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes, se obtuvo que: los métodos anticonceptivos más utilizados por las adolescentes tanto de 10 a 14 años y de 15-19 años es el inyectable (Enantato de Noretisterona y Acetato de Medroxiprogesterona), seguido de los anticonceptivos orales (Gestágenos orales), el Dispositivo Intrauterino (DIU), y el preservativo. (26)

Asimismo, a raíz de este fenómeno se ha invertido en implementar programas que contribuyan a la educación y promoción de métodos de anticoncepción no solo como una posibilidad para prevenir embarazos no deseados sino también como una herramienta para la prevención de ITS.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia terapéutica como el «grado en el que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas por un proveedor de asistencia sanitaria». La falta de adherencia terapéutica constituye un importante problema de salud pública y es considerada como uno de los temas prioritarios por la OMS, dadas sus consecuencias clínicas y económicas, y sitúa el incumplimiento en una de las fronteras que más separan la eficacia de la efectividad de un determinado fármaco; es decir, la toma inadecuada de éstos afecta directamente al objetivo por el que se han prescrito. Según la Sociedad Española de Contracepción, se entiende por cumplimiento o adherencia al método anticonceptivo hormonal oral «la toma diaria de la píldora en el mismo horario y

al conjunto de medidas que realiza la usuaria para la prevención de embarazos en caso de olvido o con la toma de tratamientos que interfieran con los ACO» (27)

Los establecimientos cuentan con diversidad de métodos de anticoncepción los cuales se ofertan y se queda a criterio de la adolescente que método usará de acuerdo a sus necesidades o preferencias. De tal manera que la presente investigación constituirá una herramienta útil, orientada a proporcionar información objetiva y subjetiva actualizada sobre el uso de métodos anticonceptivos por parte de las adolescentes; y que permita en base a la evidencia obtenida que se puedan generar intervenciones en materia de salud sexual y reproductiva en el país. Este trabajo se centra en explorar el uso de los anticonceptivos, tomando como punto de partida la prescripción médica realizada por el facultativo y la incorporación a las consultas de anticoncepción.

1.1. Problema de Investigación

Se desconoce qué métodos anticonceptivos prefieren las adolescentes en la Microred Ilopango, qué razones las motivan a usar determinado método de anticoncepción y cuáles son los factores relacionados con el abandono de los mismos por lo que nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores relacionados con el uso y la adherencia a los métodos anticonceptivos en mujeres adolescentes de 15 a 19 años que les corresponda su primer control de anticoncepción en la Microred Ilopango en el año 2017?

2 OBJETIVOS

1. Describir variables sociodemográficas y antecedentes personales gineobstétricos en las adolescentes estudiadas.
2. Explorar la preferencia, el uso y la adherencia a los métodos anticonceptivos en las mujeres adolescentes que les corresponda su primer control de anticoncepción.
3. Identificar los factores relacionados a la adherencia a métodos de anticoncepción de las mujeres adolescentes incluidas en el estudio.

3 MARCO TEORICO

3.1 La adolescencia

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), el término «adolescente» hace referencia a aquellas personas entre 10 y 19 años, mientras que el término «joven» se debe emplear para aquellas personas entre 15 y 24 años (26). La adolescencia fue considerada por largo tiempo sólo como un tránsito entre la niñez y la adultez, sin dedicarle mayor interés. En la actualidad, se considera como una etapa de la vida del ser humano donde ocurren complejos cambios biológicos, psicológicos y sociales que provocan que sea cada vez más necesario dedicarle nuestra atención, ya que durante ésta se producen importantes cambios fisiológicos, somáticos, mentales, emocionales y sociales que conducen al individuo hacia la madurez del adulto (28).

La adolescencia constituye un período especial del desarrollo, del crecimiento y en la vida de cada individuo. Es una fase de transición entre un estadio, el infantil, para culminar en el adulto. Se trata de una etapa de elaboración de la identidad definitiva de cada sujeto que se plasmará en su individuación adulta. Todo ello supone un trabajo mental gradual, lento y lleno de dificultades que hacen de la adolescencia un episodio del que casi todo el mundo se avergüenza, se relega al olvido (29) En la adolescencia se despliegan un conjunto de cambios corporales que incluyen desde el crecimiento físico hasta los neuroendocrinos que ponen en marcha unas modificaciones corporales que culminarán en la consolidación de un cuerpo adulto y facilitarán la aparición de los caracteres sexuales secundarios, diferenciados en el varón y en la mujer (29)

Adolescencia Temprana (10 a 13 años). Biológicamente, es el periodo peri puberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física. (30)

Adolescencia media (14 a 16 años). Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el

período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda. (30)

Adolescencia tardía (17 a 19 años). Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes" (30).

La sexualidad en general es considerada como una construcción social, relacionada con las múltiples e intrincadas maneras en que nuestras emociones, deseos y relaciones se expresan en la sociedad en que vivimos, donde los aspectos biológicos condicionan en parte esta sexualidad, proporcionando la fisiología y morfología del cuerpo las condiciones previas para esta construcción. La sexualidad emerge y existe en un contexto cultural, influenciada por múltiples variables, tales como: psicológicas, edad, socio económicas, sexo biológico, rol de género, etnicidad, por lo que es necesario un amplio reconocimiento y respeto de la variabilidad de formas, creencias y conductas sexuales relacionadas con nuestra sexualidad (31).

La adolescencia constituye un período de la vida caracterizado por una vulnerabilidad especial, donde el embarazo y las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida la infección por VIH/sida, son las principales consecuencias de la actividad sexual precoz sin protección, adquiriendo gran relevancia en la prevención garantizar el acceso oportuno de los/las adolescentes a programas eficaces de educación sexual y a la

atención sanitaria de calidad en servicios amigables de Salud Sexual y Reproductiva (SSR). (31).

Las adolescentes durante su desarrollo psicológico experimentan una percepción a menudo inestable de su autoimagen, con valoración frecuentemente negativa, con tendencia al oposicionismo, a la impulsividad y a la sensación de invulnerabilidad u omnipotencia. Estas características propias del desarrollo, pueden situar a los/las adolescentes en condiciones de vulnerabilidad para presentar conductas de riesgo. Por otra parte, desde el punto de vista socio cultural, cada vez nos encontramos con una mayor cantidad de mensajes contradictorios en los medios de comunicación, donde la sexualidad es un producto que vende asociado al éxito y mayores expectativas de triunfo, lo que sumado a la carencia de programas de educación sexual transversales, oportunos, integrales y veraces, condicionan factores determinantes en la actividad sexual no protegida a edades más tempranas. Finalmente, las condiciones de hacinamiento, pobreza, disfunción familiar, carencias afectivas, baja autoestima, deserción escolar y el consumo de alcohol y drogas son otros factores de riesgo importantes a considerar (31, 32).

Una duda que comparten adultos y jóvenes es cuándo se deben iniciar las relaciones sexuales, más si éstas incluyen el coito, lo que implica riesgo al embarazo y mayor peligro de contagio de enfermedades de transmisión sexual. Preocupa en especial el cómo saber el momento adecuado para iniciarse. Aunque, en realidad, los comienzos son muy paulatinos: cogerse de la mano, un beso en la cara o en la boca, caricias... No obstante, al final la duda se concreta en saber cuál es la edad buena para empezar las relaciones sexuales completas. Lo ideal es que se llegue a ese momento preparado psicológicamente y que tanto el protagonista como sus progenitores y educadores lo interpreten como un acto de responsabilidad y libertad. Por lo tanto, la respuesta a esa duda no se puede reducir a ofrecer una edad para iniciarse, porque el criterio cronológico no siempre se corresponde con la madurez afectiva. La respuesta supone un análisis de la situación que comprende diferentes factores. (32)

Es importante reflexionar sobre la familia, el entorno y el grupo. Las relaciones sexuales pertenecen a la intimidad de las personas, y por ello no hay obligación de

compartir con los demás detalles sobre ellas, salvo si se quiere hacer o se necesita hacerlo; mucho menos seguir los dictámenes de los otros sobre el ejercicio de la sexualidad. Los amigos lo son en la medida en que respetan al prójimo y no le llevan a hacer cosas que no quiere o no está seguro de querer. A los padres y madres, por lo general, les costará entender a sus hijos como seres sexuales. Esto resulta comprensible pero no debe empujarles a coartar la libertad de sus hijos (32).

3.2 Planificación familiar

La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad. (33)

La promoción de la planificación familiar y el acceso a los métodos anticonceptivos preferidos para las mujeres y las parejas, resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades. (33)

La capacidad de la mujer para decidir si quiere embarazarse y en qué momento tiene una repercusión directa en su salud y bienestar. La planificación familiar permite espaciar los embarazos y puede posponerlos en las jóvenes que tienen mayor riesgo de morir por causa de la procreación prematura, lo cual disminuye la mortalidad materna. Evita los embarazos no deseados, incluidos los de mujeres de más edad, para quienes los riesgos ligados al embarazo son mayores. Permite además que las mujeres decidan el número de hijos que desean tener. Se ha comprobado que las mujeres que tienen más de cuatro hijos se enfrentan con un riesgo mayor de muerte materna. (33)

Al reducir la tasa de embarazos no deseados, la planificación familiar también disminuye la necesidad de efectuar abortos peligrosos. También puede evitar los embarazos muy cercanos entre sí y en un momento inoportuno, que contribuyen a causar algunas de las tasas de mortalidad infantil más elevadas del mundo. Las criaturas cuya madre muere a causa del parto también tienen un riesgo mayor de morir o enfermar. Disminuye el riesgo de que las mujeres infectadas por el VIH se embaracen sin desearlo, lo que da como resultado una disminución del número de

criaturas infectadas y huérfanas. Además, los condones masculinos y femeninos brindan una protección doble: contra el embarazo no deseado y contra las infecciones de transmisión sexual, en especial la causada por el VIH. (33)

La planificación de los embarazos permite que tomen decisiones bien fundamentadas con relación a su salud sexual y reproductiva. Brinda además la oportunidad de que las mujeres mejoren su educación y puedan participar más en la vida pública, en especial bajo la forma de empleo remunerado en empresas que no sean de carácter familiar. Tener una familia pequeña propicia que los padres dediquen más tiempo a cada hijo. Los niños que tienen pocos hermanos tienden a permanecer más años en la escuela que los que tienen muchos. (33).

Las adolescentes que se embarazan tienen más probabilidades de dar a luz un niño de pre término o con peso bajo al nacer. Los hijos de las adolescentes presentan tasas más elevadas de mortalidad neonatal. Muchas adolescentes que se embarazan tienen que dejar la escuela, lo cual tiene consecuencias a largo plazo para ellas personalmente, para sus familias y para la comunidad. La actividad de planificación es la clave para disminuir el crecimiento insostenible de la población y los efectos negativos que este acarrea sobre la economía, el medio ambiente y los esfuerzos nacionales y regionales por alcanzar el desarrollo (33).

3.3 Adherencia a métodos anticonceptivos

Durante los últimos años, la adherencia a los tratamientos ha ido adquiriendo un papel más relevante dentro de las estrategias de política sanitaria llevadas a cabo por las diferentes Administraciones e instituciones dentro del ámbito sanitario, sin embargo, en la actualidad, todavía no se ha desarrollado ninguna estrategia a nivel nacional, de manera coordinada entre todos los agentes y con los pacientes y que asegure su continuidad en el tiempo. (34)

La OMS define la adherencia terapéutica como el grado de cumplimiento de una persona, ya sea de tomar un medicamento, seguir un régimen alimenticio o ejecutar cambios en el modo de vida, otorgándole al paciente el rol de agente de cambio, más activo y participativo en relación a su enfermedad, haciendo hincapié en la necesidad de considerar la conformidad del paciente respecto a las recomendaciones y la buena

comunicación con su tratante. Asegura que el incumplimiento del tratamiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes. (34)

Esta definición asume, en el nivel más básico, que los pacientes deben seguir las órdenes o instrucciones de los médicos y no contempla aspectos higiénico-sanitarios, como seguir una dieta, no fumar, realizar ejercicios, evitar el estrés, llevar a cabo visitas médicas periódicas o cumplir con las citas programadas para el seguimiento, otorgándole al paciente un rol pasivo ante su enfermedad y por lo mismo, generando una relación vertical entre el paciente y el médico, poniendo en cuestión el papel que adquieren tanto el tratante como el paciente y el juego de poder en el que ambos se ven envueltos. Éste término ha sido criticado, ya que se sugiere que el médico es quien va a decidir sobre el medicamento correcto, otorgándole al paciente una posición pasiva en esta relación. (34)

Para que un paciente sea adherente debe adquirir un papel activo en el proceso de gestión de su enfermedad, aumentar su autonomía e incrementar su capacidad de autocuidado, para ello, es necesario que conozca la enfermedad y la entienda, así como el tratamiento prescrito y la importancia de cumplirlo. Además, es clave que exista una relación con los profesionales sanitarios basada en la confianza y en el diálogo, facilitando la participación del paciente en la toma de decisiones. La adherencia además, debe englobar el acto terapéutico completo, considerando la importancia de los hábitos de vida asociados y garantizando el uso seguro de los medicamentos. De esta manera, el término adherencia hace referencia al comportamiento vinculado con la toma de la medicación y no debe confundirse con otros conceptos relacionados como el cumplimiento y la persistencia. (35)

La adherencia al tratamiento se ha situado como un problema de salud pública y, como subraya la OMS, las intervenciones para eliminar las barreras a la no adherencia deben convertirse en un componente central de los esfuerzos para mejorar la salud de la población y para lo cual se precisa un enfoque multidisciplinario. Los profesionales de salud e incluso los pacientes, tiende a confundir los términos cumplimiento, con adherencia y concordancia. Por un lado, el término cumplimiento hace referencia a la

medida en que el comportamiento del paciente coincide con las indicaciones de su prescriptor. (34)

La adherencia viene definida por tres componentes: iniciación, ejecución y discontinuación. El proceso comienza con la iniciación del tratamiento, cuando el paciente toma la primera dosis de la medicación prescrita, y continúa con la ejecución, entendida como el grado en el que la pauta real del tratamiento que es seguido por un paciente se corresponde con la prescrita por el médico, desde la primera hasta la última dosis. La discontinuación marca el final de la terapia; esto ocurre cuando, antes de finalizar el tratamiento prescrito, se omite la siguiente dosis y no hay más dosis a partir de entonces. Es importante tener en cuenta que la falta de adherencia puede ocurrir en cualquiera de estas fases o en varias a la vez. La iniciación tardía o la no iniciación del tratamiento y la interrupción temprana del tratamiento son algunos ejemplos. (35)

La adherencia es uno de los principales condicionantes de la efectividad de los tratamientos en las enfermedades crónicas. De hecho, en algunos tratamientos es necesario alcanzar un determinado grado de adherencia para que la medicación sea efectiva, por lo que en la vida real el incumplimiento puede explicar las diferencias que se observan entre la eficacia (uso de los fármacos en condiciones experimentales) y la efectividad (uso de los medicamentos en las condiciones habituales). (35) La falta de adherencia viene determinada por una multiplicidad de causas generalmente interrelacionadas entre sí. Entre los factores más relevantes se incluyen el grado de conocimiento sobre la enfermedad y el tratamiento prescrito, los efectos adversos de los tratamientos o la complejidad de los mismos, la relación entre los profesionales sanitarios y con el paciente o la presencia o ausencia de síntomas. De manera general, la OMS recomienda utilizar la clasificación de las siguientes cinco categorías para identificar los factores que inciden en la adherencia: factores relacionados con el paciente, relacionados con la terapia, relacionados con el personal y el sistema sanitario, relacionados con el estado de la enfermedad y factores socio-económicos. Cada uno de ellos agrupa su vez sub-factores que, en mayor o menor medida impactan sobre la falta de adherencia. (35)

3.4 Métodos anticonceptivos

Desde los comienzos de la historia, hombres y mujeres han deseado poder decidir si quieren tener hijos y en qué momento quieren hacerlo. Estudios indican que existen varias razones por las cuales el hombre y la mujer tienen relaciones sexuales, el tener hijos es el motivo mencionado con menos frecuencia. (38).

Aristóteles fue quien primero mencionó la anticoncepción y recomendó el aceite de cedro para impedir el embarazo. En la antigua Grecia se emplearon diversidad de productos en forma de pastas y aplicaciones vaginales. (38).

En Egipto antiguo eran preparados intravaginales naturales, que utilizaban como barrera o espermicida, combinaciones de zumo de limón y extracto de vaina de caoba. (38).

Tanto las civilizaciones griegas como las romanas utilizaron el aborto como método para evitar el nacimiento de hijos no planificados. Las mujeres de la cultura asiática bebían plomo y mercurio para controlar su fertilidad, lo cual muchas veces tenía como resultado la esterilidad o la muerte. Y en una época tan reciente como la década de 1990, los y las adolescentes en Australia utilizaban envoltorios de golosinas como condón, esto sin considerar que desde el año 923 después de Cristo, ya existían los condones, que en esos días se elaboraban con membranas de animales. (38).

A pesar de la evolución de la planificación familiar y la anticoncepción durante siglos, no fue sino hasta la celebración de la IV Conferencia Internacional de Población y Desarrollo en El Cairo, Egipto, en septiembre de 1994, que surgió el concepto de salud reproductiva, en consideración a las cuestiones relacionadas con la calidad de vida.

La Conferencia de El Cairo permitió crear las condiciones indispensables a las mujeres y hombres para tomar decisiones de manera responsable e informada sobre su propia reproducción y garantizó un enfoque integral y moderno sobre el tema (38).

3.5 Tipos de anticonceptivos. Uso

3.5.1 Dispositivo intrauterino (DIU)

Es un método temporal de planificación familiar que consiste en insertar un dispositivo dentro de la cavidad uterina (39). Estos empezaron a utilizarse de forma generalizada

hace 20 años, pero no es más que la práctica moderna de un proceder antiguo que consistía en la colocación de piedras u objetos en el útero de camellas para impedir el embarazo durante la travesía por el desierto. (40).

Tipos de DIU

Los DIU son pequeños dispositivos fabricados de polietileno flexible con hilos que facilitan su colocación y extracción. Existen los no medicados o inertes y los medicados que a su vez pueden ser con cobre o liberadores de hormonas (levonorgestrel) estos últimos liberan constantemente pequeñas cantidades de hormona esteroidea en el útero (39).

Mecanismo de acción

Entre sus mecanismos de acción tenemos que aumentar la velocidad de traslado del óvulo por las trompas, reduce el número de espermios que llegan al oviducto y los incapacita, disminuye el número de espermatozoides que penetran el mucus cervical, y los que lo hacen son fagocitados por los leucocitos, los espermatozoides son incapacitados con separación de cabeza-cola en presencia del cobre, provocan efectos citotóxicos por el fluido uterino alterado por el DIU, producen una alteración del endometrio por secreción hormonal y además, previenen la fertilización, no la implantación, por tanto ya no pueden ser considerados como abortificantes (40, 41)

Uso del método (DIU)

- El DIU puede insertarse en cualquier día del ciclo menstrual cuando se esté razonablemente seguro de que no hay embarazo, de preferencia en los primeros 7 días del ciclo menstrual., si han transcurrido más de 7 días desde el inicio del sangrado menstrual no necesita utilizar método anticonceptivo adicional. (39)

- En el postparto la inserción debe realizarse preferentemente dentro de los 10 minutos posteriores a la expulsión de la placenta. Esta técnica puede realizarse después de un parto o durante una cesárea. También se puede hacer la colocación del DIU antes de que la usuaria sea dada de alta dentro de las 48 horas postparto inmediato (requiere capacitación específica). Inmediatamente o durante los primeros siete días después del legado por aborto incompleto no séptico. (39)

- A partir de la cuarta y sexta semana postparto y post-cesárea respectivamente (39)

Uso de DIU para Adolescentes

- Apropiado para adolescentes seleccionados de manera correcta y aconsejados
- Inserción puede ser más difícil en nulíparas
- Seguimiento y monitoreo de efectos secundarios es importante
- Promover el uso de condones con nuevas parejas
- Evalué los riesgos de contraer ITS (41)

3.5.2 Anticonceptivo Sistemática (ACO)

Son píldoras que se usan para prevenir embarazos. Contienen hormonas que impiden que los óvulos salgan de los ovarios. La mayoría de los anticonceptivos orales contienen estrógeno y progestina. En 1921 se descubre la estructura molecular de las hormonas sexuales, en el 29 se identifican los estrógenos y en el 34 se identifica la progesterona (40).

En 1951 el científico Carl Djerassi patentó un derivado de la hormona del cuerpo lúteo femenina como método anticonceptivo: la progesterona, que ingerida oralmente se volvía efectiva. Por eso Carl Djerassi es uno de los padres de la píldora. (42)

En la actualidad es evidente el efecto protector de contraceptivos orales contra el cáncer de endometrio y el ovario, prueba de que no hay aumento del riesgo de cáncer de mama, pero no se puede excluir la posibilidad de que cierto grupo puede tener riesgos más altos. Se decide eliminar la edad máxima para el uso de mujeres sanas y no fumadoras (sobre todo con los anticonceptivos de progestágenos solos) (40)

Existen varios tipos de contraceptivos orales, entre los que podemos citar los estrógenos aislados, los progestágenos solos (minipíldoras) y los estrógenos y progestágenos combinados que pueden administrarse en dosis fijas, secuenciales (bifásicos o trifásicos) y los llamados depósitos (inyectables). Entre los compuestos que los integran tenemos los estrógenos sintéticos, el etinilestradiol y el mestranol. (43).

La anticoncepción oral consta de varios lugares y mecanismos de acción. En la hipófisis e hipotálamo provoca la inhibición de secreción de gonadotrofinas, en el ovario la inhibición de secreción de hormonas ováricas (no ovulación), en las trompas se

produce una disminución de secreción y motilidad, en el endometrio trae consigo una disminución del glucógeno endometrial (atrofia endometrial), el mucus cervical se hace más espeso y menos permeable, y dentro de la vagina provoca un aumento de leucocitos y una disminución de secreción. (43).

Naturalmente existen contraindicaciones en la anticoncepción oral y pueden ser absolutas en los casos de HTA maligna, accidentes vasculares, cardiopatías, várices, hepatopatías, cáncer ginecológico, diabetes mellitus e insuficiencia renal crónica. Hay también contraindicaciones relativas como es en las mujeres con padecimientos de epilepsia, mioma, síndrome depresivo (por disminución del triptófano cerebral), HTA leve, ser fumadora y cefalea migrañosa. (43).

Como efectos indeseables de estos métodos pueden aparecer las náuseas, los vómitos, el sangramiento intermenstrual, un moderado aumento del gasto cardíaco, el infarto agudo de miocardio en pacientes fumadoras, un aumento de la TA, el trombo embolismo venoso, el efecto diabetógeno, así como también en algunos casos la posible acción depresiva. (43).

Tipos de anticonceptivos Orales. (ACO)

Las píldoras anticonceptivas vienen en paquetes de 21 pastillas, las cuales se deberán tomar una vez al día durante tres semanas y luego suspende durante una semana; Otras píldoras vienen en un paquete de 28 pastillas, con algunas que tienen pastillas activas (que contienen hormonas) y algunas sin hormonas. (43).

Hay 5 tipos de anticonceptivos orales combinados. Los 5 tipos son:

- Anticonceptivos monofásicos: Estos tienen la misma cantidad de estrógeno y progestina en todas las píldoras activas.
- Anticonceptivos bifásicos: El nivel de hormonas en estas píldoras cambia una vez durante cada ciclo menstrual.
- Anticonceptivos trifásicos: La dosis de hormonas cambia cada 7 días.
- Anticonceptivos cuadrifásicos: La dosis de hormonas en estas píldoras cambia cuatro veces en cada ciclo.

- Anticonceptivos de ciclo continuo o extendido: estos mantienen el nivel de hormonas alto así que se presentan pocos periodos menstruales o ninguno (43).

Anticonceptivos Orales Combinados

En el momento actual, los anticonceptivos orales combinados (AOC) son -después de los analgésicos- los fármacos más utilizados y más formulados en el mundo y en Latinoamérica. Vale la salvedad ya que, en Latinoamérica, más del 50% de los AOC son consumidos sin que medie una prescripción médica, es decir, auto formulados o recomendados por personas que carecen del sustento técnico para ello.

Los AOC están compuestos de un estrógeno, etinilestradiol o 17 beta estradiol y una progestina (44, 45).

Mecanismo de acción

En resumen, el mecanismo de acción de los AOC se debe a que:

- Suprimen la ovulación
- Reducen el transporte de los espermatozoides en el aparato genital superior (trompas de Falopio)
- Modifican el endometrio para que haya menos posibilidad de implantación
- Espesan el moco cervical para impedir la penetración y el ascenso de los espermatozoides (44, 46).

Anticonceptivos orales combinados y las adolescentes.

Una de las razones para iniciar contracepción efectiva en mujeres adolescentes es el natural riesgo que tienen a presentar un embarazo. (45) Además del aspecto contraceptivo, pacientes jóvenes que tienen un particular interés en verse bien, aprecian la reducción del acné que ocurre de manera natural con su uso, así como también la reducción de la dismenorrea que es el factor estadísticamente más significativo y clínicamente importante como predictor del uso consistente de los contraceptivos orales combinados. Pacientes adolescentes con dismenorrea severa que han experimentado efectos positivos por el uso de los contraceptivos, utilizan los contraceptivos de forma consistente ocho veces más frecuentemente que otras

mujeres. Un aspecto que las adolescentes encuentran problemático de las pastillas anticonceptivas es el sangrado intermenstrual. Se debe tomar en cuenta que en pacientes que han sido bien reguladas con los contraceptivos orales combinados que desarrollan sangrado inter menstrual, éste síntoma es un marcador predictivo de infecciones por clamidia. Las pacientes adolescentes también tienen miedo de que el uso de la anticoncepción oral les vaya aumentar el peso; sin embargo, estudios han demostrado que en realidad el efecto es mínimo y no es estadísticamente significativo. (44).

En resumen los anticonceptivos orales pueden ser usados de manera eficaz en ambos extremos de la vida reproductiva femenina como es en la adolescencia así como también la peri menopausia (44).

Anticonceptivos orales solo de progestina

Los anticonceptivos orales de sólo progestina o píldoras libres de estrógeno, son también denominados minipíldoras por la baja concentración hormonal que contienen, la cual es menor que la presente en la píldora combinada de estrógeno más progestina. La mini píldora tiene su principal indicación en mujeres lactantes y debe administrarse diariamente sin períodos de pausa. Las píldoras anticonceptivas de sólo progestina no son muy conocidas y su uso no es tan generalizado como lo son los anticonceptivos orales combinados. Suelen conllevar una mayor tasa de alteraciones que los anticonceptivos orales combinados en los episodios de sangrado mensual, incluyendo períodos de amenorrea. Recientes estudios señalan que una de las progestinas disponibles puede llegar a ser utilizada en mujeres que deseen planificación hormonal oral y presenten patología que contraindique la administración de estrógenos, estén o no en lactancia (47)

Tipos

Los Anticonceptivos orales solo de progestina o Mini-píldora, como su nombre lo indica son los que nada más están compuestos con Progestina, las concentraciones de la hormona pueden variar dependiendo de la casa comercial. (47).

La mini píldora actúa de manera especial alterando las características biofísicas del

moco cervical. La progesterona y las progestinas disminuyen la cantidad de moco cervical, aumentando su viscosidad, haciéndolo grueso, denso, opaco e incrementando la densidad celular, lo cual es un obstáculo para la migración espermática, impidiéndose el ascenso de los espermatozoides al canal cervical y a la cavidad uterina. Cuando predomina la influencia de los estrógenos el moco cervical es fluido, claro, transparente, filante y acelular, lo que facilita la viabilidad, penetración y migración de los espermatozoides (47).

Con la administración de anticonceptivos orales de sólo progestina se modifica el endometrio haciéndolo secretor, delgado e incluso atrófico, que son aspectos poco favorables para la implantación del óvulo fecundado. Con las minipíldoras diferentes a la de desogestrel, no se inhibe necesariamente la ovulación, existiendo la expectativa de presentarse crecimiento y ruptura folicular pese al uso correcto de la misma, de cerca del 50% de los ciclos. No obstante, el uso continuo de progestina a lo largo del ciclo menstrual se asocia a una mala conformación biológica y funcional del cuerpo lúteo, afectándose adversamente la morfología del endometrio y los mecanismos intracrininos y endocrinos relacionados con el proceso de implantación. También, la administración de píldoras de sólo progestina puede disminuir la motilidad de las cilias de las trompas de Falopio, así como la fuerza contráctil muscular de las trompas, con lo cual se retarda el desplazamiento del óvulo desde el ovario hasta la cavidad uterina (47).

Cuando el método se usa de una manera correcta y sistemática, la tasa de embarazo accidental después del primer año de uso es menor al 1% en mujeres en período de lactancia. En mujeres que no están lactando la tasa de efectividad es ligeramente menor. En uso típico del método la tasa de embarazo es de aproximadamente un 12% para las pastillas solo de progestina (39)

Uso en Adolescentes.

La minipíldora exige una pauta estricta, por lo que las adolescentes no son buenas candidatas para ella (49, 50)

Las adolescentes que pueden acordarse de tomar una píldora todos los días y que desean obtener una excelente protección contra el embarazo pueden usar este método. (50)

No todas las mujeres pueden ni deben usar la píldora. En algunos casos, trastornos médicos o de otro tipo pueden hacer que el uso de la píldora sea menos eficaz o más riesgoso. Por ejemplo, no se recomienda a las mujeres que han tenido coágulos, ciertos tipos de cáncer o ciertos tipos de migraña (50)

3.5.3 Anticonceptivos inyectables

Son aquellos compuestos hormonales de depósito que, inyectados por vía intramuscular o colocados como parche transdérmico, implantes subdérmicos, anillo vaginal y endoceptivo, son capaces de prevenir el embarazo. Son convenientes, fáciles de usar y reversibles. Se llaman de depósito porque, una vez colocados, van liberando la hormona en forma progresiva hacia la circulación, por lo que su efecto se puede prolongar por días, meses o años. Actúan aumentando la viscosidad del moco cervical e impide la penetración de los espermatozoides y, aunque estos son capaces de penetrar un moco espeso, es poco probable que lleguen a las trompas. Alteran el endometrio impidiendo la implantación del óvulo fecundado porque el endometrio adquiere un aspecto atrófico similar al que se observa en la menopausia. No protegen de infecciones de transmisión sexual (ITS) y para obtener ese tipo de protección debe usar un condón cada vez que tenga relaciones sexuales. (51). Hay dos presentaciones de hormonales inyectables que se usan como anticonceptivos: la de aplicación mensual y la trimestral. La mensual contiene hormonales combinados (estrógeno y progesterona), mientras que la trimestral contiene sólo progestina. (52)

Anticonceptivos inyectables combinados (AIC)

Los anticonceptivos inyectables combinados son compuestos de estrógenos sintéticos, que se metabolizan a nivel hepático y liberan un estrógeno natural; y progestinas sintéticas, que se usan por vía intramuscular con el objetivo de prevenir temporalmente el embarazo. Contienen las hormonas estrógeno y progesterona. Se administran con inyección intramuscular una vez al mes, contienen estrógeno "natural", a diferencia de los anticonceptivos orales combinados (AOC), que contienen estrógeno "sintético". Se

ha determinado que los estrógenos naturales tienen algunos efectos muy favorables en el metabolismo de los lípidos y la función cardiovascular. Basándose en eso, los inyectables podrían en realidad considerarse más seguros que los orales. Sin embargo, todavía no hay información relativa a la seguridad a largo plazo del uso de estos. Por consiguiente, los criterios médicos actuales para el uso de los AIC se basan en la información que existe en cuanto al uso de AOC (53).

Tipos

Hay dos tipos de métodos anticonceptivos Inyectables combinados:

- 5 mg. de Valerato de Estradiol más 50 mg de Enantato de Noretisterona.
- 5 mg. de Cipionato de estradiol más 25 mg. de Acetato de medroxiprogesterona (39).

Mecanismo de acción

Actúan de igual forma que el resto de los anticonceptivos, ya sean orales o en parches, es decir:

- Inhiben la ovulación mensual.
- Hacen espesar el moco cervical (dificultan la penetración de los espermatozoides). (39).

Anticonceptivos inyectables combinados y adolescentes.

No se recomiendan para las adolescentes nuligestas (grupo 1) y premigestas no madres (grupo 2) los métodos siguientes: (53)

- Inyectables de tipo DMPA de 3 meses de duración.
- Inyectables mensuales por sus altas dosis de estrógeno.
- DIU en la nuligesta.
- Anticoncepción hormonal, cuando existe historia de menarquia tardía, sin valoración integral hecha por un especialista.
- Anticoncepción hormonal, ante la presencia de signos de androgenización.

- Anticoncepción de algún tipo, cuando existen contraindicaciones para su uso específico en estos casos, que aparecen reflejadas en las normas generales (54)

Anticonceptivos inyectables sólo de progestina

Los anticonceptivos inyectables sólo de progestina (por ej., Depo Provera, Noristerat) no contienen estrógeno. Para prevenir el embarazo, se aplica una inyección cada dos o tres meses, según el tipo de inyectable. (54)

Tipo

Existen 3 formulaciones diferentes, todas contienen una progestina sintética esterificada:

- 200 mg. de enantato de noretisterona (NET-EN) en ampollas de 1 ml. de solución oleosa.
- 150 mg. de acetato de medroxiprogesterona microcristalina (DMPA) en ampollas de 3 ml. de suspensión acuosa.
- 104 mg de acetato de medroxiprogesterona subcutánea. (54)

Mecanismo de acción

- Previenen la ovulación
- Hacen que el moco cervical se espese (Dificultan la penetración de los espermatozoides)
- Cambian el endometrio (se vuelve más delgado haciendo improbable la implantación) (55, 56)

Uso en adolescentes

La eficacia anticonceptiva de los anticonceptivos solo con progestágeno es alta. Está indicada en las adolescentes que presenten contraindicaciones a los estrógenos. No se recomienda durante la adolescencia precoz e intermedia, sin embargo en la adolescencia tardía y las adultas jóvenes generalmente pueden usarlos sin peligro. Su

principal inconveniente radica en los cambios del patrón de sangrado (sangrado irregular), peor tolerado en las adolescentes. (57)

3.6 *Uso de métodos anticonceptivos en adolescentes y su base legal*

En El Salvador, debido a múltiples problemas identificados con el personal de salud por su negativa a brindar métodos de anticoncepción a los adolescentes se generaron bases legales que los respalden, las cuales son:

La Constitución reconoce en el Artículo 1. La persona humana como el origen y el fin de la actividad del estado, siendo su obligación asegurar a los habitantes de la República el goce de la libertad, la salud, la cultura, el bienestar económico y la justicia social. Asimismo, en el Capítulo II, Sección Primera: Familia, Artículo. 32. Se declara que la familia es la base fundamental de la sociedad y tendrá la protección del Estado, quien dictará la legislación necesaria y creará los organismos y servicios apropiados para su integración, bienestar y desarrollo social, cultural y económico. (39)

En esta misma línea la Ley para la protección integral de la niñez y adolescencia (LEPINA), precisa en el Artículo 24.- Elementos relativos al embarazo precoz y considera que toda niña o adolescente embarazada es considerada en un estado de alto riesgo obstétrico y peri natal, por tanto deberá recibir atención médica de manera integral en las instituciones de salud pública. (39)

El estado, con la colaboración de la sociedad, deberá establecer una política pública y programas específicos para la prevención a través de la información, la educación y la atención del embarazo precoz en niñas y adolescentes. A la niña o adolescente embarazada no se le podrá obligar al sometimiento de exámenes o interrogatorios denigrantes. (39). En relación a la salud sexual y reproductiva (Artículo 32) se deja asentado que todas las niñas, niños y adolescentes, de acuerdo con su desarrollo físico, psicológico y emocional, tienen el derecho a recibir información y educación en salud sexual y reproductiva, de forma prioritaria por su madre y padre. (39).

3.7 *Métodos anticonceptivos y adolescentes en El Salvador*

Un estudio afirma el aumento en uso de anticonceptivos en mujeres adolescentes de El Salvador (de 25% en 1988 a 60% en el período 2002-2003). Sin embargo, los descensos de partos en este grupo son modestos con apenas una baja del 3%. (39)

La probabilidad de que mujeres adolescentes de 15-19 años usen un método anticonceptivo moderno ha aumentado en El Salvador y tres países más de Centroamérica, Honduras y Nicaragua y Guatemala (países donde la fecundidad en adolescentes es alta en comparación con el promedio de América Latina). Se afirma que el porcentaje de uso de anticonceptivos modernos en las adolescentes aumentó de 25% en 1988 a 60% en el período 2002 -2003. Así lo revela un estudio hecho por la Guttmacher Institute, publicado en marzo de 2010. Sin embargo, a pesar del aumento en el uso de anticonceptivos, los descensos de partos en adolescentes son bajos en El Salvador, Guatemala y Honduras, con apenas tres puntos porcentuales en cada uno. En el caso de Nicaragua, se redujo de un 26% a un 20% de partos en adolescentes en la última encuesta. La tasa de fecundidad adolescente en El Salvador, revelada por la misma institución en el 2008 —104 nacimientos por 1,000 mujeres de 15–19 años—es considerablemente más alta que el promedio regional de 80 por 1,000 para América Latina y el Caribe. Muchos de esos nacimientos son imprevistos o no deseados: el 43%. (3)

En un estudio de la misma institución hecho en el 2008, documentó que el 48% de las mujeres sexualmente activas de 15 a 24 años usa un método moderno de anticoncepción. Aun así, el 40% de estas manifiesta tener una necesidad insatisfecha de anticoncepción. Debido a que las mujeres solteras tienen más dificultad para acceder a los servicios, según afirmaciones de las participantes (59). En adolescentes son datos relevantes, los resultados de la ENS 2014, reportando una Tasa de Fecundidad Específica para adolescentes entre quince y diecinueve años de edad de 74,0 nacimientos por cada 1,000 mujeres en este grupo. Según datos del Sistema Único de Información en Salud (SUIS) en el año 2014, de las 78,741 inscripciones prenatales, el 31,3% se brindaron a mujeres adolescentes. Asimismo, corresponde el 28,7% de partos institucionales en adolescentes. En lo referente a los servicios de anticoncepción de las 40.395 inscripciones en métodos temporales, el 31,5% (12,733) ha sido en adolescentes. (39)

La anticoncepción es rechazada por los adolescentes, en realidad, en este rechazo son determinantes las características psicológicas propias de esta edad:

- Atención centrada en el presente, por lo que no tienden a planificar por adelantado o prevenir las consecuencias de sus acciones a largo plazo.
- Desarrollo emocional incompleto y escasa percepción del riesgo, en el tema que nos ocupa específicamente, de quedar embarazada y de los grandes problemas que pueden presentarse cuando sucede a esta edad.
- Escasas habilidades de comunicación interpersonal, lo que impide, en gran medida, llegar a acuerdos con su pareja, en relación con lo que sería más conveniente para ambos, en cuanto a la planificación de embarazos y uso de anticoncepción.
- Fuerte necesidad de buscar y afirmar la propia identidad, diferenciándose de los padres y otras figuras de autoridad. La relación formal de pareja que incluye las relaciones sexuales –“ya me debo a mi pareja y no a mi familia”– y el embarazo, pueden ser maneras de alcanzar la independencia deseada.
- Pertenencia a un grupo, con expectativas y creencias religiosas y culturales propias y comunes a sus integrantes, que ejerce influencia y presión sobre el adolescente. La opinión de este grupo es la más importante y mejor valorada, y puede, en ocasiones, no ser la más adecuada en relación con las cuestiones de salud reproductiva.
- Creencia particular de que “el físico”, el cuerpo, es lo más importante en la valoración integral de una persona. La búsqueda de identidad los lleva a experimentar con su cuerpo, que es lo que, con frecuencia, pueden ofrecer con más facilidad, para conocer los límites de sus capacidades. (36)

También existen trabas objetivas, y son las dificultades a las que se enfrentan los adolescentes y jóvenes para poder acceder a los servicios de anticoncepción y educación sexual. En general, la mayoría de los servicios de planificación familiar no están diseñados para atraer a los jóvenes, a esto se agregan dificultades de transporte en algunos casos, y en otras, económicas, lo que puede impedir el acceso a estos servicios y la adquisición de anticoncepción. Sin embargo, aunque se reconocen todos estos problemas, muchas veces su solución se hace imposible por razones disímiles. Así, un análisis somero de la situación, basta para comprender que en el caso de los

adolescentes no es suficiente con poner la anticoncepción a su disposición, sino que también es necesario convencerles de su uso. (36)

4 MATERIAL Y MÉTODO

4.1 Contexto

El estudio se realizó en los establecimientos de la MICRORED de Ilopango los cuales comprenden la UCSF-I AltaVista, UCSF-I Santa Lucia y UCSF-I Ilopango, los tres establecimientos pertenecen al SIBASI Oriente de la Región Metropolitana de Salud en el departamento de San Salvador, El Salvador. Estos tres establecimientos de salud abarcan los municipios de Ilopango, San Martin y Tonacatepeque.

4.2 Diseño de estudio

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal con un componente analítico. El marco temporal del estudio comprendió desde el 1° de enero al 30 de septiembre del 2018.

4.3 Población objeto de estudio y universo

La población estudiada fue el total de adolescentes femeninas entre las edades de 10 a 19 años que fueron inscritas en la UCSF Ilopango, AltaVista y Santa Lucia y que les correspondió su primer control de anticoncepción desde el 1° de enero al 30 de septiembre del 2018.

El universo estuvo constituido por el total de las adolescentes que realizaron su inscripción entre enero y septiembre del 2017 en los tres establecimientos seleccionados. Las cuales fueron en total 193 inscripciones de anticoncepción durante los primeros 9 meses del año 2017.

Criterios de exclusión

Quedaron excluidas del estudio:

- Las adolescentes que estaban utilizando métodos de planificación familiar de barrera (Condón femenino) debido a que para estos anticonceptivos no es necesario realizar inscripción de anticoncepción por tal motivo no se les pudo realizar una entrevista ya que no hubo manera de contactar a las usuarias.
- Las adolescentes que estaban utilizando el método anticonceptivo de implantes ya que los mismos fueron implementados a partir del mes de Febrero del 2018 y esto dificultaba la evaluación de adherencia.

4.4 Definición y operacionalización de variables

Variables de Caracterización	Definición	Indicadores	Tipo de variable
Edad	Edad de paciente	Años cumplidos	Cuantitativa discreta
Grado de escolaridad	Nivel académico más alto obtenido	Escolaridad	Cuantitativa discreta
Estado civil	Estado civil de las usuarias	Soltera Casada Unión Estable Viuda	Cualitativa nominal
Profesión u Oficio	Actividad habitual que realiza una adolescente en su vida cotidiana	Estudiante Ama de Casa Empleada informal	Cualitativa nominal
Inicio de Relaciones Sexuales	Edad en la cual tuvo relaciones sexuales por primera vez	Años cumplidos	Cuantitativa discreta
Historia Obstétrica	Número de embarazos o Gestas Previas	Embarazos a término Embarazos pre termino Abortos	Cuantitativa continuas
Conocimientos previos sobre métodos de anticoncepción	Si ha recibido consejería sobre métodos de anticoncepción previamente.	Sí No	Cualitativa nominal

Preferencia a Métodos de anticoncepción	Con la oferta de todos los métodos de anticoncepción cual es el método que prefieren usar las adolescentes.	Depoprovera Noriginon DIU ACO	Cualitativa nominal
Razones de preferencia	Porque prefieren determinado método anticonceptivo	Privacidad Facilidad de uso Menos efectos secundarios Durabilidad	Cualitativa nominal
Uso de Anticonceptivo	Motivo por el cual usa determinado método anticonceptivo.	Decisión Propia. Indicación del médico. Preferencia de su pareja. Desabastecimiento.	Cualitativa nominal
adherencia a métodos de anticoncepción	Paciente que ha usado el mismo método de anticoncepción en un periodo de 6 meses paciente ha olvidado acudir a su cita de abastecimiento para el caso de métodos inyectables y para ACO si ha olvidado alguna vez tomar el medicamento y si se lo toma en la hora indicada -acude a abastecimiento en la fecha indicada -cuando se encuentra bien o sin pareja estable ha dejado de tomar la medicación o asistir a cita de abastecimiento	Se considera adherente para métodos inyectables responder NO a las 4 preguntas y para métodos Orales se considerara adherente responder no a 3 preguntas y SI a la pregunta 5 b	Cualitativa nominal

	-cuando se siente mal aunque tenga pareja deja de tomar la medicación o no asiste a cita de abastecimiento de método		
--	--	--	--

4.5 Técnicas y procedimientos

La información en primera instancia se obtuvo a través del Sistema nacional de Información SIMMOW del MINSAL, El Salvador, de donde se recopiló el dato del total de adolescentes que fueron inscritas en cada establecimiento durante el año 2017.

Posteriormente, se solicitaron los expedientes de las adolescentes en cada unidad de Salud de los cuales se obtuvo la siguiente información: Número telefónico, edad, Profesión u oficio, escolaridad, antecedentes ginecobstétricos y método anticonceptivo utilizado.

Se realizaron entrevistas telefónicas a todas las adolescentes de 10 a 19 años a las cuales les correspondió el control de anticoncepción durante los meses de enero a Septiembre 2018.

La información fue recolectada directamente por la autora del estudio.

Realizar la entrevista vía telefónica expone a varios sesgos, como, el hecho de que la persona entrevistada no vea a la persona que lo entrevista puede motivarlo a no proporcionar la misma respuesta que habría entregado en caso de entrevistas personales, para disminuir este riesgo, se le explicó a cada paciente paso a paso en qué consistía el estudio y se trató de crear un ambiente de confianza donde ellas se sintieran seguras de ser honestas al momento de dar las respuestas, se puede correr el riesgo también de un sesgo por falta de representatividad, (28) ya que muchas de ellas puede que hayan cambiado numero celular, pero, en ese caso, en el expediente clínico siempre se registra un numero alternativo al cual llamar y en la mayoría de los casos se les solicita un número fijo, esto disminuiría la posibilidad de sesgo por falta de representatividad y si no se puede localizar vía telefónica, se programará una visita domiciliar para poder realizar la entrevista

Instrumento de recolección de Información

El instrumento utilizado fue un cuestionario cerrado el cual consta de 8 ítems donde se indagaron aspectos obstétricos y de preferencia de métodos anticonceptivos de las adolescentes, el cual fue elaborado por la autora de la investigación y se detalla a continuación:

De la revisión de expedientes clínicos se obtuvieron los siguientes datos: nombre, edad, escolaridad, estado civil, profesión u oficio, antecedentes gineco-obstetricos. **(Ver Anexo 1)**

Durante la entrevista telefónica que fue realizada por la autora en todos los casos, se indagaron los siguientes aspectos:

Edad en la que inició relaciones sexuales.

Si ha recibido consejería sobre métodos de anticoncepción previamente, a donde le brindaron la consejería.

Si el método de anticoncepción que utiliza es de su elección o ha sido indicación médica o sugerencia de su pareja, etc.

De todos los métodos anticoncepción cual es el de su preferencia y Cuál es la razón por la cual prefiere ese método.

Además de esos cuatro ítems, en la entrevista telefónica se incluyeron las preguntas del test de adherencia de Morisky, el cual es un cuestionario auto administrado muy útil, validado en su versión española por Val Jiménez y cols (37). Este cuestionario consiste en cuatro sencillas y cortas preguntas, se ha utilizado en numerosos estudios de adherencia de fármacos antihipertensivos y antirretrovirales para SIDA, entre otros (29) las preguntas de este cuestionario fueron modificadas por la autora del estudio para que tuvieran concordancia con el tema a investigar; con este test modificado, se evaluaron los aspectos relacionados a la adherencia a los métodos anticonceptivos:

- Si ha olvidado alguna vez de acudir a la cita de su abastecimiento, de tomar el medicamento y si toma la medicación a la hora indicada.
- Si acude a su abastecimiento en la fecha indicada.

- Si cuando se encuentra bien o sin pareja estable, ¿deja alguna vez de tomar la medicación o deja de asistir a su cita de abastecimiento de método de anticoncepción?
- Si alguna vez se siente mal aunque tenga pareja, ¿deja de tomar la medicación o ya no asiste a su cita de abastecimiento de método de anticoncepción (Ver Anexo 2)

Con respecto a este test, se consideró adherente a métodos de anticoncepción a toda usuaria que para métodos inyectables respondió no a la pregunta 5, 6, 7 y 8 y para métodos orales se consideró como adherente a toda aquella usuaria que respondió No a las preguntas 5a, 7, 8 y Si a la pregunta 5b.

La validación del instrumento se realizó mediante criterios de expertos, se le entregó a cada experto del tema de adherencia (representante de VIH, tuberculosis, adolescentes, enfermedades crónicas no transmisibles) un cuestionario y se les solicitó que escribieran o dieran su opinión cualitativa sobre las características del cuestionario relacionadas con el aspecto en términos teniendo en cuenta si el mismo “parece “ medir lo que se quiere medir”. Para la validación de contenido se les entregó adicionalmente (anexo 3) un instructivo para evaluar los criterios de pertinencia (si el cuestionario responde a los objetivos para el cual fue construido) y adecuación (si el cuestionario está adaptado a las características de las personas a los que se le va solicitar la información).

Se confeccionó una escala Likert (30) que va desde el valor de 1 (muy poco) hasta 5 (muy aceptable). Los ítems que recibieron puntuaciones por debajo de la media serán modificados con lo anterior se realizó la validación técnica del documento.

Posteriormente para la validación operativa se aplicaron vía telefónica el cuestionario final a una muestra piloto de 10 adolescentes con el objetivo de verificar que el instrumento fue fácil de comprender para las adolescentes. Se le entregó el instrumento a 3 expertos en el tema de adherencia de los cuales dos estuvieron de acuerdo con el instrumento, se recibieron observaciones por parte de un experto, las cuales se realizaron y se realizó la entrevista a 10 adolescentes con el objetivo de verificar que el instrumento fue fácil de comprender, con las modificaciones sugeridas

por el experto y las entrevistas realizadas se constató que las 10 adolescentes comprendían con claridad lo que se les estaba preguntando y lo que se quería indagar,

Se consideraron como expertos para la validación del cuestionario tres actores de salud (médicos) que estén cumpliendo funciones relacionadas con la salud sexual de adolescentes y vinculados al ministerio de salud de el salvador. (**Anexo 4**)

4.6 Análisis y procesamiento de la información

Para evaluar la validez de aspecto se transcribieron todas las opiniones emitidas por los expertos. Se realizó análisis inductivo de las respuestas de los participantes, se obtuvieron términos comunes referidos a la congruencia teórica entre la construcción del instrumento y el marco conceptual que se quiere evaluar.

Con los datos cuantitativos obtenidos se confeccionó una base de datos en Microsoft Office Excel 2017. El análisis de los datos se realizó utilizando las bondades del paquete de Excel y el software estadístico SPSS versión 21.0 para Windows.

Para evaluar la pertinencia y adecuación para cada pregunta del cuestionario se calcularon las medias aritméticas (M), la desviación estándar (DS), y el índice de posición (IP). Este último cuantifica la posición de la muestra respecto a una escala ordinal sin necesidad de tener en cuenta el número de clases que la componen. $IP = \frac{M - 1}{K - 1}$ donde M=media y K= cantidad de respuestas posibles para calificar la variable. IP toma valores entre 0 y 1; resulta nulo ($IP = 0$) cuando toda la muestra está ubicada en el extremo inferior y toma su valor máximo ($IP = 1$) cuando todos los elementos de la muestra se encuentran en el extremo superior. (31)

Se calcularon las frecuencias absolutas y relativas (porcentaje) para las variables cualitativas estudiadas. La edad de los participantes se resumió utilizando la media, como medida de tendencia central, la desviación estándar, como medida de dispersión.

Para el análisis bivariado entre la adherencia al tratamiento y las distintas variables de interés (sociodemográficas, historia ginecobstétrica, uso y preferencia de los anticonceptivos), se confeccionaron tablas de contingencia, y se aplicaron la prueba Chi cuadrado con un nivel de significación $\alpha = 0,05$. Para evaluar la influencia de algunas variables del estudio con la adherencia a métodos anticonceptivos se calcularon las razones de prevalencia (RP) con sus intervalos de confianza al 95 % (IC

95 %) tomando como referencia los valores de menor frecuencia el valor de significación estadística calculado se compararon con $\alpha=0,05$. Se consideró que existía asociación entre el factor evaluado y la adherencia si $RP \neq 1$, en el IC 95 % y que no se incluya el valor "1" y $p \geq \alpha$. Seguidamente se aplicó un modelo de regresión logística para conocer la asociación entre la adherencia y algunos factores de conjunto (análisis multivariado). Así mismo se tomaron las variables con valores de $p \leq 0,05$. Para la selección del modelo se utilizó la modalidad paso a paso, hacia atrás (método de Wald).

4.7 Consideraciones éticas

En el marco de los derechos humanos, los derechos sexuales, incluyen los derechos de todas las personas a: decidir de manera libre y responsable sobre todos los aspectos de su sexualidad, incluyendo el promover y proteger su salud sexual; libres de discriminación, coacción o violencia en su vida sexual y en todas sus decisiones sexuales, esperar, exigir igualdad, consentimiento completo, respeto mutuo y responsabilidad compartida en las relaciones sexuales. Los derechos reproductivos incluyen los derechos individuales y de las parejas a: decidir libre y responsablemente el procrear o no, el número de hijos/as, el momento de tenerlos, a que intervalo hacerlo, con quien y tomar decisiones sobre la reproducción libre de discriminación, coacción y violencia. Tener la información, educación para alcanzar el estándar más alto de salud sexual y reproductiva. El Ministerio de Salud garantizará la protección de los derechos a la salud integral, a la salud sexual y reproductiva, y la igualdad y equidad en el acceso y atención en los servicios correspondientes. En el diseño, ejecución y evaluación de las políticas y planes de salud, se aplicarán los siguientes lineamientos generales: a) Acceso de mujeres y hombres, sin discriminación alguna y en todas las etapas de su vida, a información educativa, a servicios gratuitos y de buena calidad, para la atención de la salud integral. b) Acceso universal de niñas, niños, adolescentes, adultas y adultos, a información y educación científica y actualizada, adecuada al ciclo vital, oportuna, veraz, suficiente y completa sobre el ejercicio responsable de la sexualidad, auto cuidado y prevención de riesgos en salud sexual y salud reproductiva, así como acceso a los servicios públicos de información, atención preventiva y curativa correspondientes. c) Proveer información científica, educación, normas de higiene, prevención, detección y atención a riesgos en salud

sexual y salud reproductiva, con especial consideración a las infecciones de transmisión sexual y el Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH- Sida). Y La Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia (LEPINA) también contempla dicha temática referente a los adolescentes en el artículo 32.- Salud sexual y reproductiva. Todas las niñas, niños y adolescentes, de acuerdo con su desarrollo físico, psicológico y emocional, tienen el derecho a recibir información y educación en salud sexual y reproductiva, de forma prioritaria por su madre y padre (32) y para garantizar la confidencialidad de las usuarias y ya que el estudio constará de una entrevista y no de procedimientos invasivos, será suficiente el asentimiento de las adolescentes.

El estudio fue aprobado por la Comisión científica especial del Instituto Pedro Kouri Y por el Comité Nacional de ética de El Salvador y se realizó con la debida conformidad de las autoridades nacionales del MINSAL y locales. Las mismas fueron provistas de información verbal y escrita con relación a los objetivos y principales procedimientos de la investigación.

Se aseguró la total confidencialidad de la encuesta asignando un código a la misma; toda la información recabada quedo en custodia de la persona responsable de la investigación. Se presentó al SIBASI donde se realizó el estudio para su aprobación. Los datos obtenidos de las entrevistas son confidenciales, los cuales nada más los conoce la persona encargada del estudio y se usaron exclusivamente para el estudio sin detallar nombres.

Previo a la realización de la entrevista telefónica se les explicó a las adolescentes el objeto de la llamada, y se les solicitó su asentimiento verbal para la realización de la entrevista. **(Ver Anexo 5)**.

En cada etapa del estudio se garantizó un uso de los resultados compartimentado. La información individual que se obtuvo solo fue compartida por el equipo de investigación, dentro de este se establecieron niveles de acceso a la información, sobre todo aquellas que contienen datos de identificación personal. Los archivos de la investigación se guardan por tiempo no definido en estos momentos y quedaron en custodia de la investigadora en un local que asegure su cuidado. La misma tiene la responsabilidad de la custodia de los documentos y bases de datos y en las decisiones que se tomen

sobre ellos. (Investigadora: Dra. Mayra Vanessa Ruballo Valdivieso, email: mruballo@salud.gob.sv)

5 RESULTADOS

El total de adolescentes a entrevistar fue 193, de estas, 27 no contestaron la llamada, 40 no aceptaron la entrevista a pesar de que se les explicó detalladamente el objetivo del estudio y la privacidad de la información, fueron entrevistadas 126 adolescentes.

Del total de adolescentes entrevistadas, el 43,7% corresponden a la UCSF Santa Lucia; UCSF Ilopango 41.3% y UCSF Alta Vista 15%. La mayoría de adolescentes entrevistadas se encuentran entre las edades de 18 años (38,9%) y 19 años (31,7%), seguida por adolescentes de 19 años 31,7% y en tercer lugar están las adolescentes de 17 años con 15,1%.

En cuanto al estado civil se evidenció que un 51,6% de adolescentes están solteras y un 43,6% se encuentran en unión libre.

Se destacó que la mayoría de adolescentes habían concluido el nivel básico 48,4% y un 32,5% concluyeron el bachillerato.

Con respecto a la profesión u oficio, un 50,8% de las adolescentes son amas de casa y un 44,4% son estudiantes. (**Tabla 1**)

Tabla 1. Distribución de frecuencias de las adolescentes entrevistadas por variables sociodemográficas. En la Microred Ilopango. 2017.

Variables	No.	%
UCSF		
Santa Lucia	55	43,7
Ilopango	52	41,3
Alta Vista	19	15,0
Edad		
14	2	1,6
15	6	4,8
16	10	7,9
17	19	15,1
18	49	38,9
19	40	31,7
Estado civil		
Soltera	65	51,6
Casada	6	4,8
Unión Libre	55	43,6
Escolaridad		
Primaria	23	19,0
Básica	62	48,4
Bachiller	41	32,5
Profesión u oficio		
Estudiante	56	44,4
Ama de casa	64	50,8
Empleada Informal	1	0,8
Otro	5	4,0

Fuente. Cuestionario

Del total de las adolescentes entrevistadas, el 34,1% iniciaron relaciones sexuales a la edad de 16 años, 28 adolescentes equivalente a un 22,2% las iniciaron a la edad de 17 años, en tercer lugar con 21 adolescentes que representan un 16,7% se encuentran las que iniciaron relaciones sexuales a la edad de 14 años, en menor cantidad se encuentran las edades de 15 años con 15,9%, 12 y 13 años con 2,4% cada edad.

Es importante resaltar que el 62,7% de las adolescentes ya había experimentado

un embarazo previo, el 4% tenían antecedente de dos o más embarazos y solo el 33,3% de estas no tenían antecedente de embarazo. Del total de embarazos en las adolescentes entrevistadas, el 0,6% fueron partos prematuros, 2,4% terminaron en aborto y el 49,4% nacieron vivos. (**Tabla 2**)

Tabla 2. Antecedentes personales y ginecobstétricos de las adolescentes entrevistadas. En la Microred Ilopango, 2017.

Variables	No.	%
Edad de inicio de relaciones sexuales		
12	3	2,4
13	3	2,4
14	21	16,7
15	20	15,9
16	43	34,1
17	28	22,2
18	8	6,3
Antecedentes obstétricos		
Primigesta	79	62,7
Múltipara	5	4,0
Nulipara	42	33,3
Fórmula obstétrica		
Partos	80	47,6
Prematuros	1	0,6
Abortos	4	2,4
Vivos	83	49,4

Fuente. Cuestionario

En la **Tabla 3** se puede observar que de las 126 adolescentes entrevistadas, el 73% recibió información sobre métodos anticonceptivos, de estas, el 38,9% lo recibió en la unidad de salud y el 25,4% lo recibió en el centro escolar, con respecto a la persona quien les brindó la información, refirieron que el 29,4% fue impartida por amigos, el 26,2% por personal de enfermería y el 14,3% por médico.

Tabla 3. Conocimientos sobre métodos anticonceptivos en las adolescentes entrevistadas. En la Microred Ilopango, 2017.

Variables	No.	%
Información sobre métodos anticonceptivos		
Si	92	73,0
No	34	27,0
Lugar donde lo recibió		
Centro Escolar	32	25,4
Unidad de Salud	49	38,9
Otros	11	8,7
Persona que brindó la información		
Médico	18	14,3
Enfermera	33	26,2
Amigos	39	29,4
Otros	2	3,2

Fuente. Cuestionario

La **Tabla 4** representa el uso y preferencia de los métodos anticonceptivos en las adolescentes entrevistadas, dentro de las causas que motivaron a estas adolescentes a utilizar algún método anticonceptivo tenemos como primer motivo la decisión propia con 83 respuestas equivalente al 65,9%, seguido por indicación del médico con 22 respuestas lo que equivale a 17,5%, en tercer lugar está por preferencia de su pareja con 15,1% (19 adolescentes).

Tabla 4. Uso y preferencia de los métodos anticonceptivos en las adolescentes entrevistadas. Microred Ilopango. 2017.

Variables	No.	%
Motivo del uso		
Decisión propia	83	65,9
Indicación del médico	22	17,5
Preferencia de su pareja	19	15,1
Desabastecimiento	2	2,0
Preferencia		
Anticonceptivos orales	4	3,2
Inyectable mensual (Noriginon)	36	28,6
Inyectable trimestral (Depoprovera)	73	57,9
DIU	13	10,3
Razones para el uso		
Privacidad	41	33,3
Facilidad de uso	49	37,3
Menos efectos secundarios	9	7,1
Durabilidad	27	22,2

Fuente. Cuestionario

Del total de adolescentes entrevistadas, se identifica que el mayor número de casos de adherencia fueron en la edad de 18 años (27%) y es evidente que a menor edad menor adherencia, de las adolescentes de 19 años entrevistadas, solo nueve (22.5%) fueron adherentes al método anticonceptivo. Del total de adolescentes que fueron adherentes a los métodos anticonceptivos, 16 estaban solteras (25%) y 18 en unión libre (30%); según escolaridad, 20 culminaron el nivel básico (33%), 10 Bachillerato (24%) y cuatro de primaria (17%). De las adolescentes que presentaron adherencia, 18 eran amas de casa (28%) y 14 eran estudiantes (25%). Es importante destacar que entre más bajo es el nivel de escolaridad menos adherente son a los métodos anticonceptivos, esto puede provocar que se produzcan embarazos a muy temprana edad. Las adolescentes que se encuentran en unión libre, tienen mayor adherencia, esto puede deberse a que tienen más tiempo para acudir a los establecimientos de salud a sus abastecimientos de métodos de anticoncepción. (**Tabla 5**)

Tabla 5. Características sociodemográficas según adherencia reportada al método anticonceptivo. En la Microred Ilopango, 2017.

Características	Adherencia		Valor p
	Si No. (%)	No No. (%)	
Edad			
14	0	2 (100%)	0,812
15	2(33.3%)	4(66.6%)	
16	3(30%)	7(70%)	
17	7(37%)	12(63%)	
18	13(27%)	36(73%)	
19	9(22.5%)	31(77.5%)	
Estado civil			
Soltera	16(25%)	49(75%)	0,338
Unión libre	18(30%)	43(70%)	
Escolaridad			
Bachiller	10(24%)	31(76%)	0,290
Básica	20(33%)	41(67%)	
Primaria	4(17%)	20(83%)	
Profesión u oficio			
Ama de casa	18(28%)	46(72%)	0,812
Empleada informal	0	1(100%)	
Estudiante	14(25%)	42(75%)	
Otros	2(40%)	3(60%)	

Fuentes. Cuestionario

De las 126 adolescentes entrevistadas, 27 iniciaron relaciones sexuales a los 14 años o menos, de estas, 5 fueron adherentes al tratamiento (19%); de las 99 adolescentes que iniciaron relaciones sexuales a los 15 años o más, 29 fueron adherentes (29%).

De las adolescentes que recibieron información sobre métodos anticonceptivos previamente, 30 fueron adherentes al método anticonceptivo (33%), por el contrario de las 34 adolescentes que no recibieron información previa, 4 fueron adherentes a el uso de cualquier método (12%). No se encontraron diferencias

significativas con relación a la adherencia y las variables sociodemográficas estudiadas. De las 92 adolescentes que recibieron información previa, 51 la recibieron por personal de salud, médico o enfermera, de estas 16 fueron adherentes a métodos anticonceptivos (31%); 75 adolescentes recibieron la información de otras personas, 18 de ellas fueron adherentes (24%).

Del total de adolescentes entrevistadas, 83 de ellas utilizan determinado método por decisión propia, de estas, 23 fueron adherentes (28%), 2 utilizan el método por desabastecimiento y 1 de ellas fue adherente (50%), 22 adolescentes refieren que el método que usan fue por prescripción del médico, de estas 3 fueron adherentes (14%), 19 lo usan por preferencia de la pareja, 7 de ellas son adherentes (37%); no se puede concluir que la mayor adherencia se encuentra en las adolescentes que utilizan determinado método anticonceptivo por decisión propia, además de eso, a pesar que fueron pocas las adolescentes que son adherentes a métodos de anticoncepción a pesar de haber recibido información previa sobre estos, el número es superior a comparación de las que no han recibido información sobre métodos, es por ello, la importancia de que las adolescentes tengan acceso a la información en cualquier área donde ellos se encuentren. (**Tabla 6**)

Tabla 6. Algunas variables relacionadas con el inicio de las relaciones sexuales, la información y el uso de anticonceptivos según adherencia reportada. Microred Ilopango. 2017.

Variables	Adherencia		Valor p
	Si No. (%)	No No. (%)	
Edad de inicio relaciones sexuales			
≤14	5(19%)	22(81%)	0,193
>15	29(29%)	70(71%)	
Ha recibido información			
Si	30(33%)	62(67%)	0,014
No	4(12%)	30(88%)	
¿Quién brindó la información?			
Médicos o enfermeras	16(31%)	35(69%)	0,238
Otros	18(24%)	57(76%)	
Decisión de uso			
Propia	23(28%)	60(72%)	0,468
Desabastecimiento	1(50%)	1(50%)	
Prescripción	3(14%)	19(86%)	
Preferencia de la pareja	7(37%)	12(63%)	

Fuente: cuestionario

De las 126 adolescentes encuestadas, 83 tomaron la decisión de uso de métodos anticonceptivos ellas mismas, de estas 23 fueron adherentes (28%), la decisión de uso de métodos anticonceptivos fue tomada por otras personas en 43 casos, de estas 11 fueron adherentes (26%), por lo tanto, se puede evidenciar que si se deja a la adolescente decidir usar un método anticonceptivo, presentan mayor adherencia ya que no se sienten obligadas ni forzadas a usar un método anticonceptivo determinado.

Del total de adolescentes 72 prefieren el método anticonceptivo inyectable trimestral, de estas 17 fueron adherentes al método (23%), 36 prefieren el inyectable mensual, de estas 13 fueron adherentes (36%), en menor número de preferencia está el DIU con solo 13 adolescentes, de estas 4 fueron adherentes

(31%), y en último lugar se encuentran los ACO con 4 adolescentes que lo prefieren, de estas ninguna fue adherente.

De las 126 adolescentes entrevistadas, 37 refirieron que no acuden a su abastecimiento en la fecha indicada y de estas solamente 5 fueron adherentes al método (14%), de las 86 restantes que acudieron a su cita de abastecimiento en la fecha acordada, 29 fueron adherentes al tratamiento (34%). Ninguna de las variables estudiadas mostró diferencias significativas con relación a la adherencia.

(Tabla 7)

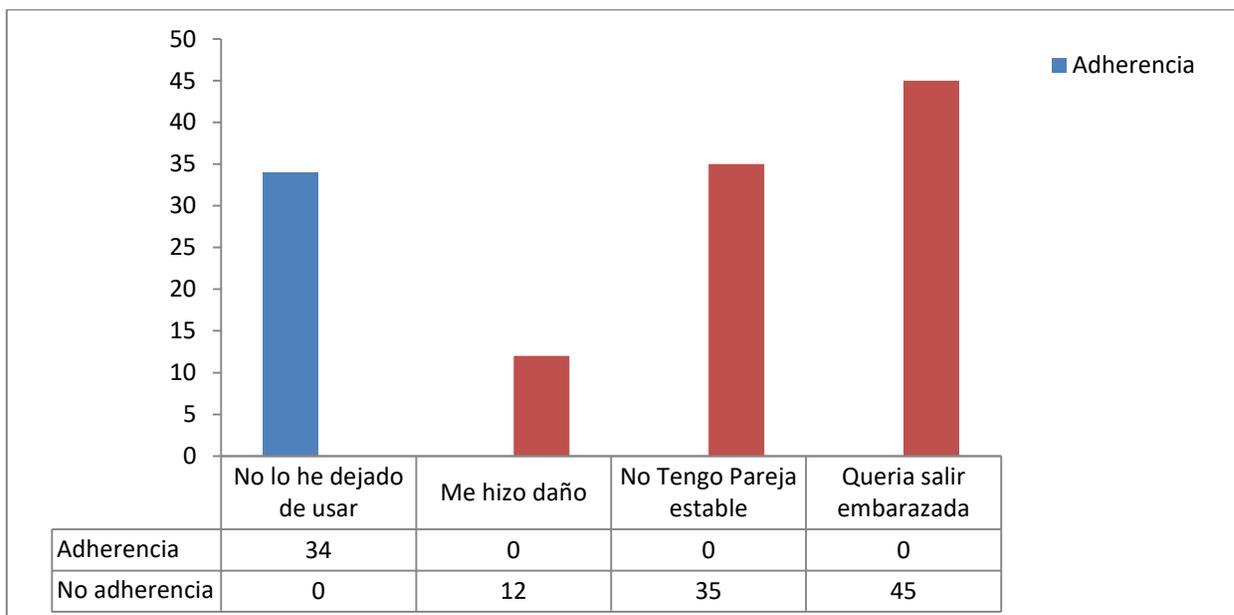
Tabla 7. Preferencia y decisión de uso de anticonceptivos según la adherencia reportada. Microred Ilopango. 2017.

Características	Adherencia		Valor p
	Si No. (%)	No No. (%)	
Quien tomó la decisión de uso			
Adolescente	23 (28%)	60(72%)	0,487
Otros	11(26%)	32(74%)	
Preferencia personal			
ACO	0	4(100%)	0,715
DIU	4(31%)	9(69%)	
Inyectable Mensual	13(36%)	23(64%)	
Inyectable trimestral	17(23%)	56(77%)	
Acude a su abastecimiento en fecha			
No	5(14%)	32(86%)	0,021
Si	29(34%)	57(66%)	

Fuente: cuestionario

En la **figura 1** se puede observar que del total de las adolescentes entrevistadas, 34 de ellas no han dejado de usar el método anticonceptivo. En 45 adolescentes el abandono del tratamiento obedece a la decisión de embarazarse, el otro motivo importante fue el no tener una pareja estable, solo 15 reconocen como causa, que le provocó algún daño o malestar.

Figura 1. Motivos referidos por las entrevistadas según adherencia reportada. Microred Ilopango. 2017



Fuente: cuestionario

La **Tabla 8** muestra la relación entre la adherencia a los anticonceptivos y los motivos de abandono de ellos por parte de las adolescentes estudiadas. En la misma se observa que existe asociación significativa entre las variables estar bien o sin pareja estable y referir que se siente mal pero con pareja estable.

Tabla 8. Motivos de abandono en el uso de anticonceptivos según la adherencia reportadas. Microred Ilopango. 2017.

Motivos de abandono de tratamiento	Adherencia		Valor p
	Si No. (%)	No No. (%)	
Se encuentra bien o sin pareja estable			
No	31(41%)	45(59%)	0,000
Si	3(6%)	47(94%)	
Se siente mal con pareja estable			
No	34(32%)	72(68%)	0,000
Si	0	20()	

Fuente: cuestionario

6 DISCUSIÓN

Los métodos anticonceptivos actualmente son el mejor elemento para prevenir embarazos en adolescentes, espaciar un embarazo de otro y poder decidir en qué momento tener hijos, una de las grandes dudas que se presentan es con respecto a las adolescentes. Sin embargo, se conoce muy poco en el país sobre las preferencias que estas tienen para los métodos de anticoncepción, cuales son los motivos que las llevaron a usar un método y las razones por las cuales deciden ya no continuarlo como protección para prevenir embarazos. Estos aspectos fueron abordados en esta investigación y que mostró una baja adherencia en sentido general, donde el 60% de las entrevistadas dejó de usar método anticonceptivo. Mientras que el anticonceptivo inyectable trimestral con un 57,6% fue el de mayor preferencia, siendo los anticonceptivos orales con un 3,2% los menos preferidos por las adolescentes.

Durante la investigación se identificaron varias fortalezas, una de ellas fue la entrevista vía telefónica debido a que esto facilitó la obtención de la información, sin que la adolescente se trasladara al establecimiento de salud. Además, esta vía de aplicación permite a la entrevistada expresarse libremente y no tener al médico o enfermera frente a ellas. Sin embargo, también se identificaron en el estudio algunas debilidades, una de ellas y la principal fue que algunas adolescentes por falta de tiempo decidieron no aportar información y no accedieron a la entrevista, otra debilidad que se relaciona con la pérdida fue el cambio en los números telefónicos por lo que no pudieron ser contactadas, a pesar de que se trató de localizar en las direcciones que habían brindado en las historias clínicas y éstas eran direcciones falsas.

El Salvador muestra avances en materia de acceso a la información sobre métodos anticonceptivos en los establecimientos de salud. Gran parte de las adolescentes entrevistadas habían recibido información sobre estos métodos en actividades impartidas en su mayoría por personal de salud (Médico o enfermera) dentro de los propios establecimientos. Es importante mencionar que un porcentaje considerable recibió información de anticoncepción por amigos o conocidos, esto puede contribuir a que tengan un conocimiento erróneo de los diferentes métodos utilizados para prevenir embarazos y cuál podría ser el que mejor se adapte a las características de cada una de ellas.

El hecho de tener conocimientos previos sobre métodos de anticoncepción se ve reflejado en la razón que las motivó a usarlos, ya que en la mayoría de las adolescentes fue decisión propia el optar por un método de planificación familiar. Sin embargo, en muchas de ellas se vio reflejada la influencia de un personal de salud o de su pareja las cuales tomaron la decisión por ellas, esto puede conllevar a un abandono del tratamiento por no sentirse satisfechas por la decisión tomada por otras personas sobre el método que ellas deberían de usar.

En lo que se refiere a los métodos anticonceptivos, en su gran mayoría las adolescentes prefieren el método inyectable trimestral, esto es motivado por la facilidad de uso y la privacidad que trae consigo la aplicación intramuscular cada tres meses de dicho método, es destacable que los métodos con menor preferencia fueron el DIU y los ACO, esto debido a lo complejo que puede ser cumplir de manera idónea con el tratamiento de ACO.

La mitad de adolescentes entrevistadas refirieron estar acompañadas; se puede evidenciar que el estado civil está relacionado con la adherencia a métodos de anticoncepción, ya que la mayoría de las adolescentes que estaban en unión libre fueron adherentes al uso de métodos de anticoncepción, debido a que no se sentían preparadas para un embarazo, o en algunos casos para un segundo embarazo.

Un dato relevante es que una gran cantidad de adolescentes decidieron dejar de usar el método anticonceptivo debido a que deseaban un embarazo; este hallazgo es importante ya que a pesar de los esfuerzos realizados por el Ministerio de Salud de El Salvador por mantener informada a la población sobre los diferentes métodos de anticoncepción, y sobretodo informar a las adolescentes sobre estos, y así prevenir embarazos, ellas aun no comprenden la importancia de tener una edad idónea para un posible embarazo y aunque ya están usando métodos de anticoncepción toman la decisión de suspender el tratamiento para buscar un embarazo que puede poner en riesgo la vida tanto de la adolescente como del bebe.

De las 126 adolescentes entrevistadas, es importante destacar que un 34% de estas, han iniciado sus relaciones sexuales a la edad de 16 años, del total de adolescentes el 62.7% ha experimentado por lo menos 1 parto, según la OMS unas 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos, por lo tanto el embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que

contribuyen a la mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza., (60)

El 73% de las adolescentes entrevistadas refirió haber obtenido información sobre métodos anticonceptivos, de estas el 38% dijo haberlo recibido en un centro de salud por médico o enfermera (40,5%), el 29% dijo conocer sobre métodos anticonceptivos por medio de amigos; según un estudio realizado en Guatemala en el 2013 se reportó del total de la pacientes encuestadas (425), 260 de las mismas obtuvieron un 61,2% de nivel deficiente, contra un 16,5% de nivel de conocimiento Bueno, ninguna encuestada obtuvo calificación excelente. Fue mayoritario el grupo etario de 18 – 20 años con un conocimiento deficiente de 45,4%. Así también, los conocimientos clasificados como buenos en todos los métodos anticonceptivos no superan en general el 40%, por lo tanto las adolescentes se están enfrentando a la práctica sexual con el mínimo de conocimiento sobre métodos anticonceptivos. La fuente de información más frecuente fue la del médico en un 33% seguido de la revista y/o periódicos que representan el 31% en ambos casos el nivel de conocimientos fue deficiente en un 55%, (61) estos datos son muy similares a los encontrados en nuestra investigación ya que un porcentaje considerable refirió haber obtenido la información por un especialista de salud. A pesar de los esfuerzos realizados en El Salvador, el acceso a la información referente a métodos de anticoncepción aun es poco, esto se ve relegado en que muchas adolescentes tienen que acudir a amigos o conocidos para obtener información sobre planificación familiar, es de suma importancia incluir temas relacionados a la salud sexual en los centros escolares. (59)

Es importante destacar que en las entrevistas realizadas, el 66% de adolescentes refirió que utilizo un método de planificación familiar por decisión propia, refiriendo además que el método de su preferencia es el inyectable trimestral, esto puede estar relacionado por la facilidad de uso y la privacidad que este implica para su aplicación y uso continuo. Un estudio realizado en Paraguay sobre Planificación familiar en adolescentes reporta que en relación a la preferencia por el método anticonceptivo, el preservativo fue seleccionado en el 51% de la población y el anticonceptivo oral en el 44%. No utilizaron ningún método de cuidado el 34%. Mientras que el uso combinado de preservativo y anticonceptivo oral se registró en el 20%. El 66% recibió información previa sobre métodos de cuidado y solo un 4% manifestó haber vivido situaciones de

violencia intrafamiliar, esto contrasta con nuestro estudio debido a que las adolescentes en El Salvador prefieren el método inyectable por encima del DIU (62)

Un estudio similar realizado en la UCSB San Isidro, en El Salvador; en el año 2015 donde se indaga la preferencia a métodos de anticoncepción, se describe que las encuestadas prefieren los inyectables trimestrales, 36% los inyectables mensuales, 11% inyectables bimensuales, y solo un 8% DIU y 4% ACOS; observando que más del 50% prefieren métodos hormonales inyectables, (63) este estudio coincide con los resultados de esta investigación, donde un 58% de las adolescentes prefieren los métodos de anticoncepción inyectables trimestrales, seguido por el inyectable mensual con un 28,6% de preferencia; en este mismo estudio se refleja el motivo por el cual utilizan dicho método y reportan que 81 de 146 personas utilizan el método de planificación familiar porque se encuentra disponible, 22 porque es el mejor, 21 porque no provoca efectos adversos, 12 debido a que es eficaz y 10 por ser fácil de usar, esto contrasta con nuestra investigación debido que la mayor cantidad de adolescentes refieren que eligen el método por su facilidad de uso en primer lugar y en segundo lugar por su privacidad.

Con respecto a la adherencia en esta investigación se identifica que de todas las adolescentes entrevistadas, la edad de 18 años presenta mayor adherencia, seguido por la de 19 años, en relación al estado civil, quienes estaban en unión libre fueron más adherentes, esto puede tener relación por el interés de ellas en evitar un segundo embarazo. En relación a la escolaridad las adolescentes con un nivel básico de escolaridad presentaron una adherencia más alta a métodos de anticoncepción (33%) y en relación a la profesión, las que se identificaron con mayor porcentaje de adherencia son las amas de casa con un 28%, esto puede relacionarse a que poseen más tiempo para acudir al establecimiento de salud. En un estudio realizado en España, sobre el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos se expresa que al analizar las "mujeres expuestas" encontramos que utilizaban anticonceptivos el 70,5% (IC: 62,4-78,6%). De las 20 adolescentes de ese estudio sólo dos mantenían relaciones sexuales, de las cuales una usaba anticonceptivos; especialmente llamativo resulta que en el grupo de mujeres de 40 a 45 años sólo utilizaran anticonceptivos el 45,4%, en una frecuencia significativamente inferior a los otros grupos de edad. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la utilización o no de anticonceptivos según el estado civil, el nivel de estudios, la ocupación o el nivel económico. Las mujeres que usaban

anticonceptivos tenían una media de relaciones sexuales por mes de 8,4 (DE: 5,6), que no difería significativamente de las 8,2 (DE: 7,7) de las que no los usaban. Tampoco existían diferencias en la media de edad de inicio de estas relaciones: 19,9 (DE: 4,3) frente a 20,5 años (DE: 2,7). (64) Esto concuerda con nuestra investigación ya que al igual que los datos detallados en el estudio de España, en las adolescentes salvadoreñas no tiene diferencia significativa con respecto al uso de métodos anticonceptivos y el estado civil y educación.

Con respecto al abandono a métodos anticonceptivos, Sandra de Morais Pereira realizó una investigación sobre los factores asociados al abandono de la anticoncepción hormonal oral, en Rio de Janeiro donde se observa que las jóvenes de edad entre 15 y 16 años, tuvieron la mayor incidencia de no adhesión del anticonceptivo, aunque fuesen hechos diversos esfuerzos para la continuidad del estudio, mientras la edad de la primera relación sexual no fue significativa, (65) esto concuerda con nuestra investigación debido a que al igual que el estudio realizado en Rio de Janeiro, la edad de inicio de relaciones sexuales no fue significativa para relacionarlo con la adherencia a los métodos anticonceptivos, debido que dentro de los resultados obtenidos, se evidencio que las adolescentes que iniciaron relaciones sexuales a partir de los 15 años presentaron mayor adherencia a métodos de anticoncepción (29%), con respecto a haber obtenido información previa sobre métodos anticonceptivos y quien brindo la información con la adherencia, en nuestra investigación los resultados no presentan relación ya que aunque 92 adolescentes habían recibido información previa solo un 33% fue adherente al método, y de estas 51 que recibieron información por médico, solo el 31% fue adherente.

En el tema de preferencia a los métodos de anticoncepción, se realizó un estudio en Colombia, por Erika Ramírez Yaima, dicho estudio se realiza en adolescentes estudiantes universitarias, donde se detalla que frente a cuál sería el mejor método para planificar determinan qué; el preservativo 61% en la UAN y 61% en la universidad Cooperativa de Colombia, seguido de anticonceptivo inyectados 17,9% en la UAN y el 16,3% en la universidad Cooperativa de Colombia, el implante subdermico con un 8,8% en la UAN y un 9,1% en la universidad Cooperativa de Colombia. En relación con los métodos que menos consideran para la planificación son los anticonceptivos de emergencia y el método natural. En todos los rangos de edad el mejor método que predomino fue el preservativo (61,1% en la UAN y el 60,9% en la universidad

Cooperativa) y en predominio de la razón de su escogencia (41,5%) fue porque es el más fácil de usar y de conseguir (66), en nuestro estudio la mayor cantidad de adolescentes prefieren métodos anticonceptivos inyectables, esto debido a la facilidad de uso y sobre todo a la privacidad, dentro de lagunas razones por las que ellas prefieren ese método se podría considerar que planifican sin el consentimiento de sus padres o pareja, que les da pena lo que sus amigas puedan pensar, etc.

En otro estudio realizado por Jaime Alejandro Hincapié-García en Colombia en el 2013 donde se indaga sobre las causas de abandono, cambio o fallo terapéutico de la anticoncepción hormonal en mujeres universitarias, en el cual se describe que de las 353 encuestadas, el 2 % abandonó el método de anticoncepción por la aparición de un embarazo, 20,4 % por presentar eventos adversos y 9,9 % por razones económicas. Del total de abandonos, a los eventos adversos se les atribuye el 48,6 % de las causas. (67) Esto contrasta con lo reflejado en nuestra investigación, ya que en su mayoría de casos abandonaron el uso de métodos anticonceptivos porque las adolescentes querían quedar embarazadas y en segundo lugar, porque no tenían pareja estable, la falta de conocimiento sobre los riesgos que implica un embarazo adolescente y la presión de sus parejas para tener un bebe puede ser una de las causas más comunes para desear un embarazo tan temprana edad.

El Dr. Víctor Manuel Noguera Navas de Nicaragua ha realizado una monografía referente a los impedimentos socioculturales para el uso de métodos anticonceptivos, en dicho documento el detalla lo siguiente de los encuestados que no utilizaban métodos anticonceptivos y que a la vez nunca habían utilizado alguno, se obtuvo que un 46,2% es porque no tienen pareja, 14% por temor a efectos secundarios, creencias o mitos; un 6,5% porque desean tener más hijos y un 6,5% no lo han conversado con su pareja. También se preguntó quién tenía mayor responsabilidad en la pareja para evitar el embarazo, el 8% opina que el hombre, el 30,5% que la mujer y el 57,4% que es una decisión de la pareja, (68), en la presente investigación, tener o no una pareja estable no es un factor que determine el uso o no de métodos anticonceptivo. La mayoría de adolescentes que se encuentran bien o sin pareja no suspenden el método de la misma forma que el total de entrevistadas, aunque se sientan mal y tengan pareja estable, estas deciden no suspender el método; eso significa que independientemente las adolescentes encuestadas no toman el hecho de sentirse bien o mal o tengan o no

pareja estable, como un actor determinante para suspender el uso del método anticonceptivo.

Una investigación realizada por el Dr. Miguel Gutiérrez Ramos en el año 2017, la cual se realizó en Perú, donde se indagan aspectos relacionados a la adherencia al uso del método anticonceptivo, es decir, cuanto tiempo la usuaria permanece con determinado método anticonceptivo; en dicho estudio se reporta que las usuarias tienen menor adherencia a los métodos temporales de corta duración. En cambio, cuando observamos la adherencia que tienen los métodos temporales de larga duración hay una notoria diferencia, llegando en promedio a un 80% de adherencia al año de uso. (69) Los métodos definitivos o quirúrgicos, por obvias razones, son los de mayor adherencia porque son métodos permanentes, en nuestra investigación por el contrario, se observó una mayor adherencia a métodos de planificación familiar trimestrales y en segundo lugar están los métodos mensuales.

Los resultados actuales apuntan a que se están dando transformaciones importantes y complejas en las percepciones sobre métodos de anticoncepción de las adolescentes, y esto está influyendo de manera positiva en el uso de estos, a pesar de que aún hay brechas por cubrir, como lo son los centros escolares, la comunidad y medios de comunicación, para así aumentar los conocimientos de las adolescentes referente a métodos de anticoncepción y así aumentar el uso de estos.

En El Salvador hay muy pocos estudios que indaguen la preferencia y adherencia a métodos de planificación familiar en las adolescentes, es un punto que ha quedado relegado y que necesita se indague a profundidad para poder identificar causas probables, razones por las cuales deciden planificar y sobre todo investigar si las parejas tienen influencia en esta decisión o son ellas las que ejercen presión para que no continúen protegiéndose y esto genere embarazos en adolescentes. Además, es importante indagar sobre la opinión de las adolescentes con respecto a recibir información sobre métodos de planificación familiar en los centros escolares, así mismo consultar sobre qué opinan con la atención brindada en los centros de salud o la facilidad o no al acceso a métodos de planificación familiar en los centros de salud.

7 CONCLUSIONES

- En las adolescentes entrevistadas, la mayoría se encontraba en la adolescencia tardía, muy bajo porcentaje culminan el bachillerato, más de la mitad de ellas son amas de casa, y ya habían experimentado un embarazo previo.
- La preferencia se vio reflejada en el método de planificación familiar trimestral, esto se puede relacionar con la facilidad de uso y la privacidad que conlleva utilizar este método.
- La adherencia a métodos anticonceptivos en general fue muy baja, a pesar que muchas adolescentes tienen acceso a información de métodos anticonceptivos, estas no son adherentes a ningún método.
- Dentro de los factores relacionados a la adherencia a métodos de planificación familiar las adolescentes en unión libre y amas de casa presentaron mayor adherencia. Así como las que se encuentran bien o sin pareja estable al igual que las que se sientan mal o con pareja estable fueron adherentes a los métodos de planificación familiar.
- Tener conocimientos previos sobre métodos de planificación familiar no influye de manera significativa en la adherencia o no de métodos anticonceptivos.

8 RECOMENDACIONES

- Realizar estudios que profundicen los temas de adherencia en las adolescentes del país, en estudios prospectivos con enfoque cualitativo para poder comprender cuáles son los factores que influyen directamente en la adherencia o no a métodos de anticoncepción.
- Fortalecer los programas educativos en los centros de escolares para brindar información confiable sobre los diferentes métodos de anticoncepción y facilitar el acceso a métodos de anticoncepción en los establecimientos de salud para favorecer la adherencia y la continuidad de uso de métodos de planificación familiar por las adolescentes.
- Comunicar los resultados obtenidos en esta investigación a las autoridades del Ministerio de Salud, de El Salvador y otras instituciones que participaron en el estudio con la finalidad de recomendar futuras investigaciones sobre esta temática.

9 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Grupo Dalton. Diario Digital Contrapunto. [Online].; 2017 [cited 2018 05 10. Available from: <https://bit.ly/2s0UW3j>.
2. OMS. OMS. [Online].; 2016 [cited 2018 05 10. Available from: <https://bit.ly/1oCgCbe>.
3. Mulder SS. Unicef Ecuador. [Online].; 2014 [cited 2019 03 14. Available from: <https://uni.cf/2HhPVZR>.
4. N. Valles Fernández FLdC. Anticoncepción en la adolescencia. Elsevier. 2006 Junio; 32(6).
5. ELENA GARCIA-VEGA. Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes. International Journal of Psychological Research. 2012; 5(1).
6. V DAM. Anticoncepción en la adolescencia. REV. MED. CLIN. CONDES. 2011; 59(67).
7. Mary A. Ott GSS. Anticoncepción en adolescentes. Revisión a Profundidad. , Pediatría; 2014.
8. OMS. OMS. [Online].; 2018 [cited 2018 04 19. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>.
9. Alkema L. KVMCBA. Evidencias por Servicio Andaluz de Salud. [Online].; 2013 [cited 2019 02 12. Available from: <http://www.evidenciasaludandalucia.es/revisiones/tasas-y-tendencias-mundiales-en-planificacion-familiar>.
10. Clínica Magnasalud. Clínica Magnasalud. [Online].; 2016 [cited 2018 05 10. Available from: <https://www.clinicamagnasalud.es/articulos/ginecologia/planificacion-familiar-metodos-anticonceptivos/>.
11. OMS. RECOMENDACIONES SOBRE PRÁCTICAS SELECCIONADAS PARA EL USO DE ANTICONCEPTIVOS. Actualización. Ginebra: OMS, Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas; 2008.
12. Shalini S. Lynch. Manual MSD. [Online].; 2018 [cited 2018 09 12. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/farmacolog%C3%ADa->

[cl%C3%ADnica/conceptos-farmacoterap%C3%A9uticos/eficacia-y-seguridad-del-f%C3%A1rmaco#resourcesInArticle](#).

13. OMS. Promoción del Uso racional de Medicamentos. Componentes centrales. 1st ed. OMS , editor. Ginebra: OMS; 2002.
14. Jiménez MJR. Anticoncepción ¿Qué necesitan los adolescentes? ADOLESCERE , editor.: ADOLESCERE; 2015.
15. Autores Cd. Farmacología, uso racional de Medicamentos La Habana: Academia La Habana; 2010.
16. Argueta R. Frikis de la salud. [Online].; 2012 [cited 2018 09 12. Available from: <https://frikidelasalud.wordpress.com/2012/05/28/aumenta-uso-de-anticonceptivos-en-mujeres-adolescentes-de-el-salvador/>.
17. Gonzalez O. 23 mil menores se casaron o acompañaron en 2014. El Diario de Hoy. 2015 Noviembre.
18. OMS. OMS. [Online].; 2018 [cited 2018 04 19. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>.
19. Luis Alfonso Mendoza Tascón DICB. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2016; 81(4).
20. UNICEF. UNICEF. [Online].; 2016 [cited 2018 02 12. Available from: <https://uni.cf/2E6u3S4>.
21. OLIVA XG. Más de 160 mil adolescentes hospitalizadas por complicaciones en el embarazo. El Diario de Hoy. 2017 Marzo.
22. MINSAL. Estrategia Nacional Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y en Adolescentes. 2017. Estrategia.
23. Carías P. El país donde cada día 70 adolescentes se convierten en madres. El Faro. 2013 Enero.
24. Mayén JAYB. Métodos anticonceptivos para adolescentes. 2017. Resumen informativo.
25. Roxana Carolina Miranda Gaitán TdiÁGDEJLV. Métodos anticonceptivos más utilizados de acuerdo al Protocolo de Planificación Familiar del Ministerio de Salud

- (MINSAL), por las adolescentes de 12-19 años que asisten al Programa de Planificación Familiar en el Centro de Salud Dr. Alejandro Dávila Bolaños. 2012. Tesis.
26. Rodríguez EP. Humanium. [Online].; 2018 [cited 2018 02 04. Available from: <https://www.humanium.org/es/la-sexualidad-de-los-adolescentes/>.
 27. Eva Adarve-Hidalgo GFGS. Adherencia y cumplimiento del método anticonceptivo hormonal oral. Matronas Profesion. 2016; 17(1).
 28. Mendoza DJP. Adolescente embarazada: características y riesgos. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 1997 Junio; 23(1).
 29. Espinosa JLL. Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2004 Junio;(90).
 30. Issler PDJR. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA. Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina. 2001 Agosto; 1(107).
 31. V. AM. Educación sexual: un pilar fundamental en la sexualidad de la adolescencia. Revista médica de Chile. 2011 Octubre; 139(10).
 32. Consumer E. Sexo y Salud. [Online].; 2018 [cited 2019 02 04. Available from: <http://sexoysalud.consumer.es/etapas-de-la-vida/en-la-adolescencia>.
 33. OMS. OMS. [Online].; 2018 [cited 2019 02 04. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>.
 34. PFIZER. III FORO DIÁLOGOS PFIZER-PACIENTES LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: CUMPLIMIENTO Y CONSTANCIA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA. 2009. Foro.
 35. Sociedad Española de Psiquiatría. Plan de Adherencia al Tratamiento (Uso responsable del medicamento). 2016. Documento en consenso.
 36. Dr. Jeddú Cruz Hernández DMYQDAIVDPHGyDAVB. Anticoncepción en la adolescencia. Rev Cubana Endocrinol. 2007; 18(1).
 37. X. NOGUÉS SOLÁN. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. Anales de medicina interna. 2007 Enero; 24(3).
 38. Muñoz P. USAID. [Online].; 2009 [cited 2019 02 04. Available from: <https://www.k4health.org/sites/default/files/1era%20edici%C3%B3n.pdf>.

39. MINSAL. LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE ANTICONCEPCIÓN. MINSAL ed. MINSAL , editor. San Salvador: MINSAL; 2016.
40. Ignacio González Labrador EMP. Consideraciones sobre planificación familiar: métodos anticonceptivos. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2011 Agosto; 17(4).
41. Orellana DL. PASMO. [Online].; 2016 [cited 2019 02 04. Available from: https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/telesalud_2016_presentaciones/presentacion12082016/DISPOSITIVO-INTRAUTERINO-DIU.pdf.
42. Rodelgo DT. Onmeda. [Online].; 2016 [cited 2019 02 04. Available from: <https://www.onmeda.es/anticoncepcion/pildora-historia-2184-2.html>.
43. Jacobson JD. Medline Plus. [Online].; 2019 [cited 2019 02 04. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000655.htm>.
44. David Vásquez-Awad SPNRDMGGTRLdM. Anticonceptivos orales combinados: Guías Latinoamericanas. Revista Medicina. 2014; 36(2).
45. Mayo Clinic. Mayo Clinic. [Online].; 2011 [cited 2019 02 04. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/combo-combination-birth-control-pills/about/pac-20385282>.
46. Wikipedia. Wikipedia. [Online].; 2019 [cited 2019 02 04. Available from: https://es.wikipedia.org/wiki/P%C3%ADdora_anticonceptiva_oral_combinada.
47. Monterrosa A. ANTICONCEPTIVOS ORALES DE SOLO PROGESTINA. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2006; 57(1).
48. Family Doctor. Family Doctor. [Online].; 2017 [cited 2019 02 04. Available from: <https://es.familydoctor.org/pildoras-anticonceptivas-solo-de-progestina/>.
49. N. Valles Fernández FLdC. Anticoncepción en la adolescencia. Medicina de Familia. SEMERGEN. 2006 Junio; 32(6).
50. Mary L. Gavin M. TeensHealth. [Online].; 2013 [cited 2019 02 04. Available from: <https://kidshealth.org/es/teens/contraception-birth-esp.html>.
51. Fertilab. Fertilab. [Online].; 2017 [cited 2019 02 04. Available from: http://www.fertilab.net/gineclopedia/anticoncepcion/anticoncepcion_hormonal/anticonceptivos_orales/que_son_los_anticonceptivos_orales_1.

52. IMSS. IMSS. [Online]. [cited 2019 02 04. Available from: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/planificacion-familiar/hormonal-inyectable>.
53. Saludemia. Saludemia. [Online].; 2016 [cited 2019 02 04. Available from: <https://www.saludemia.com/-/planificacion-familiar-anticonceptivos-inyectables>.
54. Dr. Jeddú Cruz Hernández DMYQDAIVDPHGyDAVB. Anticoncepción en la adolescencia. Revista Cubana de Endocrinología. Abril 2007; 18(1).
55. Retana DCM. Geosalud. [Online].; 2018 [cited 2019 02 04. Available from: https://www.geosalud.com/salud%20reproductiva/inyectables_progestina.htm.
56. Planifica. Planifica. [Online]. [cited 2019 02 04. Available from: <http://www.planificanet.gob.mx/index.php/pdf/metodos-anticonceptivos/metodos-anticonceptivos/inyecciones.pdf>.
57. Mendoza JP. El uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2016 Marzo; 42(1).
58. Cos LCyJd. Anticoncepción hormonal en adolescentes:puesta al día. Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires. 2009 Junio; 29(1).
59. Argueta R. Frikis de la Salud. [Online].; 2012 [cited 2019 02 04. Available from: <https://frikidelasalud.wordpress.com/2012/05/28/aumenta-uso-de-anticonceptivos-en-mujeres-adolescentes-de-el-salvador/>.
60. OMS. OMS. [Online].; 2014 [cited 2019 03 14. Available from: <http://origin.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>.
61. MAZARIEGOS IMM. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN PUÉRPERAS ADOLESCENTES. 2016. Tesis.
62. Moral L ECM. Planificación familiar en adolescentes que consultan en el Servicio de Ginecobstetricia Instituto de Previsión Social. Hospital Central, Paraguay, 2012/2015. Rev. Salud Pública Parag. 2017 Junio; 7(1).
63. Hernández R. PREFERENCIA DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES POR USUARIAS INSCRITAS EN EL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR UCSF B SAN ISIDRO, PERIODO MAYO- JULIO 2015. 2015. Tesis.
64. Agustín AMd. CONOCIMIENTO Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POR

LA POBLACIÓN FEMENINA DE UNA ZONA DE SALUD. Revista Española Salud Publica. 1998 Diciembre; 72(6).

65. Pereira SdM. FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE LA ANTICONCEPCIÓN HORMONAL ORAL: UN ESTUDIO CON LOS ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE RIO DE JANEIRO. REV CHIL OBSTET GINECOL. 2007; 72(1).
66. YAIMA ER. PREFERENCIAS EN EL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN ESTUDIANTES ADOLESCENTES Y JOVENES (ENTRE 18-29 AÑOS DE EDAD) DE UNIVERSIDADES PRIVADAS DEL MUNICIPIO DE VILLAVIENCIO EN EL AÑO 2016. 2016. Tesis.
67. JAIME ALEJANDRO HINCAPIE MQAJG. Causas de abandono, cambio o fallo terapéutico de la anticoncepción hormonal en mujeres universitarias. Revista CES MEDICINA. 2013 Diciembre; 27(2).
68. Navas DVMN. Monografias. [Online]. [cited 2019 02 04. Disponible en: <https://www.monografias.com/trabajos81/impedimentos-socioculturales-metodos-anticonceptivos/impedimentos-socioculturales-metodos-anticonceptivos2.shtml>.
69. Ramos MG. Los métodos reversibles de larga duración (LARC), una real opción anticonceptiva en el Perú. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2017 Marzo; 63(1).

10 ANEXOS

ANEXO 1

Cuestionario para indagar adherencia y aceptabilidad de métodos anticonceptivos en las adolescentes.

DATOS A OBTENER A TRAVES DE EXPEDIENTE CLINICO:

Fecha:

Unidad de Salud:

Nombre:

Edad:

Estado Civil:

Soltera

Casada

Unión Libre

Escolaridad:

Profesión u oficio:

Estudiante

Ama de casa

Empleada informal

Formula Obstétrica:

Partos:

Prematuros:

Abortos:

Vivos:

ANEXO 2

DATOS A OBTENER EN LA ENTREVISTA TELEFONICA:

1. Edad de inicio de relaciones sexuales:

2. ¿Ha recibido consejería para sobre métodos de anticoncepción previamente?

Si No

2a. De ser afirmativa la respuesta, ¿a dónde le brindaron la consejería?

Casa Centro escolar Unidad de Salud Otros

3. El método de anticoncepción que está utilizando actualmente, ha sido elegido por:
Decisión Propia. Indicación del médico. Preferencia de su pareja.
Desabastecimiento

4. De los siguientes métodos de anticoncepción cual es el de su preferencia:
Anticonceptivos Orales Inyectable Mensual (Noriginon) Inyectable trimestral
(Depoprovera) DIU

4a. ¿Cuál es la razón por la cual usted prefiere ese método?

Privacidad Facilidad de uso Menos efectos secundarios Durabilidad

TEST ADHERENCIA DE MORISKY

5. ¿Se ha olvidado alguna vez de acudir a la cita de su abastecimiento (para métodos inyectables)?

Si No

5a. ¿Se ha olvidado alguna vez de tomar el medicamento (ACO)?

Si No

5b. ¿Toma la medicación a la hora indicada (ACO)?

Si No

6. ¿Acude a su abastecimiento en la fecha indicada (para métodos inyectables)?

Si No

7. Cuando se encuentra bien o sin pareja estable, ¿deja alguna vez de tomar la medicación o deja de asistir a su cita de abastecimiento de método de anticoncepción?

Si No

8. Si alguna vez se siente mal aunque tenga pareja, ¿deja de tomar la medicación o ya no asiste a su cita de abastecimiento de método de anticoncepción?

Si No

9. Si ha dejado de usar los métodos de anticoncepción, ¿cuál ha sido la razón de esa decisión?

a. No tengo pareja estable b. Me hizo daño c. quería salir embarazadas d. Otras Razones_____

ANEXO 3

En la siguiente tabla se encuentran las preguntas a realizar durante la entrevista a las adolescentes, coloque una X en la ponderación que considere adecuada, para evaluar pertinencia y adecuación del material para realizarlo durante la investigación, siendo 1 (muy poco) y 5 (muy aceptable)

Pregunta	1	2	3	4	5	Observacion
Edad de inicio de relaciones sexuales						
Ha recibido consejería para sobre métodos de anticoncepción previamente						
¿De ser afirmativa la respuesta, a donde le brindaron la consejería? Casa Centro escolar Unidad de Salud Otros						
El método de anticoncepción que está utilizando actualmente, ha sido elegido por: Decisión Propia. Indicación del médico. Preferencia de su pareja. Desabastecimiento						
De los siguientes métodos de anticoncepción cual es el de su preferencia: Anticonceptivos Orales Inyectable Mensual (Noriginon) Inyectable trimestral (Depoprovera) DIU						
¿Cuál es la razón por la cual usted prefiere ese método? Privacidad Facilidad de uso Menos efectos secundarios Durabilidad						
¿Se ha olvidado alguna vez de acudir a la cita de su abastecimiento (para métodos inyectables)?						
¿Se ha olvidado alguna vez de tomar el medicamento (ACO)?						
¿Toma la medicación a la hora indicada (ACO)?						
¿Acude a su abastecimiento en la fecha indicada (para métodos inyectables)?						
Cuando se encuentra bien o sin pareja estable, ¿deja alguna vez de tomar la medicación o deja de asistir a su cita de abastecimiento de método de anticoncepción?						
Si alguna vez se siente mal aunque tenga pareja, ¿deja de tomar la medicación o ya no asiste a su cita de abastecimiento de método de anticoncepción?						

ANEXO 4

DATOS A OBTENER EN LA ENTREVISTA TELEFONICA

1. Edad de inicio de relaciones sexuales:

2. ¿Ha recibido algún tipo de información sobre métodos de anticoncepción previamente al inicio del uso de métodos anticonceptivos?

Si No

2a. ¿De ser afirmativa la respuesta, a donde le brindaron la consejería?

Casa Centro escolar Unidad de Salud Otros

3. El método de anticoncepción que está utilizando actualmente, ha sido elegido por:

Decisión Propia. Indicación del médico. Preferencia de su pareja.

Desabastecimiento

4. De los siguientes métodos de anticoncepción cual es el de su preferencia:

Anticonceptivos Orales Inyectable Mensual (Noriginon) Inyectable trimestral (Depoprovera) DIU

4a. ¿Cuál es la razón por la cual usted prefiere ese método?

Privacidad Facilidad de uso Menos efectos secundarios Durabilidad

TEST ADHERENCIA DE MORISKY

5. ¿Se ha olvidado alguna vez de acudir a la cita de su abastecimiento (para métodos inyectables)?

Si No

5a. ¿Se ha olvidado alguna vez de tomar el medicamento (ACO)?

Si No

5b. ¿Toma la medicación a la hora indicada (ACO)?

Si No

6. ¿Acude a su abastecimiento en la fecha indicada (para métodos inyectables)?

Si No

7. Cuando se encuentra bien o sin pareja estable, ¿deja alguna vez de tomar la Medicación o deja de asistir a su cita de abastecimiento de método de Anticoncepción?

Si No

8. –Si alguna vez se siente mal aunque tenga pareja, ¿deja de tomar la medicación o ya no asiste a su cita de abastecimiento de método de Anticoncepción?

Si No

9. ¿Si ha dejado de usar los métodos de anticoncepción, cuál ha sido la razón de esa decisión?

- a. No tengo pareja estable
- b. Me hizo daño
- c. quería salir embarazadas
- d. No he dejado de usarlo
- e. Otras Razones

ANEXO 5

Asentimiento Informado de Participación en Proyecto de Investigación

Dirigido a: Adolescentes femeninas de 15 a 19 años que fueron inscritas al programa de Planificación familiar durante los meses de Enero a Septiembre 2017.

En el siguiente texto se explica y se entregan detalles de la actividad a la que se te desea invitar a participar. Para participar, primero debes leer lo siguiente:

El Ministerio de Salud de El Salvador está realizando un proyecto que se llama “ADHERENCIA A LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS EN LA MICRORED ILOPANGO. 2017”. El objetivo del proyecto es conocer la preferencia, uso y adherencia a métodos de anticoncepción en las adolescentes, y por eso se ha seleccionado para que participe en una entrevista la cual consiste en:

1. Entrevista que consta de 14 preguntas la cual se realizara en una sola ocasión con una duración de más o menos 15 minutos la cual se realizara durante la consulta por el control de Planificación Familiar anual, para el reporte de los datos, no se harán mención de nombres.

Tu puedes decidir **libre y voluntariamente** si deseas participar o no.

Todos los datos que se recojan en la actividad serán totalmente **anónimos y privados**. Además, los datos que entregues serán absolutamente **confidenciales** y sólo se usarán para el proyecto de investigación. La Dra. Mayra Ruballo será el encargado de cuidar y proteger los datos, y tomará todas las medidas necesarias para esto.

Además, se asegurará la **total cobertura de los costos** de la actividad, por lo que tu participación no te significará gastos. Por otra parte, la participación en esta actividad **no involucra pago o beneficios en dinero o cosas materiales**. Además, te contamos que se tomarán todas las medidas que sean necesarias para garantizar tu salud e integridad mientras participas de la actividad.

Si tú consideras que se ha hecho algo incorrecto durante la actividad, te puedes comunicar con la Dra. Mayra Ruballo.

Si tienes dudas sobre esta actividad o sobre tu participación en ella, puedes hacer preguntas en cualquier momento que lo desees. Igualmente, puedes decidir retirarte de la actividad en cualquier momento, sin que eso tenga malas consecuencias. Además, tienes derecho a negarte a participar o a dejar de participar en cualquier momento que lo desees.

Si decides participar, muchas ¡gracias!

ACEPTA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

NO ACEPTA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO