

**UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN**  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
Escuela Profesional de Medicina Humana



*Una Institución Adventista*

**Factores asociados al uso de métodos anticonceptivos en  
adolescentes de 15-19 años: Análisis de la encuesta demográfica y de  
salud familiar (ENDES) 2018**

Tesis para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano

**Autores**

Areli Noemi Valladares Llontop  
Samuel Esteban Quispe Quispe

**Asesor:**

Dra. María Vallejos Atalaya de Cornejo

**Co-asesor:**

Mc. José Gregorio Loaiza Suárez

Lima, 20 Abril de 2021

## DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DE TESIS

María Vallejos Atalaya de Cornejo de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Medicina Humana, de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que la presente investigación titulada: **“Factores Asociados Al Uso De Métodos Anticonceptivos En Adolescentes De 15-19 años: Análisis De La Encuesta Demográfica Y De Salud Familiar (Endes) 2018”** constituye la memoria que presenta los Bachilleres Areli Noemi Valladares Llontop y Samuel Esteban Quispe Quispe para obtener el título de Profesional de Médico Cirujano, cuya tesis ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en la ciudad de Lima, a los 13 días del mes de Mayo del año 2021.



---

Dra. María Vallejos Atalaya de Cornejo

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En Lima, Naña, Villa Unión, a 20 día(s) del mes de Abril del año 2021 siendo las 16:45 horas, se reunieron los miembros del jurado en la Universidad Peruana Unión Campus Lima, bajo la dirección del (de la) presidente(a):

M.C. Abel Ricardo Cabanillas León el (la) secretario(a): Mg. Eda Ernst

Noribell Noriega y los demás miembros: Mg. Johanna Katharina

Romero Pineda y el (la) asesor(a) Da Maria Vallejo

Atalaya de Cornejo con el propósito de administrar el acto académico de sustentación de la tesis titulado:

"FACTORES ASOCIADOS AL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES DE 15-19 AÑOS: ANÁLISIS DE LA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR (ENDESIF) del(los) bachiller(es): a) Samuel Esteban Quipe Quipe

b) Arelí Noemí Valladomar Montep

c)

conducente a la obtención del título profesional de:

Médico Cirujano  
(Denominación del Título Profesional)

El Presidente inició el acto académico de sustentación invitando al (a la) / a (los) (las) candidato(a)s hacer uso del tiempo determinado para su exposición. Concluida la exposición, el Presidente invitó a los demás miembros del jurado a efectuar las preguntas, y aclaraciones pertinentes, las cuales fueron absueltas por al (a la) / a (los) (las) candidato(a)s. Luego, se produjo un receso para las deliberaciones y la emisión del dictamen del jurado.

Posteriormente, el jurado procedió a dejar constancia escrita sobre la evaluación en la presente acta, con el dictamen siguiente:

Bachiller (a): Samuel Esteban Quipe Quipe

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	
<u>Aprobado</u>	<u>19</u>		<u>Excellente</u>	<u>Excellencia</u>

Bachiller (b): Arelí Noemí Valladomar Montep

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	
<u>Aprobado</u>	<u>19</u>	<u>A</u>	<u>Excellente</u>	<u>Excellencia</u>

Bachiller (c):

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	

(\*) Ver parte posterior. Esta sustentación fue realizada de manera virtual de orden urgente conforme al Reglamento de Exámenes y Títulos. Finalmente, el Presidente del jurado invitó al (a la) / a (los) (las) candidato(a)s a ponerse de pie, para recibir la evaluación final y concluir el acto académico de sustentación procediéndose a registrar las firmas respectivas.

\_\_\_\_\_  
Presidente/a

[Firma]  
Secretario/a

\_\_\_\_\_  
Asesor/a

\_\_\_\_\_  
Miembro

\_\_\_\_\_  
Miembro

\_\_\_\_\_  
Bachiller (a)

\_\_\_\_\_  
Bachiller (b)

\_\_\_\_\_  
Bachiller (c)

### **Dedicatoria**

Este trabajo va dedicado en primer lugar a Dios que nos dio las bendiciones y la posibilidad de estudiar esta hermosa carrera, también a nuestros padres que nos han brindado su apoyo incondicional en momentos de dificultad a lo largo de cada etapa. De la misma manera dedicamos el trabajo a nuestros maestros que nos enseñaron no solo sobre medicina sino también a mostrar el amor de Dios con nuestro ejemplo

### **Agradecimiento**

Nuestro más profundo agradecimiento a Dios y a todas la personas que han aportado en la elaboración de este trabajo de investigación, de manera especial a nuestra asesora María Vallejos Atalaya y nuestro co-asesor José G. Loayza por su apoyo incondicional y la paciencia para el avance de nuestro trabajo.

## **Tabla de contenido**

RESUMEN.....	9
ABSTRACT .....	10
INTRODUCCIÓN.....	11
CAPÍTULO I.....	13
PROBLEMA Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.....	13
1.1 Descripción de la realidad problemática.....	13
1.2 Formulación del problema .....	15
1.3 Objetivos.....	15
1.4 Justificación .....	16
1.5 Presuposición filosófica.....	17
CAPÍTULO II.....	19
MARCO TEÓRICO .....	19
2.1 Antecedentes.....	19
2.2 Bases teóricas.....	21
CAPÍTULO III .....	33
MATERIALES Y MÉTODOS.....	33
3.1 Tipo y diseño del estudio .....	33
3.2 Descripción del lugar de ejecución.....	33
3.3 Diseño Muestral .....	33
3.3.1 Unidad de análisis .....	33
3.3.2 Criterio de inclusión.....	33
3.3.3 Criterio de exclusión .....	33
3.3.4 Tamaño de muestra .....	33

3.3.5 Método y tipo de muestreo.....	34
3.3.6 Procedimiento de muestreo .....	34
3.4 Formulación de la hipótesis .....	34
3.5 Operacionalización de Variables .....	34
3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	37
3.7 Método de análisis de los datos .....	37
3.8 Consideraciones éticas .....	38
CAPITULO IV .....	39
RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	39
4.1 Resultados.....	39
4.2 Discusión .....	45
4.2.1 Limitaciones y fortaleza.....	48
CONCLUSIONES.....	48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	49

## **Lista de Tablas**

Tabla 1. Versículos bíblicos

Tabla 2. Variable dependiente

Tabla 3. Variables independientes: Características sociodemográficas del encuestado

Tabla 4. Variables independientes: Características de planificación familiar del encuestado

Tabla 5. Características generales de las mujeres en edad fértil entre 15-19 años, según la ENDES 2018

Tabla 6. Características reproductivas de las mujeres en edad fértil entre 15-19 años, según la ENDES 2018

Tabla 7. Análisis bivariado de factores asociados al uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de 15-19 años, según la ENDES 2018

Tabla 8. Regresión logística prediciendo el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de 15-19 años, según la ENDES 2018



# FACTORES ASOCIADOS AL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES DE 15-19 AÑOS: ANÁLISIS DE LA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR (ENDES) 2018

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La adolescencia es una etapa sexualmente activa, por tanto, el uso de métodos anticonceptivos es de suma importancia, debido a que reduce el riesgo de exposición ante enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados y abortos inducidos. Por lo tanto, el uso inadecuado representa un problema de salud a nivel nacional.

**OBJETIVO:** Este estudio tiene como objetivo identificar los factores sociodemográficos de planificación familiar asociados al uso de métodos anticonceptivos en mujeres de 15 a 19 años.

**METODOLOGÍA:** Se analizó una data correspondiente a una encuesta nacional (ENDES) con una muestra representativa de 1940 mujeres peruanas de 15-19 años. Para el análisis univariado se utilizó tablas de frecuencia en las variables cualitativas, para las cuantitativas se utilizó medias y desviación standard. Se utilizó el chi cuadrado para el análisis bivariado con una significación estadística ( $p = .05$ ) Para el análisis multivariado se usó el método de regresión logística con una significación estadística ( $p = .05$ ) para establecer asociación de las variables independiente con la dependiente

**RESULTADOS:** Los factores asociados al uso de métodos anticonceptivos fueron la actividad sexual reciente (IC 95%: 22.995 a 40.480,  $P = .000$ , OR=30.510, error estándar =.144) y tener al menos 1 hijo (IC 95%: 3.090 a 5.587,  $P = .000$ , OR= 4.155, error estándar = .151) que fueron estadísticamente significativo.

**CONCLUSIONES:** Se identificó que la actividad sexual reciente y el tener al menos 1 hijo se asoció al uso de métodos anticonceptivos por lo que se puede desarrollar estrategias de salud sexual dirigida al grupo de adolescentes para incentivar el uso de anticonceptivos

**PALABRAS CLAVE:** adolescente, métodos anticonceptivos, embarazo.

# **ASSOCIATED SOCIODEMOGRAPHIC FACTORS TO THE USE OF CONTRACEPTIVE METHODS IN ADOLESCENTS OF 15-19 YEARS: ANALYSIS OF THE DEMOGRAPHIC AND FAMILY HEALTH SURVEY (ENDES) 2018**

## **ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** Adolescence is a sexually active stage; therefore, the use of contraceptive methods is of the utmost importance, because it reduces the risk of exposure to sexually transmitted diseases, unwanted pregnancies and induced abortions. Therefore, inappropriate use represents a health problem at the national level.

**OBJECTIVE:** The objective of this study is to identify the factors associated with the use of contraceptive methods in women aged 15 to 19 years.

**METHODS:** Data corresponding to a national survey (ENDES) with a representative sample of 1940 Peruvian women aged 15-19 years was analyzed. For the univariate analysis, frequency tables were used in qualitative variables, means and standard deviation were used for quantitative variables. For the bivariate analysis, chi square was used with statistical significance ( $p = 0.005$ ). For the multivariate analysis, the logistic regression method with statistical significance ( $\alpha = 0.05$ ) was used to establish an association of the independent variables with the dependent one.

**RESULTS:** The factors associated with the use of contraceptive methods were recent sexual activity (95% CI: 22.995 a 40.480,  $P = .000$ , OR = 30.510, standard error = .144) and having at least 1 child (95% CI: 3.090 a 5.587,  $P = .000$ , OR = 4.155, standard error = .151) that were statistically significant.

**CONCLUSIONS:** Identifying those that recent sexual activity and having at least 1 child is associated with the use of contraceptive methods, so sexual health strategies can be developed aimed at the adolescent group to encourage the use of contraceptives.

**KEYWORDS:** adolescent, contraceptive methods, pregnancy.

## INTRODUCCIÓN

La OMS define adolescencia como la etapa entre la infancia y la adultez que comprende las edades de 10 a 19 años, en la cual ocurren diversos cambios tanto físicos como intelectuales. Es frecuente observar un comportamiento sexual y reproductivo influenciado por el entorno sociocultural de la persona. Un porcentaje de la población adolescente puede entrar en vida sexualmente activa, la cual conlleva diversos riesgos entre ellos embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.

Según datos reportados de la OMS, más de 16 millones de adolescentes entre 15 y 19 años tienen hijos cada año. Siendo las complicaciones durante el embarazo y parto la segunda causa de muerte en esta edad en todo el mundo. Todos los años, más de 3 millones de adolescentes se someten a abortos de forma clandestina que conllevan a complicaciones. (1) Se ha observado que el embarazo adolescente presenta gran repercusión psicosocial afectando a la adolescente y a su entorno familiar.

Según el archivo técnico de situación de salud de los jóvenes y adolescentes en el Perú del año 2017” se estima que el 47 % de los adolescentes inician relaciones sexuales antes de los 15 años (2), esta conducta conlleva a múltiples riesgos como enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados y abortos inducidos siendo estos últimos de suma importancia ya que conlleva a un incremento de la morbilidad tanto como la mortalidad materna y perinatal. (3,4) Este problema se podría reducir si se le ofrece al adolescente oportunamente y de manera disponible métodos anticonceptivos accesibles en los establecimientos de salud como postas y hospitales e incrementando la educación sexual en los centros educativos, sin embargo no son usados, por lo tanto es necesario conocer los factores del adolescente asociados al uso de los métodos anticonceptivos y cómo estos influyen en la vida sexual.

Se han realizado varios trabajos relacionados al uso de métodos anticonceptivos (5–8), pero en estos estudios la muestra fue reducida, por esta razón este trabajo usa la base de datos del INEI-ENDES (Instituto Nacional de Investigación - Encuesta Demográfica de Salud) que reúne los datos de los adolescentes de gran parte del País de diferentes ciudades, siendo así una población significativa para el estudio. Se identificaron los factores sociodemográficos y

características de planificación familiar asociados al uso de métodos anticonceptivos en adolescentes

## CAPÍTULO I

### PROBLEMA Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

#### 1.1 Descripción de la realidad problemática

El uso de los métodos anticonceptivos y su conocimiento es uno de los determinantes más relevantes para identificar la efectividad de los programas de planificación familiar y a su vez es de ayuda para establecer que zonas tienen un acceso limitado a estos. (9)

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la utilización de métodos anticonceptivos está en aumento en varias regiones del mundo, en particular en América latina y Asia, sin embargo, en África Subsahariana sigue siendo bajo, aumentando ligeramente de 54% en 1990 a 57% el 2015 de cada 1000 personas, por lo que sigue siendo un problema social en los adolescentes y los grupos vulnerables como mujeres solteras jóvenes, mujeres de bajos recursos y que viven en zonas rurales, por lo cual el uso de anticonceptivos evitará más de 218 millones de embarazos no deseados en los países en desarrollo, 138 millones de abortos y 118.000 de muertes maternas. (10)

El índice de nacimientos producto de madres menores de 20 años es alto, el porcentaje es más de la mitad en mayor porcentaje en los países de América latina junto con el Caribe, y en un tercio de países en África, más del 40% de estos nacimientos no están planificados, en los países asiáticos el porcentaje es de 10-20% siendo en estos los niveles más bajos. (11)

Conforme a los datos del Instituto Nacional de Estadística de España, la incidencia es de 12 nacimientos por cada 1000 adolescente de 15 y 19 años y de estos un 12% realizaron el aborto en el año 2012, para el año 2014 aumento la tasa de fecundidad a 23 nacimientos por 1000 adolescentes, al igual que los abortos, que fue del 54% en España. (12)

Se considera que cerca de 23 millones de adolescentes de 15 a 19 años tienen una necesidad insatisfecha de anticonceptivos, lo que resulta en embarazos no deseados, aborto inseguro e infecciones de transmisión sexual, así también como abandono escolar, pobreza y violencia de la pareja, por otra parte se vio el beneficio del uso de anticonceptivos como promover la autonomía y habilidades para tomar decisiones, mejor comunicación con la pareja y empoderamiento de las mujeres jóvenes para llevar una vida saludable y productiva. (13)

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en México, se encontró que el 23% de los adolescentes tienen una vida sexual activa y de estos el 14% de varones y el 33% de mujeres no usaron ningún método de anticoncepción en la primera relación, a pesar que el país otorga condones gratis la tasa de embarazo en esta población alcanzo un 19% hasta el año 2012 y una mortalidad materna nacional del 9% lo que causa problemas en la sociedad y en la familia como la violencia, depresión y trabajo infantil. (14)

En Chile el año 2014, hubo aproximadamente 250.000 nacimientos, de los cuales el 11% eran de madres adolescentes de 15 y 19 años y más de 850 de estos nacimientos fueron en menores de 15 años, por este motivo se aumentó las campañas de educación sexual a la par con el uso de MAC en esta población, los resultados se mostraron el año 2015, cuando se reportó que un 72% de los adolescentes usaron algún método de anticoncepción en su primera relación sexual y un 87% usaron algún método en su última relación sexual. (15)

Aunque la tasa de natalidad en los adolescentes ha disminuido a nivel mundial, América Latina continua siendo el continente con la segunda tasa de natalidad en adolescentes más alta del mundo, el porcentaje de madres primerizas antes de los 20 años ha aumentado desde 1990, así mismo está en el tercer lugar más alto del mundo en embarazos no deseados y eso conlleva a prácticas inseguras de interrupción del embarazo con una mayor probabilidad de aborto incompleto, infección, sangrado, trauma permanente en los órganos reproductivos e incluso la muerte. (16)

Los países con mayor incidencia de abortos en Latinoamérica son: Perú, Brasil y Argentina, esta cifra fue aumentando en 52% en los últimos 10 años y en la mayoría son abortos clandestinos, siendo la tercera causa de muerte materna en Perú. (17)

Pese a la utilización de MAC en el Perú fue bastante difundido, las cifras de embarazo adolescente han ido en aumento. De acuerdo al reporte del INEI del año 2017, 13 de cada 100 adolescentes de 15 a 19 años son madres por primera vez. Datos que nos apuntan a un aumento en la prevalencia al ser de más de 12% el año 2016 a más del 13% el año 2017, convirtiéndose este en un problema de salud a nivel nacional. (17)

El Perú no escapa de esta problemática, siendo el porcentaje de mujeres adolescentes peruanas que informaron nunca haber tenido relaciones sexuales paso de 82% en 1986 al 69% el 2014, de estas el 25% declaro haber tenido más de una pareja sexual y la mayoría de ellas no usaron

métodos anticonceptivos de barrera en su última relación sexual. Así mismo se encontró que el 11% de los estudiantes de secundaria eran sexualmente activos, en los niños fue un 15% y en las niñas de 7%, según las Encuestas Demográficas de Salud de Perú. (18).El 14% de las adolescentes en este país tuvieron al menos un hijo vivo o están embarazadas, la mayor prevalencia se observa en áreas rurales donde alrededor de 1 de cada 4 adolescentes ya es madre siendo un 23% a comparación con el área urbana con un 11%, también destaca la selva amazónica siendo superior a la costa y sierra. (19)

Por esta razón, el grupo a incluir en este estudio son adolescentes debido a que los embarazos a temprana edad en su mayoría no son planificados, esto implica el riesgo de abandono de la mujer y del hijo. Se ha observado que un 92% de embarazos adolescentes son no deseados con implicancia biopsicosocial, inmadurez del sistema reproductor, abandono de los estudios, imposibilidad para conseguir trabajo, siendo un riesgo para la salud mental, social y física. Por ello muchos de estos embarazos terminan en abortos inducidos, aumentando las complicaciones obstétricas y la morbilidad materna. Esto ocurre mayormente en la adolescencia tardía que son de edades entre 16 y 19 años. (9)

Es por lo expuesto anteriormente que el propósito de este estudio es identificar los factores sociodemográficos y características de planificación familiar asociados al uso de métodos anticonceptivos en adolescentes (8,20) para realizar un adecuado abordaje tales como charlas o campañas de sensibilización en dicha población.

## **1.2 Formulación del problema**

¿Cuáles son los factores asociados al uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de 15- 19 años según ENDES 2018?

## **1.3 Objetivos**

### **General**

Identificar los factores asociados al uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de 15 a 19 años sexualmente activos

### **Específicos**

1. Determinar la asociación de los factores sociodemográficos con el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes.

2. Determinar la asociación de los factores de planificación familiar con el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes.

#### **1.4 Justificación**

Debido a que el embarazo lleva a cambios en la forma de vida en el adolescente, esto genera una gran diversidad de cambios como desequilibrio emocional, deserción escolar y abandono familiar. A su vez no están con la adecuada preparación para ser madres e incluso conlleva a problemas por la inmadurez de su sistema reproductor. (9)

Otra amenaza para el adolescente es el aborto inducido por no ser deseado y en etapas iniciales, asociándose a mayor riesgo de morbilidad durante el procedimiento abortivo que conlleva a una elevada incidencia de mortalidad materna y perinatal. (21) La falta de conocimiento o la información errónea pueden desmotivar y confundir al uso de los diferentes métodos anticonceptivos.

El uso de métodos anticonceptivos en adolescentes está asociado a factores como, edad, nivel socioeconómico, edad de inicio de relaciones sexuales, nivel de educación, estado civil, sexualmente activa, lugar de residencia, número de hijos, tipo de método usado, fuente de conocimiento (8,20) sin embargo son tantos los factores asociados que al identificar los más importantes se podrán determinar acciones como charlas que ayuden a concientizar el uso de métodos anticonceptivos en esta población.

El estudio de la ENDES permitirá conocer un estimado confiable del número de adolescentes que usan algún método anticonceptivo a su vez identificar los factores que se asocian a su uso esto ayudará a plantear estrategias para una adecuada intervención debido a que es una encuesta con una metodología validada tomada en todo el Perú por profesionales capacitados. (22)

Al identificar cuáles son los factores sociodemográficos y características de planificación familiar que son asociados al uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes, se podrá enfocar en realizar charlas o campañas de sensibilización con el objetivo de disminuir la población de embarazos adolescentes y por ende sus complicaciones.



## 1.5 Presuposición filosófica

El capítulo 1 de Génesis, se describe el principio de la creación, en donde Dios bendijo al hombre dándole la potestad de poblar la tierra, tal como se menciona en el versículo 28: “Fructificad y multiplicad; llenad la tierra”. (23) No obstante, en Eclesiastés 3 Dios nos recalca que “todo tiene su tiempo”. (24) por tanto, cada etapa de la vida debe vivirse de forma correcta. Al adelantar etapas como lo es el caso de un embarazo adolescente, las consecuencias serán negativas, ya que el ser humano no está preparado física, mental y emocionalmente. Pese a esto Dios en Juan 14 da la fortaleza necesaria para continuar con la decisión tomada diciendo: “Mi paz les dejo, mi paz os doy”. (25)

Cabe recordar que, desde el momento de la concepción, después de la implantación del blastocito, hay un ser vivo, y hasta el momento del nacimiento este ser tiene conciencia y puede responder a estímulo externos, como se narra en Lucas 1:41.42 “Y aconteció que cuando oyó Elizabeth el saludo de María, la criatura salto en su vientre; y Elizabeth fue llena del Espíritu Santo, exclamó a gran voz y dijo: Bendita tu entre las mujeres y bendito el fruto de tu vientre”. (26)

Para que un embarazo adolescente suceda, existen diversas variables sociodemográficas y personales las cuales influyen de forma indirecta o directa, es por eso que al detectar dichas variables se puede tener un mejor abordaje de esta población. La biblia apoya dicha perspectiva por lo que a continuación se presenta cada variable basada en las sagradas escrituras presentada en la tabla 1.

**Tabla 1: Versículos Bíblicos**

Versículos Bíblicos		
Principio bíblico	Referencias	Variable del estudio
El matrimonio debe ser valorado y apreciado de forma que nunca debe ser deshonrado.	Hebreos 13.4 “Honroso en todos el matrimonio y el lecho sin mancilla, pero a los	Estado civil

	fornicarios y adúlteros los juzgará Dios”	
Dios da la sabiduría para poder discernir entre lo bueno y lo malo.	Proverbios 1:7 “El principio de la sabiduría es el temor de Jehová, los insensatos desprecian la sabiduría y la enseñanza”	Grado de instrucción
Dios anhela que sus hijos vivan en comodidad sin embargo la tierra es un hogar momentáneo, el cielo es el verdadero hogar.	Job 4:19 “Cuánto más en los que habitan en casas de barro, cuyos cimientos están en el polvo, y que serán quebrantados por la polilla”	Lugar de residencia
De acuerdo al plan de Dios, él quiere que sus hijos tengan descendencia para dejar sus legados en ellos.	Éxodo 28:21“Las piedras serán doce, según los nombres de los hijos de Israel, conforme a sus nombres, serán como las grabaduras de un sello, cada uno según su nombre para las doce tribus”	Número de hijos
El sexo dentro del matrimonio es una bendición de Dios si la pareja desea planificar un embarazo adecuadamente es aceptable el uso de métodos anticonceptivos	Génesis 38:9 “Y sabiendo Onán que la descendencia no había de ser suya, sucedía que cuando se llegaba a la mujer de su hermano, vertía en tierra, por no dar descendencia”	Uso de anticonceptivos

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Antecedentes

Según lo reportado por la OMS, a inicios de este siglo hubo más de 4,2 millones de abortos clandestinos por causa de embarazos no deseados lo que llevó a la muerte de alrededor 5000 mujeres, en Perú el embarazo no deseado es un problema de salud muy importante, se estima que de 1 millón de los embarazos 56% no son deseados y mucho menos planificados y del total de estos el 25% representa a los adolescentes, siendo en su mayoría miembros de una familia en extrema pobreza y generalmente con historial de abuso sexual. (4)

En los últimos años las conductas sexuales tanto de hombres como mujeres se han modificado, entre ellas tenemos la edad temprana de inicio de las relaciones sexuales, esto trae como consecuencia embarazos precoces o no deseados, abortos inducidos y enfermedades de transmisión sexual, así lo demuestra un estudio en el cual entrevistaron a 698 estudiantes observando que el 35% había iniciado relaciones sexuales y el promedio de inicio fue de 15,5 años en mujeres y 14.3 años en hombres, y solo el 37% reportó usar algún tipo de MAC en la primera relación sexual, (5) estos resultados concuerdan con la encuesta nacional de nutrición (Ensanut) en México donde reportó que la edad para el inicio de relaciones sexuales en mujeres en promedio fue de 15 años, el 23% de toda la población de 12 a 19 años era sexualmente activa, de los cuales el 90% conoce algún método anticonceptivo destacando el uso del condón (80%) seguido del uso de hormonas (6%). (27)

Un estudio realizado en el estado de México en adolescentes de 12 a 20 años, todas del sexo femenino, se les aplicó un cuestionario para medir cuáles eran los factores que influyeron al uso de algún método anticonceptivo, los resultados mostraron que el 38% de las entrevistadas no tenía ningún conocimiento sobre el tema y que solo el 40% utiliza el preservativo como único método anticonceptivo (28), de igual manera se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal, donde entrevistaron a 406 adolescentes, encontraron que el 90% tienen buen conocimiento sobre los métodos anticonceptivos de los cuales solo el 27% usa el preservativo para tener una relación sexual segura, la edad de inicio promedio fue de 13 años (6).

Un estudio tipo descriptivo transversal realizado en una escuela de La Habana Cuba el año 2013, encontró que el 100% de los adolescentes conoce el condón como un método anticonceptivo, seguido de hormonas orales con un 97% y hormonas inyectables con un 93%, de estos el sexo femenino era el que tenía más conocimiento. También destaca que el 100% de los estudiantes está informado que el condón previene las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos, se vio también a los padres como principal fuente de información 75% seguido de los amigos 64%. (29)

Se entrevistaron 120 adolescentes sexualmente activos de 15 a 19 años y se encontró que el 60% tenía un conocimiento medio sobre los anticonceptivos, el método más usado fue el condón con 65% y fue el método con mayor conocimiento (95%) entre los adolescentes. (7)

Por otro lado, se observa un incremento significativo de adolescentes embarazadas como se muestra en un estudio realizado en Perú donde la incidencia fue de 37% en adolescentes embarazadas y de estas un 47% manifestaron realizarse un aborto, esto es un peligro para la salud física, mental y social, incluyendo que en esa edad las mujeres no tienen una adecuada situación económica para hacerse responsables de su hijo. (3)

En otro estudio realizado en Perú el año 2017, encuestaron a 364 gestantes adolescentes, se vio que el 60% eran de 18 y 19 años, el 40% tenía secundaria incompleta, el 22% convive con su pareja y el 57% tiene conocimiento medio sobre el uso de un anticonceptivo oral de emergencia (20), al igual que diversos estudios donde reportan que entre los adolescentes que tienen un nivel de educación inferior al promedio general inician su actividad sexual a edades tempranas y en su mayoría tienen poco conocimiento sobre los distintos métodos anticonceptivos, al igual que un estudio realizados el 2016 a 265 estudiantes de obstetricia en una Universidad Privada de Lima, Perú, los resultados muestran que el 65% había iniciado su actividad sexual a los 16 años y el 89% tuvo relaciones sexuales en los últimos 6 meses y solo el 7% conocía el mecanismo de acción de los métodos anticonceptivos. (8)

En Perú conforme a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES -INEI 2016, la proporción de mujeres con demanda insatisfecha de planificación familiar tiene un índice y una tasa global de fecundidad de 2,5 que no varía desde el 2011 hasta el 2015, reflejando así conductas de salud sexual, las cuales se ven asociadas a un incremento de embarazos no deseados. (30)

Estos datos nos permiten deducir que hay falta de información y conocimiento sobre adecuados métodos anticonceptivos, con un menor uso de los mismos que se ve reflejado en embarazos no deseados.

## **2.2 Bases teóricas**

### **Epidemiología**

El embarazo en los adolescentes es un inconveniente de salud pública, se cree que casi 1 de cada 5 adolescentes tendrán hijos antes de los 20 años. Los datos muestran que más de 16 millones de mujeres adolescentes de 15 a 19 años quedan embarazadas cada año, por lo cual representa aproximadamente 11% de todos los nacimientos en el mundo, y de estos el 95% ocurren en países de bajo y medianos ingresos, el porcentaje varía desde aproximadamente 2% en china, 18% en América Latina y el Caribe y más del 50% en África Subsariana. A nivel mundial, se estima que 220 millones de mujeres de mediano y bajos recursos tienen una necesidad insatisfecha de planificación familiar, por otro lado, datos recientes demostraron que el uso actual de anticonceptivos es menor entre los adolescentes casados sexualmente activos, el uso de anticoncepción aumentó del 33 al 47% en este grupo de mujeres, y se sugiere que el uso actual de anticonceptivos previene aproximadamente 272 000 muertes maternas por año. (31)

Pese a que en EEUU mujeres jóvenes con un nivel económico elevado los embarazos no planificados han disminuido, no ocurrió lo mismo en las mujeres en situación de pobreza ya que las cifras aumentaron, en mujeres adolescentes de raza negra y latina las tasas de embarazo son más del doble que en las de raza blanca, junto con estas cifras se vio que las adolescentes que salen embarazadas nuevamente dentro del año a partir del embarazo anterior tienen graves consecuencias educativas, económicas y sociales. El uso inconsciente de anticonceptivos, uso de métodos menos efectivos y al no uso de anticonceptivos contribuye al incremento de las tasas de embarazos que no son planeados. (32)

Los datos de américa latina muestran que la mayoría de los adolescentes sexualmente activos no utilizan de forma sistemática los métodos anticonceptivos para prevenir el embarazo o las infecciones de transmisión sexual, de los aproximadamente 1.2 millones de embarazos no deseados el 50% ocurre durante la adolescencia. (33)

En el Perú, según los datos del instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) del año 2017 se encontró una prevalencia de 15% de mujeres de 15 a 19 años, de las cuales un 75% reporto usar algún método anticonceptivo. (34)

### **Sexualidad**

La sexualidad es todo el conjunto de condiciones fisiológicas, anatómicas y psicológicas que se caracterizan a cada sexo. Incluye también aspectos emocionales y conductas del sexo que marcan al ser humano para las fases de su desarrollo. (35)

Según López define sexualidad como “Integración de todos los aspectos emocionales, intelectuales, somáticos y sociales al ser sexual, que enriquezca de forma positivamente y mejoren la comunicación, la personalidad y el amor”. (36)

### **Salud sexual y reproductiva**

La salud reproductiva es definida por la OMS de como “la ausencia de toda enfermedad en el proceso de reproducción en el marco de un estado de bienestar mental social y físico”. Por otra parte, se define la salud sexual y reproductiva como los derechos sexuales y reproductivos que tiene el ser humano a disfrutar de la vida sexual de manera plena sin temor a un embarazo no deseado o al riesgo de contraer una enfermedad y que en caso se dé el embarazo, transcurra de forma segura y sin complicaciones. (37)

### **Adolescente**

El termino adolescencia proviene del latín “*adolescere*”, que significa adolecer. Es considerado el periodo entre la transición de la infancia a la adultez. (25) Consiste en un conjunto de cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales. La OMS define adolescencia entre los 10 y 19 años, etapa de desarrollo y crecimiento del ser humano muy importante debido a que experimentan cambios a un ritmo acelerado. (38) La adolescencia se puede dividir en: adolescencia temprana (10 a 14 años), media (15 a 16 años) y tardía (17 a 19 años). (39)

Según Papila, menciona que en las mujeres se observa aumento del tamaño de los senos, la pelvis se ensancha, aparece vello púbico, facial y axilar. El cambio más importante en esta etapa es la menstruación y en el caso de los varones, las erecciones nocturnas. (40)

Los adolescentes no siempre toman una correcta decisión respecto a su vida sexual, debido a la falta de desarrollo del carácter y autoestima, son fácilmente influenciados a tomar decisiones erróneas.

### **Factores de riesgo en la adolescencia**

Las conductas de riesgo son la principal causa de enfermedades, incapacidad y muerte en los adolescentes, en un adolescente pueden coincidir solo dos o hasta todas las conductas atentando contra su vida y la de los que los rodean, entre los cuales están: Deserción escolar, accidentes, uso y abuso de sustancias psicoactivas, uso de alcohol, violencia, estrés, conducta psicópata y el suicidio, siendo los trastornos sexuales como: la promiscuidad, abortos y embarazo no deseado entre otros el factor más importante para la intento de suicidios. (41)

### **Inicio de vida sexual en Adolescentes**

El inicio de la primera relación sexual cada vez se da en etapas más tempranas de la vida, por tanto, mientras más temprano sea el inicio de las relaciones sexuales mayor será el número de parejas sexuales que tenga la persona, por ende, habrá mayores riesgos de embarazos y ETS. (42)

De acuerdo la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2012, realizado por el INEI el año 2012, se reportó que entre 40% a 50% de los adolescentes de 15 a 19 años no usaron ningún MAC en la primera relación sexual. (43)

### **Embarazo adolescente**

El embarazo adolescente se asocia al inicio temprano de las relaciones sexuales y al mal uso de métodos anticonceptivos, como el condón, (44) existe una relación negativa entre adolescentes y embarazos ya que habrá deserción escolar, desempleo, menores ingresos y problemas con la pareja. El embarazo adolescente es considerado como un problema social y desde el punto médico como una situación de riesgo. (45)

En el marco teórico se evaluó las conceptualizaciones de los diferentes tipos de métodos anticonceptivos, las variables que están en la encuesta con el fin de que comprenda la

terminología usada, se evidencio en los antecedentes los resultados empíricos de la relación entre las variables y los resultados de otros estudios que utilizaron el mismo enfoque, pero con distinta metodología y menor muestra.

**Métodos anticonceptivos:** Los métodos anticonceptivos (MAC) son todos los métodos o procedimientos que ayudan a prevenir el embarazo en las mujeres sexualmente activas, y estos métodos pueden usar tanto las mujeres o sus parejas, estas se dividen básicamente en: hormonales y no hormonales. (46)

### **Características de los anticonceptivos**

Los métodos anticonceptivos deben tener ciertas características que permitan al usuario obtener el beneficio de al usarlos, estas características deben ser estudiadas y dar a conocer públicamente así se podrá decir cual usar y cual es de mayor beneficio para el usuario. (47)

**Eficacia:** Es el riesgo que tienen una mujer para quedar embarazada a pesar de que ella o su pareja estén usando algún MAC, está eficacia se incrementará cuando se use el método de una manera correcta y perfecta, el uso incorrecto disminuirá la eficacia y aumentará la posibilidad de embarazo, por esta razón es importante informarse sobre el correcto uso del método elegido.

**Seguridad:** Existen mujeres que por su condición de salud tienen restricciones para el uso de algunos MAC, así está establecido según la elegibilidad de los criterios médicos para la utilización de anticonceptivos de la OMS, sin embargo en algunas ocasiones estos son beneficiosos para la salud, los condones pueden evitar enfermedades de transmisión sexual, como VIH/SIDA, y las píldoras combinadas reducen los síntomas premenstruales y además brindan protección contra el cáncer colon, recto, endometrio y ovario, demostrado en la revista American Journal of Obstetric and Gynecology. (48)

**Aceptabilidad:** Las características que tiene cada método, afecta de manera directa o indirecta y de diferente forma en las personas, un estudio realizado a 201 adolescentes embarazadas encontró que las principales razones por no usar algún método anticonceptivo fueron: No pensó en riesgo de embarazo (37%), por razones morales (15%), por coito ocasional (5%) y por posibles daños relacionados con la fertilidad (4%), sin embargo cada



individuo tiene el derecho de elección más adecuado según sus necesidades y/o preferencias.  
(49)

**Facilidad de Uso:** El uso correcto de algún MAC se ve incrementado cuando tiene una forma fácil y práctica de usarse, lo que lleva a un aumento de la población para el uso del mismo, por eso es importante brindar información clara y precisa sobre el correcto uso.

**Disponibilidad:** En los consultorios externos de los establecimientos de salud los métodos están disponibles para cualquier persona y son totalmente gratis, sin embargo, no todos los centros tienen este beneficio, en las farmacias están a distintos precios ya sea por su marca y otra cosa, siempre hay que pensar en el tipo de protección y atención que se quiere y pensar en cuál de todos los métodos conviene según los recursos económicos de la persona.

**Reversibilidad:** Para los jóvenes que deseen retrasar el primer embarazo es un elemento crucial el poder volver a ser fértil una vez sea suspendido el método que se está usando, con poca repercusión en la salud reproductiva de la persona, sin embargo, no todos los métodos son reversibles como los Anticonceptivos Combinados Orales, su uso prolongado puede producir atrofia del endometrio y riesgo de infertilidad en las mujeres además de aumentar el riesgo de infarto al miocardio. (50)

**Costo:** Este ítem es de mucha importancia para los jóvenes con recursos económicos bajos, varios centros de salud ofrecen gratuitamente algunos métodos, pero no todos cuentan con este beneficio, a pesar de ellos en las farmacias se los puede adquirir, sin embargo, hay diferencia entre marcas y el precio varía mucho. Se estima que al año en promedio se gasta en los métodos de barrera 21 dólares por persona, por tanto, se considera un método económico y eficaz. (51)

## **Clasificación de los métodos anticonceptivos**

Para un mejor estudio se clasificaron a los diferentes métodos anticonceptivos en; Modernos que son un producto o procedimiento médico que interfiere con la reproducción que están diseñados para usarse en cualquier momento sin el riesgo de un embarazo; No Modernos, para la facilidad de uso en esta clasificación se agrupan los términos como tradicionales, naturales y fisiológicos que mostraban muchos inconvenientes. (52)

Otra forma de clasificación es de la OMS que propone los modernos y tradicional siendo este último los mismos que incluye la clasificación de los no modernos.(53)

**Modernos:** Preservativo (masculino y femenino), diafragma, dispositivo intrauterino (DIU), oral (píldora combinada y pastilla de progestágeno solo) implantes, inyectables, parche transdermico, esterilización (ligadura de trompas y vasectomía) y anticonceptivo de emergencia.

**No moderno:** Método de Ogino-Knaus, método de Billings, abstinencia periódica, coito interrumpido y MELA.

### **Tipos de Métodos Anticonceptivos**

Para que algún método sea efectivo es necesario conocer cómo usarlo de forma correcta, que beneficio tiene, efectos adversos, que eficacia tiene y si hay accesibilidad a dicho método.

En este trabajo se utilizará la clasificación de métodos modernos y no modernos que ayudara a evaluar el uso y preferencia de estos y que los métodos modernos requieren ir a una posta, farmacia o centro de salud para adquirirlos, tomando conciencia de los riesgos de una relación sexual sin protección, en esta clasificación solo se incluirán los métodos mencionados en la ENDES

### **Modernos**

**Condón Masculino:** Es usada por el hombre para cubrir el pene en erección, es una funda de látex o poliuretano, hay algunos con espermicida o con lubricante que aumenta la seguridad del método, este impide que la eyaculación sea dentro de la vagina y que en su lugar sea en el condón. Aparte de evitar el embarazo, se demostró que el condón masculino es el único método que si se utiliza de una forma correcta protege más del 85% de todas las infecciones de transmisión sexual (ITS) como: VIH/SIDA, clamidias, gonorrea, tricomoniasis, sífilis,

herpes genital y virus del condiloma genital. No hay alguna contraindicación ni efecto adverso para su uso. (54)

**Condón Femenino:** Es un medio de anticoncepción tanto mecánica como un medio de protección contra las Infecciones de Transmisión sexual. Es como una bolsa en forma cilíndrica de poliuretano o nitrilo, lubricada y con 2 anillos flexibles, uno queda interno y cerrado en la vagina y el otro afuera cubriendo los genitales de la mujer, este funciona como un reservorio de los espermatozoides evitando que estén en contacto con la vagina. Este tipo de condón puede evitar la infección de transmisión sexual y también del VIH/SIDA, pero su eficacia está más probada en enfermedades que causan úlceras genitales. Este método de anticoncepción le permite a la mujer decidir por sí misma y de forma autónoma cuando protegerse en el contexto de las relaciones sexuales. (55)

**Diafragma:** Los estudios clínicos demostraron su aceptabilidad, funcionalidad, seguridad y efectividad anticonceptiva. Es una barra en forma de disco, son de látex, este se introduce dentro de la vagina, usualmente horas antes del inicio de la relación sexual, impide el paso de los espermatozoides cubriendo el cuello del útero, a pesar que sea fácil de aplicar, se necesita consultar al ginecólogo para ver el tamaño, medidas necesarias y las instrucciones para la correcta utilización, puede ser utilizada más de una vez recordando aplicar una crema espermicida en cada coito, no se debe quitar en al menos 6 horas post coito, ni tampoco dejarlo por 24 horas por el riesgo de infecciones, puede proteger contra ITS si se aplica un gel microbicida. (56)

**Dispositivo Intrauterino (DIU):** Es un dispositivo que se introduce dentro del útero para así evitar el embarazo, pueden ser de Cobre, que disminuyen la movilidad de los espermatozoides impidiendo alcanzar el útero, y pueden ser hormonales, levonogestrel, que liberan progestágenos alterando la movilidad de las trompas, el moco cervical e inhibiendo la ovulación, proporcionan protección similar a la obtenida con la esterilización tubárica, sin embargo, el DIU es más simple, menos costoso y reversible. Puede colocarse al 2 día del ciclo menstrual ya que en este día el cérvix esta dilatado más que en otros días, muchas mujeres prefieren al DIU como anticoncepción post parto, ya que se evita la incomodidad por la inserción estándar y el sangrado, también se puede insertar después de 48 horas del parto o después de un aborto si no hay infección, estos pueden durar de 5 a 10 años y deben ser colocados por un ginecólogo/a o un personal de salud capacitado. Dependiendo del DIU, los

efectos adversos pueden ser el aumento en cantidad y duración de la hemorragia en la menstruación y dolor tipo cólico en la región baja del abdomen, no previene enfermedades de transmisión sexual, no debe usarse si hay malformaciones uterinas, fibroma o EPI. (57)

**Píldora combinada:** Son pastillas que contienen estrógeno y progestágeno, estos evitan la producción y liberación de óvulos inhibiendo así la ovulación y alterando el moco cervical evitando que los espermatozoides alcancen el cuello uterino. La mayoría de estas pastillas son monofásicas y vienen en presentaciones de 21, 22 y 28 pastillas, las que se tienen que tomar todos los días con intervalos de descanso entre un envase y otro, 1 de cada 1000 mujeres queda embarazada al año, esto les da la oportunidad de planificar cuando tener hijos. Los efectos adversos se da por la dosis alta de estrógeno, por lo que se fue reduciendo la dosis que actualmente es < 35 microgramos de etiniloestradiol, a pesar de ello los efectos adversos más frecuentes son náuseas, cefalea, aumento de peso, acné, distensión abdominal, sensibilidad en los senos, nerviosismo, y amenorrea, dentro de los beneficios destacan la prevención para el cáncer de ovario y endometrio, control de los ciclos menstruales y mejora de la dismenorrea, no se debe utilizar si la mujer sufre de enfermedades cardiacas severas, DM o enfermedad hepática. (58)

**Pastillas progestágeno solo:** Son pastillas que solo contienen progestágeno, una sola hormona que puede ser: levonorgestrel, linestrenol o desogestrel, su mecanismo de acción para evitar el embarazo es espesar el moco cervical, impidiendo el avance de los espermatozoides al cuello uterino, inhibe la ovulación en un 50% de los ciclos menstruales. Iniciando entre el primer y el quinto día del ciclo, una pastilla cada 24 horas, en el mismo horario sin intervalos entre un envase y otro. Se utiliza en mujeres con intolerancia a los estrógenos, es tratamiento de segunda línea para el dolor pélvico crónico asociado con la endometriosis y para la dismenorrea. Los efectos adversos pueden ser irregularidad menstrual y sensibilidad en las mamas, y pueden prevenir cáncer de endometrio o de ovario y la enfermedad inflamatoria pélvica. Sin embargo, tienen un alto nivel de seguridad, son económicos y los pacientes tienen un alto nivel de confort. (59)

**Implantes subdérmicos:** Son una o dos cápsulas o varillas de un plástico flexible especial que se coloca bajo de la piel en la region interna del antebrazo o brazo, estos liberan cada día una dosis pequeña pero constante de Progestágeno, su dosis total es de 60 a 70 mg de etonogestrel, este ritmo de liberación ayuda a conseguir el efecto deseado que dura cerca de 3

años y los de levonogestrel duran cerca de 5 años, ya que su biodisponibilidad permanece constante y cercana al 100%. Su mecanismo de acción se asemeja a las pastillas de solo progestágeno, espesamiento del moco, para el uso de estos implantes la mujer tiene que acudir a un centro de salud con profesionales capacitados para la inyectarlos en la piel con la ayuda de un trocar y anestesia local y dar información sobre este método, si una mujer desea quedar embarazada el médico lo puede retirar en poco tiempo. Es un método muy efectivo, solo 1 mujer de cada 1000 queda embarazada, siendo el índice de Pearl de 0.05 – 1% de eficacia. Los efectos colaterales más frecuentes son las alteraciones en el patrón del sangrado, ya sea irregular, prolongado abundante, goteo o amenorrea y también puede tener incremento del vello. (60)

**Inyectables Combinados:** En cuanto a su mecanismo de acción, las hormonas y la eficacia son similares a las píldoras combinadas. La forma de administración es una inyección intramuscular mensual con un intervalo de 7 días antes o después de la fecha provista. Los efectos adversos son similares a los ACOS, irregularidad menstrual, alteraciones del peso, cefalea, y tienen menor riesgo de tromboembolismo venoso, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, tromboembolismo arterial, infarto agudo de miocardio, en cuanto a los beneficios de su uso destacan la reducción de la intensidad y frecuencia de los cólicos menstruales, previene el cáncer de endometrio, de ovario, y quistes ováricos. Está contraindicado su uso en cáncer de mama, hemorragias uterinas o en enfermedades vasculares. Estos inyectables ofrecen beneficios similares a los anticonceptivos orales, pero se elimina la necesidad de una intervención diaria. (61)

**Inyectables de progestágeno solo:** Inyecciones que contienen solo progestágenos que incluye acetato de Medroxiprogesterona y enantato de Noretindrona, se administran cada 3 meses por vía intramuscular y la siguiente dosis puede tener un margen de 15 días de la fecha indicada, estos inhiben la ovulación y alteran el moco cervical. 1 de cada mil mujeres queda embarazada cuando se usa correctamente este método, uno de los principales efectos adversos es la demora del embarazo una vez abandonado el método, y que no brinda protección contra las ITS y se asocia a un riesgo de contraer VIH ya que se ha demostrado que las progestinas tienen una multitud de efectos sobre la función inmunitaria in vitro, los beneficios son una reducción de embarazos ectópicos, miomas uterinos y en la reducción de los síntomas de endometriosis. (62)

**Parche transdérmico combinado (PTC):** Es una lámina fina con un adhesivo que se usa en la piel, preferiblemente en nalgas, abdomen, parte superior del brazo y de la espalda, contiene norelgestromin y etinilestradiol los cuales se liberan cada día proporcionando una absorción efectiva del fármaco y el suministro de concentraciones séricas constantes, produciendo los mismos efectos que las píldoras combinadas, que contienen estrógeno y progestágeno. Se usan por 3 semanas, pero duran 1 semana por lo cual se cambian 1 vez por semana, y la cuarta semana se descansa y no se usa el parche, se debe poner el parche el día 1, 8 y 15 del ciclo y su eficacia es menos del 1% de embarazos si se usa correctamente, posee menos efectos secundarios que la píldora, mejor tasa de cumplimiento y es posible comprobar el correcto uso. (63)

**Ligadura de Trompas:** Este método es elegido por más del 30% de parejas en los Estados Unidos, es un método quirúrgico vía vaginal, abdominal o laparoscópica que consiste en ligar una pequeña asa de la base de la trompa de Falopio y seccionar el segmento superior del asa, a esta técnica se denomina ligadura tubárica de Pomeroy que es la más utilizada, impidiendo que los espermatozoides lleguen al Óvulo, evitando la unión de los gametos y así la concepción, esta puede ser realizada entre embarazos, postparto, post cesárea, post aborto o cuando la mujer lo requiera. Es una decisión permanente, por lo cual las mujeres deben recibir orientación para asegurar que su decisión sea voluntaria, sin embargo, se puede buscar la anastomosis tubárica, que es la reversión del proceso, o la Fertilización in Vitro, estos procedimientos se buscan cuando se cambió el estado civil, recuperar la fertilidad para tener más hijos. No existe una indicación que contraindique la cirugía. (64) La ONG Family Health International vio que el 87% de las mujeres que se sometieron a esta operación no se modificó la regularidad de sus ciclos menstruales previos, también se vio que el 70% no tuvo ninguna variación con respecto al dolor menstrual, por lo tanto esta operación no produce alteraciones en la sexualidad ni en la menstruación. (65)

**Vasectomía:** Es un método quirúrgico en consiste en cortar los conductos deferentes evitando que los espermatozoides no salgan por el semen en cada eyaculación del hombre, así nunca llegara un espermatozoide al óvulo, se debe esperar 3 meses para una relación sexual segura por los espermatozoides restantes en vesículas seminales y próstata, se debe realiza un Espermatograma, cuando este muestre un recuento de cero espermatozoides, ya hay una protección anticonceptiva, a nivel mundial cerca de 50 millones de hombres se han sometido

al procedimiento, es altamente efectiva con una tasa de fracaso <1% y una baja tasa de complicaciones ya que esta operación se realiza con un corte pequeño en el escroto con anestesia local, dura de 10 a 20 minutos y puede ser ambulatoria, del 3 al 5% de hombres, por inicio de nueva relación sentimental, desean la fertilidad, por ello es recomendable congelar una muestra de semen antes del procedimiento. Los inconvenientes de esta incluyen un retraso del inicio de la azoospermia de 3 a 4 meses, dolor postoperatorio, infecciones, molestias testiculares crónicas. (66)

**Anticoncepción hormonal de emergencia:** También llamada píldora del día siguiente, son pastillas usadas a dosis altas de 0.75 a 1.5 mg de Progesterona, para prevenir un embarazo no deseado después de tener relaciones sexuales sin una protección, son llamadas “pastilla del día siguiente”, su principal mecanismo de acción es la anovulación central que impide la liberación del ovulo desde el ovario, el segundo mecanismo consiste en el espesamiento del moco cervical evitan que el óvulo sea fecundado si es que ya se produjo la ovulación. Se consideran pastillas abortivas debido a que también impide la implantación del cigoto. Son usadas en caso de una violación, relación sexual sin protección, si algún método que estaba usando falló (rompió el condón, olvido de tomar la pastilla, etc.), su efecto alcanza el 95% si se ingiere en las primeras 24 horas, tiene un efecto del 85% si se toma entre las 24 y 48 horas y un 58% si se toma a las 72 horas, mientras antes es la toma más protección tendrá. Los efectos adversos son vómitos, náuseas, dolor en los senos, dolor de cabeza y cansancio, pero solo duran 1 día. Hay mucha controversia al uso de este método ya que solo se debe ofrecer a personas mayores de 17 años, y que también los empleados de farmacias proporcionan información errónea sobre las instrucciones de edad, requisitos de identificación e incluso las instrucciones de su uso. (67)

### **No modernos**

**Método Ogino-Knaus:** También llamado el método del ritmo o calendario, se basa en la identificación del período fértil y para ello se debe de conocer los ciclos menstruales, se debe conocer la duración de los días del sangrado, ver cuál es el ciclo más corto y cuál el más largo y hacer una cuenta de los días fértiles para evitar las relaciones en esos días, generalmente cinco días antes y tres días después. Pero si la diferencia entre los periodos es mayor a 10 días, este método no se podrá usar. (68)

**Método del moco cervical o Billings:** Consiste en la identificación por la mujer de su período fértil, reconocer la infertilidad después de la ovulación y en la fase pre ovulatoria del ciclo a través del moco cervical. Durante la fase pre ovulatoria el nivel de estrógenos ováricos es bajo y este patrón hormonal se refleja cambiando las características del moco cervical, la presencia de moco que produce una sensación resbaladiza distintiva, parecida a la clara de huevo que al salir de la vagina indica el momento en que las relaciones sexuales tienen la mejor oportunidad de dar lugar a la concepción, sin embargo, para evitar la concepción se requiere además de otros métodos anticonceptivos principalmente los de barrera. Por lo tanto no es recomendado el uso solo de este método. (68)

**Coito interrumpido:** Consiste en que previo a la eyaculación se retira el pene de la vagina para así evitar que los espermatozoides ingresen a la vagina, sin embargo, en el líquido pre seminal hay espermatozoides en pequeñas cantidades por lo que se puede dar la fecundación. (69)

**Método de la amenorrea de la lactancia (MELA):** Este método es válido los 6 primeros meses después del parto por las mujeres que tienen lactancia materna exclusiva y amenorrea, es el método más natural, porque en este periodo la mujer está en un periodo de infertilidad debido al mecanismo de acción por medio de la succión del pezón dado por el bebé en la lactancia que actúa como inhibición del hipotálamo y la hipófisis, inhibiendo así la secreción pulsátil de la hormona Luteinizante debido al aumento de la prolactina, esto conlleva a la inhibición de la ovulación que es la encargada de la ovulación. El criterio principal es que la lactancia materna sea exclusiva. (70)

**Método de abstinencia periódica:** Este tipo de método se basa en el conocimiento de los signos y síntomas que aparecen en los periodos de fertilidad e infertilidad de la mujer, y según este se puede evitar las relaciones en el periodo fértil en el cual la puede quedar embarazada y en cambio usar el periodo infértil para tener las relaciones. (71)



## **CAPÍTULO III**

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

#### **3.1 Tipo y diseño del estudio**

Este estudio es tipo cuantitativo, transversal, no experimental y analítico, de análisis de datos secundarios de la ENDES 2018 realizada por el Instituto de Estadística e Informática. (22)

#### **3.2 Descripción del lugar de ejecución**

La encuesta se realizó en 24 departamentos junto con la Provincia Constitucional del Callao en Perú durante el año 2018

#### **3.3 Diseño Muestral**

##### 3.3.1 Unidad de análisis

Registro de Adolescentes en edad fértil de 15 a 19 años que pertenecen a la muestra de la ENDES 2018

##### 3.3.2 Criterio de inclusión

Registro de Adolescentes del sexo femenino

Registro de Adolescentes con vida sexual activa

Registro de Adolescentes entre 15 y 19 años

##### 3.3.3 Criterio de exclusión

Registro de adolescentes que no han empezado relaciones sexuales

Registro de Mujeres en edad fértil que no respondieron de manera completa el módulo de métodos de anticoncepción y el módulo de características generales de las mujeres de la encuesta ENDES 2018.

##### 3.3.4 Tamaño de muestra

La población que participó en el estudio de la ENDES 2018 es de 36 mil 760 viviendas, de la cual corresponde 14 760 viviendas del área capitales de departamento y distritos de Lima Metropolitana, 9340 viviendas del resto Urbano y 12 660 del área rural. La muestra

comprende a 1940 mujeres de 15 a 19 años de edad que respondieron la encuesta según los criterios de inclusión. (Anexo 1)

### 3.3.5 Método y tipo de muestreo

La muestra es bietápica, independiente y probabilística a nivel departamental y por área Urbana y Rural.

### 3.3.6 Procedimiento de muestreo

La ENDES es una encuesta bietápica, para la primera: se seleccionó por conglomerados, se utiliza la información de Población y Vivienda y la Actualización del Sistema de Focalización de Hogares. Para la segunda: se seleccionó viviendas, por lo cual se usa la actualización cartográfica y registro de edificios y viviendas realizadas previas a las entrevistas. (Anexo 2)

## 3.4 Formulación de la hipótesis

H1: Existen algunos factores sociodemográficos y características de planificación familiar asociados al uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil de 15 a 19 años. ENDES 2018

H0: NO existen factores sociodemográficos y característica de planificación familiar asociados al uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil de 15 a 19 años. ENDES 2018

## 3.5 Operacionalización de Variables

**Tabla 2: Variable dependiente**

Variable	Código	Categorías	Criterios de medición de las categorías	Tipos de variables	Escala de medición
Uso de algún método anticonceptivo (V312A)	0 1	No Si	Uso de algún método anticonceptivo desde que tuvo vida sexual activa	Cuantitativa dicotómica	Nominal

Fuente: Elaboración propia

**Tabla 3: Variables independientes: Características sociodemográficas del encuestado**

Características sociodemográficas del encuestado					
Variable	Código	Categorías	Criterios de medición de las categorías	Tipos de variables	Escala de medición
Estado civil (V501)	0 1 2 3 4 5	Nunca se casó Casado Conviviente Viuda Divorciada No viviendo juntos	Estado civil al momento de la encuesta	Cualitativa	Nominal
Lugar de residencia (V025)	1 2	Rural Urbano	Lugar de residencia actual al momento de la encuesta	Cualitativa dicotómica	Nominal
Región (SREGION)	1 2 3 4	Lima metropolitana Resto costa Sierra Selva	Lugar de procedencia al momento de realizar la encuesta	Cualitativa	Nominal
Nivel educativo (V106)	0 1 2 3	Sin educación Primaria Secundaria Superior	Grado de educación alcanzado por la mujer al momento de la encuesta	Cualitativa	ordinal

Fuente: Elaboración propia

**Tabla 4: Variables independientes: Características de planificación familiar del encuestado**

Características de planificación familiar del encuestado					
Variable	Código	Categorías	Criterios de medición de las categorías	Tipos de variables	Escala de medición
Actividad sexual reciente (V536)	0 1 2 3	Nunca tuvo relaciones Las últimas 4 semanas Sin actividad en las últimas 4 semanas por abstinencia post- parto Sin actividad en las últimas 4 semanas sin abstinencia post- parto	Actividad sexual reciente al momento de la encuesta	Cualitativa	Nominal
Número de hijos (V201)			Número de hijos al momento de la encuesta	Cuantitativa	Razón
Alguna vez usó algún método anticonceptivo (V302)	0 1 2 3	Nunca usó Usó solo florklórico Usó solo método tradicional Usó solo método moderno	Usó alguna vez algún método anticonceptivo desde que inició su actividad sexual	Cualitativa	Nominal
Uso actual de algún método anticonceptivo (V312)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	No usa Píldora DIU Inyección Condón Esterilización Femenina Abstinencia periódica Retiro Otro NORPLANT Anticoncepción de emergencia	Método anticonceptivo usado actualmente	Cualitativa	Nominal

Fuente: Elaboración propia

### **3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

El método a utilizar para la recolección de la ENDES es mediante entrevista directa con personal debidamente calificado realizado a la población nacional de Perú

La ENDES es una encuesta realizada anualmente con un muestreo que se caracteriza por ser bietápica, independiente y probabilística a nivel departamental y por área Urbana y Rural del Perú. Incluye una muestra aleatoria y representativa a nivel nacional. Los detalles están publicados en su página web. (22)

[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1656/index1.html](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1656/index1.html)

La ENDES es considerada una de las investigaciones más importantes del INEI, la cual brinda información actualizada, se ubicó la variable principal en el archivo de datos (REC32) del módulo V312. Las variables restantes se ubicaron en los archivos de datos (REC51, REC01, REC11, REC22,) de los módulos V501, V025, V106, V536, V201, V012, SREGION. Luego de identificar la variable de interés, se creó un archivo de datos según los indicadores de la ENDES (CASED, HHID)

### **3.7 Método de análisis de los datos**

Se utilizó el programa SPSS versión 2.4 para el análisis de datos

Para el análisis univariado se utilizó la prueba estadística de chi cuadrado con el fin de probar si existe o no asociación entre las variables, se afirma que la variables son significativas al presentar una  $p = <0.05$ . (72)

Para el análisis multivariado, se usó el modelo de regresión logística (odds ratio, OR), con una significación estadística (alfa=0.05) para establecer la asociación de las variables independientes (sociodemográficas y características planificación familiar) con el uso de algún método anticonceptivo, con el método de selección “Enter”. Las variables sin asociación estadística con el uso de métodos anticonceptivos se descartaron, el modelo agrupó a todas las variables que mostraron una asociación estadísticamente significativa ( $p<0,05$ ) con el uso de anticoncepción. Para el desarrollo de este modelo se modificaron las variables categóricas a dicotómicas: Nivel de educación a educación superior, estado civil a viven juntos, número de hijos a tienen hijos y actividad sexual reciente a actividad sexual.

### **3.8 Consideraciones éticas**

La ENDES está amparada por el D.L.N° 604- SECRETO ESTADÍSTICO con lo que se garantiza la protección de los participantes. Además, la base de datos no cuenta con el registro de la identidad de los participantes ya que fueron codificadas arbitrariamente.

Debido a que es un trabajo a partir de una base de datos secundaria no es necesario pasar por el comité de ética.

## CAPITULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1 Resultados

Se observan en la tabla 5 los análisis del estudio que incluye un total de 1940 adolescentes de 15 a 19 años que respondieron la encuesta ENDES durante el año 2018, de las cuales 1021 adolescentes usaron algún método anticonceptivo siendo este el 52.6%, mientras que 919 adolescentes, representado por un 47.4% del total no usaron algún método anticonceptivo.

Dentro de las características sociodemográficas de las adolescentes, se observa en la tabla 5, que la mayoría de las adolescentes (34.3%) tuvieron 19 años de edad, el 28.5% tenía 18 años, 18% tenían 17 años, 12.6 % tenían 16 años seguidos de un 6.5% que presentaban 15 años de edad. La procedencia de las adolescentes según regiones del Perú, fueron las siguientes: de Lima Metropolitana fueron 12.4%, de resto de Costa (a excepción de Lima) fueron 28.1%, de la Sierra 27.2% y de la Selva 32.3%, que representa la mayoría. Según el lugar de residencia se observó que un 65.3% de las adolescentes provenían de zonas urbanas mientras que un 34.7% de zonas rurales. Las adolescentes sin nivel educativo fueron de 0.1% que representa la minoría seguido del 10.3% con nivel de educación primaria; mientras que la mayoría, 76.9% tenían nivel de educación secundaria, por otro lado, el 12,7% tenían nivel de educación superior. Se puede observar que un 1.5 % de las adolescentes son casadas siendo este porcentaje la minoría, 6.6 % no viven juntos, 42.3% son convivientes, mientras que la mayoría, 49.6% nunca se casarán.

**Tabla 5: Características generales de las mujeres en edad fértil entre 15 a 19 años, según la ENDES 2018.**

<b>Variable</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Uso de método anticonceptivo</b>		
No usa	919	47.4%
Usa	1021	52.6%
<b>Edad</b>		
15	127	6.5%
16	244	12.6%
17	350	18.0%
18	553	28.5%
19	666	34.3%
<b>Región natural</b>		
Lima Metropolitana	240	12.4%
Resto de Costa	546	28.1%
Sierra	527	27.2%
Selva	627	32.3%
<b>Lugar de residencia</b>		
Urbana	1267	65.3%
Rural	673	34.7%
<b>Nivel Educativo</b>		
Sin educación	2	0.1%
Primaria	200	10.3%
Secundaria	1492	76.9%
Superior	246	12.7%
<b>Estado civil</b>		
Nunca se casó	962	49.6%
Casada	30	1.5%
Conviviente	820	42.3%
No viviendo juntos	128	6.6%
<b>Total</b>	<b>1940</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Elaboración propia



La tabla 6 resume las características de planificación familiar, dentro de las cuales el 50.9% de las adolescentes no tenían hijos al momento de la encuesta, sin embargo, un 42.9% tenían un solo hijo y un 6.2% tenían 2 o más hijos. En cuanto a la actividad sexual un 50.8% tuvieron relaciones sexuales en las últimas 4 semanas, un 11.9% no tuvieron actividad sexual en las últimas 4 semanas debido a abstinencia posparto mientras que un 37.4% no tuvieron actividad sexual en las últimas 4 semanas sin abstinencia posparto, siendo otras las causas de la abstinencia no especificadas en la encuesta.

En relación con el uso de métodos anticonceptivos el 47.4% de las adolescentes nunca uso algún método, el 41.8% usó el método moderno, el 10.3% usó el método tradicional y el 0.6% usó el método folklórico siendo este el de menor porcentaje. Dentro del uso específico de métodos anticonceptivos el 23.4% usaba inyección que representa la mayoría seguido del uso de condón con un 11.3% siendo el resto de métodos usados en menor porcentaje.

**Tabla 6: Características de planificación familiar de las mujeres en edad fértil entre 15 a 19 años, según la ENDES 2018.**

<b>Variables</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Número de hijos</b>		
0	988	50.9%
1	832	42.9%
≥ 2	120	6.2%
<b>Actividad sexual reciente</b>		
Actividad última 4 semanas	985	50.8%
Sin actividad en las ult. 4 semanas - abst. Posparto	230	11.9%
Sin actividad en las ult. 4 semanas - no abst. Posparto	725	37.4%
<b>Uso de algún método anticonceptivo</b>		
Nunca uso	919	47.4%
Uso solo folklórico	11	0.6%
Uso solo método tradicional	199	10.3%
Uso de método moderno	811	41.8%
<b>Uso de algún método anticonceptivo específico</b>		
No usa	919	47.4%
Inyección	454	23.4%
Condón	220	11.3%
Retiro	105	5.4%
Abstinencia periódica	94	4.8%
Píldora	70	3.6%

Norplant	52	2.7%
Otro	11	0.6%
DIU	7	0.4%
Anticoncepción de emergencia	7	0.4%
Esterilización femenina	1	0.1%
<b>Total</b>	<b>1940</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Elaboración propia

En el análisis bivariado presentado en la tabla 7, La prueba de Chi-cuadrado para la independencia indicó una asociación estadísticamente significativa entre el nivel educativo, estado civil, número de hijos, actividad sexual reciente y edad de la entrevistada con el uso de método anticonceptivo,  $p < .005$ . También se observó que la proporción de adolescentes que usaban algún método anticonceptivo fue mayor en las que tenían educación primaria, eran convivientes con su pareja, tenían 2 hijos o más y eran sexualmente activos en las últimas 4 semanas.

En cuanto a las características sociodemográficas, las adolescentes que tenían 19 años presentaron una prevalencia del 59%, siendo la asociación estadísticamente significativa entre la edad de la entrevistada y el uso del método anticonceptivo  $\chi^2 (4, n = 1940) = 23.522, p = .000$ , Respecto al nivel educativo, las adolescentes que tuvieron educación primaria o no tuvieron ningún tipo de educación presentaron un 59.5% de uso de MAC, siendo la asociación estadísticamente significativa entre el nivel educativo y el uso del método anticonceptivo  $\chi^2 (3, n = 1940) = 11.187, p = .011$ , y respecto al estado civil, las adolescentes que convivían con su pareja y las que estaban casadas, el 73.4% y 66.7% respectivamente usaron algún MAC, donde el uso del método anticonceptivo es más del doble que las adolescentes que nunca se casaron y que no conviven con su pareja, siendo la asociación estadísticamente significativa entre el estado civil y el uso del método anticonceptivo  $\chi^2 (3, n = 1940) = 256.850, p = .000$ .

Por otro lado, dentro de las características reproductivas, las adolescentes que tenían 2 o más hijos presentaron mayor proporción de uso de algún MAC a comparación con las no tenían hijos (70.8% vs 38.4%), siendo la asociación estadísticamente significativa entre el número de hijos y el uso del método anticonceptivo  $\chi^2 (3, n = 1940) = 165.051, p = .000$ . De igual modo las adolescentes sexualmente activas en las últimas 4 semanas de la encuesta, 86.0% usaron algún MAC, siendo mayor en las adolescentes que tuvieron abstinencia postparto 29.1%, seguido de los que tuvieron abstinencia por otras razones no especificadas en la encuesta 14.8%, siendo la asociación estadísticamente significativa entre la actividad actual reciente y el uso del método anticonceptivo  $\chi^2 (2, n = 1940) = 907.719, p = .000$

**Tabla 7: Análisis bivariado de factores asociados al uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de 15 a 19 años, según ENDES 2018**

Variables		Uso de método anticonceptivo				p valor
		No usa		Usa		
		N	%	N	%	
Región natural	Lima Metropolitana	122	50.8%	118	49.2%	0.60
	Resto de Costa	264	48.4%	282	51.6%	
	Sierra	263	49.9%	264	50.1%	
	Selva	270	43.1%	357	56.9%	
Lugar de residencia	Urbana	612	48.3%	655	51.7%	0.259
	Rural	307	45.6%	366	54.4%	
Nivel Educativo	Sin educación	0	0.0%	2	100.0%	0.011
	Primaria	81	40.5%	119	59.5%	
	Secundaria	703	47.1%	789	52.9%	
	Superior	135	54.9%	111	45.1%	
Estado civil	Nunca se casó	608	63.2%	354	36.8%	0.0001
	Casada	10	33.3%	20	66.7%	
	Conviviente	218	26.6%	602	73.4%	
	No viviendo juntos	83	64.8%	45	35.2%	
Número de hijos	0	609	61.6%	379	38.4%	0.0001
	1	275	33.1%	557	66.9%	
	2	35	29.2%	85	70.8%	
Actividad sexual reciente	Actividad última 4 semanas	138	14.0%	847	86.0%	0.0001
	Sin actividad en las ult. 4 semanas - abst.	163	70.9%	67	29.1%	
	Posparto Sin actividad en las ult. 4 semanas - no abst.	618	85.2%	107	14.8%	
	Posparto					
Edad actual entrevistada	15	69	54.3%	58	45.7%	0.0001
	16	140	57.4%	104	42.6%	
	17	169	48.3%	181	51.7%	
	18	268	48.5%	285	51.5%	
	19	273	41.0%	393	59.0%	
	Total	919	47.4%	1021	52.6%	

Se realizó una regresión logística directa para evaluar el impacto de varios factores sobre la probabilidad del uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de 15 a 19 años. El modelo contiene 5 variables independientes (Educación superior, vivir juntos, tener hijos, actividad sexual y edad). El modelo completo que contiene todos los predictores fue estadísticamente significativo  $\chi^2(5, N = 1940) = 1094.872, p < .001$ , indicando que el modelo ha sido capaz de distinguir entre los encuestados que reportaron y no reportaron el uso de métodos anticonceptivos. El modelo en conjunto explica entre 43.1% (R cuadrado de Cox y Snell) y 57.6% (R cuadrado de Nagelkerke) de la variación del uso de MAC, y clasifico correctamente el 83.9% de los casos. Según la tabla 8, solo dos de las variables independientes hicieron una única contribución estadísticamente significativa al modelo (Tienen hijos y actividad sexual). El predictor reportado más fuerte para el uso de MAC fue actividad sexual, registrando un odds ratio de 30.510. Esto indico que los encuestados que eran sexualmente activos tenían 30 veces más probabilidades de usar MAC que aquellos que no eran sexualmente activos, controlando todo los demás factores del modelo. El odds ratio de tener hijos fue de 4.155, lo que indica que por tener al menos 1 hijo tenían 4 veces más probabilidad de usar algún MAC, controlando otros factores del modelo. (73) Por lo tanto, el análisis de datos se desarrolló a partir de la relación binaria a través del chi cuadrado y se reforzó la relación con la regresión logística binaria.

**Tabla 8: Regresión logística prediciendo el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de 15 a 19 años, según la ENDES 2018**

	Variables en la ecuación							
	B	Error estándar	Wald	gl	P	Odds Ratio	95% I.C. para Odds ratio	
							Inferior	Superior
Educación superior	.275	.202	1.844	1	0.174	1.316	.885	1.957
Viven juntos	-.011	.151	.005	1	0.944	.989	.737	1.329
Tienen hijos	1.424	.151	88.826	1	0.001	4.155	3.090	5.587
Actividad sexual	3.418	.144	561.302	1	0.001	30.510	22.995	40.480
Edad	-.062	.055	1.290	1	0.256	.939	.844	1.046g
Constante	-1.166	.946	1.518	1	0.218	.312		

Fuente: Elaboración propia

## 4.2 Discusión

En el estudio se analizaron un total de 1940 adolescentes con edades entre 15 y 19 años de edad obtenidos de la base de datos de la ENDES 2018. Se observó que 1021 adolescentes, es decir el 52.6%, usaban algún método anticonceptivo. El método más usado fue la inyección, con un 23.4% del total de adolescentes que usaban algún MAC, así mismo el condón con 11.3% fue el segundo método más usado. En el 2015 se reportó que el uso de la esterilización femenina (19%) y el DIU (14%) eran los 2 métodos anticonceptivos más comúnmente utilizadas a nivel mundial en mujeres casadas y convivientes. En África y Europa los métodos a corto plazo irreversibles como la píldora, inyectable y condón masculino fueron los más comúnmente usados, mientras que los métodos permanentes como la esterilización y el DIU fueron más comunes en Asia y América del Norte. (74). A nivel de América y el Caribe, el uso de MAC fue baja en Bolivia (34.6%) y Haití (31.3%), siendo los países con menor prevalencia, por otro lado Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba y Paraguay tenían más del 70% de uso de MAC moderno. (75). El uso de anticonceptivos reversibles de acción prolongada fue inferior al 10% en 17 países de América y el caribe siendo contrario a los resultados obtenidos en este estudio. Según Electra G. y colaboradores, las razones más importantes para el uso de inyectables y condón, podrían ser regular los periodos menstruales y la protección contra ITS respectivamente. Mientras que el miedo a la inserción y al dolor que producen los implantes hacen de estos los menos usados en adolescentes.(15) Por lo tanto, estas podrían ser las razones del por qué los adolescentes prefieren el uso de inyectables y el condón.

Según el chi cuadrado, en el estudio se encontró 5 variables estadísticamente significativas, asociadas al uso de MAC en adolescentes de 15 a 19 años, los cuales fueron el nivel educativo, estado civil, número de hijos, actividad sexual y edad actual.

Se realizó un estudio en Malawi el año 2015, donde se evaluó los factores asociados al uso de MAC y se observó que las mujeres con educación tenían 47% más probabilidades de usar métodos anticonceptivos que las mujeres sin educación, resultado similar a estudios previamente realizados.(76) Esto podría deberse a que la educación da un nivel de conocimiento sobre los beneficios del uso de métodos anticonceptivos como evitar ITS o embarazos no deseados. Esto otorga cierto grado de autonomía para la elección del método adecuado que se adapte a sus necesidades. Por eso es importante que los promotores de planificación familiar se enfoquen en brindar información básica y dediquen su tiempo para enseñar sobre el uso de métodos anticonceptivos a mujeres sin educación.

Por otro lado, un estudio realizado en 401 estudiantes de la universidad en Kilimanjaro, Tanzania, 2016, donde se evaluó los factores asociados con el uso actual de MAC, en la cual se reportó que aquellas estudiantes que estaban casadas tenían menos probabilidad de usar MAC (25.9%) en comparación con las que eran solteras (74 %), (77) contrariamente a los resultados encontrados en nuestro estudio donde el uso de MAC en mujeres casadas fue más alta. Esta diferencia se atribuyó probablemente con el objetivo de controlar el aumento poblacional, combatir el VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual que son altamente prevalentes en países africanos.

Mujeres casadas y convivientes tenían mayor uso de MAC que las mujeres que no estaban casadas o no eran convivientes. Este resultado es similar al de estudios realizados en otros países, donde se evidencia menor uso de métodos anticonceptivos en mujeres solteras y no casadas, las cuales prefieren el uso de condón.(78) En el Perú, esto podría ser la causa de una alta tasa de abortos inducidos en adolescentes que conllevan a mortalidad y embarazos no deseados asociado a la falta de educación y orientación sexual.(79,80)

Según los resultados del análisis de regresión logística, se encontraron 2 variables estadísticamente significativas, asociados al uso de MAC en adolescentes de 15 a 19 años, los cuales fueron el número de hijos y la actividad sexual reciente

Un estudio realizado en Tanzania a universitarias, buscaron la asociación entre factores de riesgo y uso de MAC. Se reportó que las estudiantes que algunas vez habían tenido relaciones sexuales tenían mayor probabilidad de usar algún MAC (39.4%) en comparación con aquellas que nunca habían tenido relaciones sexuales.(77) Estos hallazgos son similares a nuestro estudio en el cual las adolescentes sexualmente activas tenían 30 veces más probabilidad de usar MAC. Esto se debe probablemente al aumento de los comportamientos sexuales de riesgo en la adolescencia como el miedo a un embarazo no planeado y/o al contagio de una infección de transmisión sexual.

En un estudio realizado a 552 estudiantes de cuatro universidades de Malasia mediante un cuestionario, se encontró que casi el 40% de los encuestados eran sexualmente activos, pero solo el 37 % informó el uso de anticonceptivos y entre las que habían tenido relaciones sexuales, el 62,7% de ellas no utilizaba ningún método anticonceptivo. (81) A diferencia de nuestro estudio en el cual muestra que las adolescentes tienen 30 veces más probabilidad de usar MAC cuando son sexualmente activas. En países africanos el bajo uso de anticonceptivos es motivo de preocupación debido a los riesgos de infecciones de transmisión sexual, embarazos no planeados que puede conducir a la terminación prematura de la educación, poniendo en peligro el futuro bienestar socioeconómico de los jóvenes. Debido a esto es de alivio saber que en el Perú existe una alta tasa el uso de MAC

Un estudio realizado en Brasil el año 2019, se analizaron encuestas demográficas desde el año 2005 en 73 países de bajos y medianos ingresos de Europa, Asia central, África occidental, África central, América latina y el Caribe en mujeres entre 15 y 19 años, donde se analizó la asociación entre el uso de MAC con la paridad y estado civil, en los cuales se encontró que la prevalencia de los anticonceptivos modernos y la planificación familiar eran menores entre los adolescentes casados y sin hijos (20%) en comparación con los casados que tenían al menos un hijo (63.7%). (82) Siendo los resultados parecidos a nuestro estudio, eso podría ser debido a los valores culturales y las normas de género que influyen fuertemente en los deseos de fertilidad, las necesidades de planificación familiar ya que en muchos lugares se espera que las mujeres den a luz al menos un hijo antes de adoptar la anticoncepción. Debido a la paridad satisfecha el uso de MAC en mujeres con al menos un hijo es mayor.

El número de hijos es un factor importante en el uso de MAC, tal cual como se encontró en nuestro estudio en donde adolescentes con al menos un hijo tienen mayor probabilidad de

usar métodos anticonceptivos que las adolescentes sin ningún hijo, resultado similar a un estudio realizado en Etiopia.(83) Esto podría deberse a no querer tener más hijos debido la paridad satisfecha o la necesidad de planificar de manera adecuada el próximo embarazo.

Los anticonceptivos reversibles de acción prolongada ocasionalmente se aplican en Latinoamérica y el Caribe. Gracias a su alta efectividad, conveniencia y facilidad de continuación, se debería expandir la disponibilidad de anticonceptivos reversibles de acción prolongada e impulsar su uso, inclusive entre féminas adolescentes y nulíparas.

#### **4.2.1 Limitaciones y fortaleza**

Algunas limitaciones presentadas en este estudio fueron que al ser un estudio de diseño transversal limita el análisis a una evaluación temporal de causalidad. Por otro lado, al ser un análisis de datos secundaria extraídas de una encuesta de la ENDES 2018, existen variables (aprobación del marido, apoyo de la pareja, discordancia conyugal), que podrían influir al uso de métodos anticonceptivos que no se encuentran en dicha encuesta. Sin embargo pese a las limitaciones este estudio se caracteriza por tener una muestra representativa a nivel nacional a diferencia de otros estudios realizados donde la muestra es inferior, por lo tanto los resultados podrían ayudar al desarrollo de estrategias adecuadas de planificación familiar.

## **CONCLUSIONES**

Se sabe que a nivel mundial la falta de uso de métodos anticonceptivos en adolescentes es una problemática debido a que ocasionan embarazos no deseados, abortos clandestinos y enfermedades de transmisión sexual y otras complicaciones que afectan al adolescente. En el Perú se ha visto que la tasa de embarazos adolescentes ha ido en aumento pese a la consejería dada en salud sexual y reproductiva. Al identificar los factores directamente asociados al uso de MAC se podrían armar estrategias dirigidas a nivel nacional que promuevan e incentiven de manera adecuada el uso de MAC. Se sigue promover la educación sexual en los colegios para así las adolescentes al iniciar su vida sexual tengan los conocimientos necesarios para prevenir los efectos negativos del no uso de métodos anticonceptivos.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Adolescent pregnancy [Internet]. 2018 [cited 2019 Jun 9]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
2. Gonzales Ramíres F. Documento Tecnico Situacion de salud de los Adolescentes y jovenes en el Perú 2017. Bibl del Minist salud, 2017 [Internet]. 2017;1:1–124. Available from: <https://ci.nii.ac.jp/naid/40021243259/>
3. Jerónimo A, Álvarez J, Carbonel W, Neira J. Sexualidad y métodos anticonceptivos en estudiantes de educación secundaria Knowledge about sexuality and contraceptive methods in highschool students. *Acta Med Per* [Internet]. 2009;26(3):175–9. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v26n3/a06v26n3>
4. Pretell-Zárate EA. Emergency oral contraception policy: The peruvian experience. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2013;30(3):487–93.
5. Fétis N G, Bustos M L, Lanas Z F, Baeza W B, Contreras R J, Hebel N E, et al. Factores Asociados Al Uso De Anticonceptivos En Estudiantes De Enseñanza Media De La Comuna De Temuco. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2009;73(6):362–9.
6. Rengifo-reina HA, Serrano-rodriguez M. Conocimiento y Prácticas en Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes Estudiantes en un Municipio Colombiano. *Rev salud publica*. 2012;14(4):558–69.
7. C.Sánchez-Meneses M, Davila-Mendoza R, R.Ponce-Rosas E. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. *ATEN FAM*. 2015;22(2):35–8.
8. reyes N, Morales S V V. Factores asociados al uso de la anticoncepción oral de emergencia por estudiantes de Obstetricia de una universidad privada de Lima, Perú, 2016. *Rev Investig la Univ Norbert Wiener* [Internet]. 2016;(6):49–60. Available from: [https://intranet.uwiener.edu.pe/univwiener/portales/centroinvestigacion/documentacion/revista\\_6/06Reyes\\_Morales\\_Valdivieso.pdf](https://intranet.uwiener.edu.pe/univwiener/portales/centroinvestigacion/documentacion/revista_6/06Reyes_Morales_Valdivieso.pdf)
9. 2014 ED y de SF. Planificación Familiar. *ENDES*. 2014;135–62.
10. Susheela Singh and Jacqueline E. Darroch, Darroch SS and JE. Adding It Up: Costs and Benefits of Contraceptive Services Estimates for 2012. *Guttmacher Inst United Nations Popul Fund (UNFPA)*, 201. 2012;(June).
11. Woog V, Singh S, Browne A, Philbin J. Adolescent women’s need for and use of sexual and reproductive health services in developing countries. *New York Guttmacher Inst*. 2015;(August):1–63.
12. Rodríguez MJ. Anticoncepción ¿Qué necesitan los adolescentes? *Adolescere*. 2015;3:69–79.
13. Deitch J, Stark L. Adolescent demand for contraception and family planning services in low- and middle-income countries: A systematic review. *Glob Public Health* [Internet]. 2019;0(0):1–19. Available from: <https://doi.org/10.1080/17441692.2019.1583264>
14. Gómez-Inclán S, Durán-Arenas L. Teenagers’ access to contraception in Mexico City. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2017;59(3):236–47. Available from: <http://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7891%0Ahttp://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7891%0Ahttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28902311>

15. Electra Gonzále A, Brem P, Daniela González A, Temistocles Molina G, Ingrid Leal F. Determinantes en la elección de anticonceptivos en adolescentes consultantes en un centro de atención de salud sexual y reproductiva. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2017;82(6):692–705.
16. Dongarwar D, Salihu HM. Influence of Sexual and Reproductive Health Literacy on Single and Recurrent Adolescent Pregnancy in Latin America. *J Pediatr Adolesc Gynecol* [Internet]. 2019; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2019.06.003>
17. Adolescentes” CSG “Prevención del E en. Embarazo en Adolescentes Peruanas Aumentó. INPPARES y Mesa Concert [Internet]. 2018;1–15. Available from: [https://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2018/documentos/06/alerta\\_embarazo\\_en\\_adolescentes\\_aumento\\_junio\\_2018.pdf](https://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2018/documentos/06/alerta_embarazo_en_adolescentes_aumento_junio_2018.pdf)
18. Cueto S, Leon J. Early sexual initiation among adolescents: A longitudinal analysis for 15-year-olds in Peru. *Interam J Psychol.* 2016;50(2):186–203.
19. Sánchez A, Favara M. Consequences of Teenage Childbearing in Peru Is the Extended School-day Reform an Effective Policy Instrument to Prevent Teenage Pregnancy? [Internet]. 2019. Available from: <https://www.younglives.org.uk/sites/www.younglives.org.uk/files/YL-WP185.pdf>
20. Esther G, Escalante L. CONOCIMIENTOS SOBRE EL USO DEL ANTICONCEPTIVO ORAL DE EMERGENCIA EN GESTANTES ADOLESCENTES QUE SE ATIENDEN EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL. *Rev Int Salud Matern Fetal.* 2017;2(3):13–9.
21. Fernandez Arata M. El Embarazo Adolescente: Un Problema Psicosocial Que Se Mantiene Vigente En El Perú Adolescent Pregnancy: a Current Psychosocial Problem in Peru. *Cultura* [Internet]. 2015;0285:59–87. Available from: [http://www.revistacultura.com.pe/wp-content/uploads/2015/12/RCU\\_29\\_el-embarazo-adolescente-un-problema-psicosocial-que-se-mantiene-vigente-en-el-peru.pdf](http://www.revistacultura.com.pe/wp-content/uploads/2015/12/RCU_29_el-embarazo-adolescente-un-problema-psicosocial-que-se-mantiene-vigente-en-el-peru.pdf)
22. Informatica IN de E e. PERÚ Instituto Nacional de Estadística e Informática: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES [Internet]. 2018 [cited 2019 Jun 9]. Available from: <http://inei.inei.gob.pe/microdatos/>
23. Génesis 1:28 NVI - y los bendijo con estas palabras: - Bible Gateway [Internet]. [cited 2019 Jun 9]. Available from: <https://www.biblegateway.com/passage/?search=Génesis+1%3A28&version=NVI>
24. Eclesiastes 3 NVI - Hay un tiempo para todo - Todo tiene su - Bible Gateway [Internet]. [cited 2019 Jun 9]. Available from: <https://www.biblegateway.com/passage/?search=Eclesiastes+3&version=NVI>
25. John 14:27 NVI - La paz les dejo; mi paz les doy. Yo no - Bible Gateway [Internet]. [cited 2019 Jun 9]. Available from: <https://www.biblegateway.com/passage/?search=John+14%3A27&version=NVI>
26. Luke 1:41-42 NVI - Tan pronto como Elisabet oyó el saludo - Bible Gateway [Internet]. [cited 2019 Jun 9]. Available from: <https://www.biblegateway.com/passage/?search=Luke+1%3A41-42&version=NVI>
27. Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Síntesis Ejecutiva. *Inst Nac Salud Pública* [Internet]. 2012;35. Available from: [http://ensanut.insp.mx/doctos/ENSANUT2012\\_Sint\\_Ejec-24oct.pdf](http://ensanut.insp.mx/doctos/ENSANUT2012_Sint_Ejec-24oct.pdf)
28. Vilchis-Dávila E., De Lucio-Alvarado M., Olivos-Rubio M. Factors influencing

- contraceptive use among adolescents in san mexiquense community Factores que influnciam o uso de anticoncepcionais entre adolescentes em uma comunidade mexiquense. 2014;37–45. Available from: [http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol5/4\\_FACTORES.pdf](http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol5/4_FACTORES.pdf)
29. Fernández García B, Mariño Membribes ER, Ávalos González MM, Baró Jiménez VG. Información sobre anticoncepción y métodos anticonceptivos en adolescentes del municipio “La Lisa”. *Rev Cuba Med Gen Integr* [Internet]. 2013;29(1):3–7. Available from: <http://scielo.sld.cu>
  30. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Capítulo 4. Planificación Familiar [Internet]. INEI. 2016. p. 141–67. Available from: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1433/index.html](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1433/index.html)
  31. Morris JL, Rushwan H. Adolescent sexual and reproductive health: The global challenges. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. 2015;131:S40–2. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.02.006>
  32. Diedrich JT, Klein DA, Peipert JF. Long-acting reversible contraception in adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2017;216(4):364.e1-364.e12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2016.12.024>
  33. Pozo KC, Chandra-Mouli V, Decat P, Nelson E, De Meyer S, Jaruseviciene L, et al. Improving adolescent sexual and reproductive health in Latin America: Reflections from an International Congress. *Reprod Health*. 2015;12(1):1–7.
  34. Freitas L, Uribe E, Daniel B, Sicard LYMT, Investigaciones C De, Mar SC, et al. Capítulo 4: Planificación Familiar [Internet]. INEI. 2017. p. 103–13. Available from: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1525/index.html](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1525/index.html)
  35. Organización Mundial de la Salud (OMS). Sexualidad, qué es. OMS [Internet]. Formación Integral. 2011 [cited 2019 Jun 9]. Available from: <http://formacion-integral.com.ar/website/?p=17>
  36. López F, Fuertes A. Para comprender la sexualidad [Internet]. Casa del Libro. Editorial Verbo Divino; 1991 [cited 2019 Jun 9]. p. 156. Available from: <https://www.casadellibro.com/libro-para-comprender-la-sexualidad-2aa-ed/9788471516305/30042>
  37. (OPS) OP de la S, Organización Mundial de la Salud (OMS). Indicadores basicos para el analisis de la equidad de genero en Salud. *Bibl Sede OPS*. 2004;1–33.
  38. Organización Mundial de la Salud (OMS). OMS | Desarrollo en la adolescencia [Internet]. WHO. World Health Organization; 2015 [cited 2019 Jun 9]. Available from: [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)
  39. Issler JR. Embarazo en la Adolescencia [Internet]. *Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina*. 2001 [cited 2019 Jun 9]. p. 11–23. Available from: <https://www.uv.es/~reguera/nuevosmedios/videoconferencia/informe%5B1%5D.htm>
  40. Papalia D, Wendkos Olds S, Duskin Feldman R. Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia. Mc Graw Hill Co. Undécima E:1–696.
  41. Cruz F, Rosell AB, Gutierrez E. Conductas y factores de riesgo en la adolescencia. *Man Prácticas Clin para la atención en la Adolesc*. 2011;120–44.
  42. Cutié S. JR, Laffita B. A, Toledo B. M. Primera Relación Sexual En Adolescentes Cubanos. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2009;70(2):83–6.

43. Gómez LFA, Torres SJR. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012 Departamento de San Martín. Inst Nac Estadística e Informática. 2013;1–266.
44. Juárez F, Gayet C. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: un nuevo marco de análisis para la evaluación y diseño de políticas. Papeles Poblac. 2005;julio-sept(045):177–219.
45. Francisco Barboza DE. CARACTERÍSTICAS PERINATALES DE LOS RECIÉN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO. Univ Nac MAYOR SAN MARCOS. 2015;1–39.
46. Soledad Díaz VS. ¿QUÉ Y CUÁLES SON LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS? Inst Chil Med Reprod [Internet]. 2017;(56). Available from: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1525/index.html](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1525/index.html)
47. Organización Mundial de la Salud (OMS). Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Cat por la Bibl la OMS. 2012;1–129.
48. Iversen L, Sivasubramaniam S, Lee AJ, Fielding S, Hannaford PC. Lifetime cancer risk and combined oral contraceptives: the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. Am J Obstet Gynecol [Internet]. 2017;216(6):580.e1-580.e9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2017.02.002>
49. Quintana Pantaleón C. Anticoncepción en la adolescencia. Pediatr Integr. 2017;21(5):312–22.
50. Roach, Rachel EJ, Helmerhorst, Frans M, Lijfering, Willem M, et al. Combined oral contraceptives: the risk of myocardial infarction and ischemic stroke [Systematic Review]. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2018;(3). Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=coch&AN=00075320-100000000-09404>
51. J D, V W, A B, LS A. ADDING IT UP: Costs and Benefits of Meeting the Contraceptive Needs of Adolescents. New York Guttmacher Inst. 2016;(May):1–16.
52. Hubacher D, Trussell J. A definition of modern contraceptive methods. ELSEVIER [Internet]. 2015;92(5):420–1. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2015.08.008>
53. Del Burgo CL, De Irala J. Modern contraceptive methods: a new misleading definition. Contracept 2016. 2016;565–6.
54. Chingle M, Odunze P, Mohammed A, Bitto F, Sodipo O, Zoakah A. Predictors of Male Condom Utilization in Plateau State, Nigeria. Niger J Clin Pract. 2017;1–9.
55. Bernard MMJ, Simon IK, Charles MM, Charles KM, Ghislain MN, Albert MA, et al. Evaluation of Female Condom Use among Students at the University of Lubumbashi: Knowledge, Attitude and Practice on University Cities. Open Access Libr J. 2017;04(11):1–9.
56. Beksinska M. Expanding contraceptive options for women: the SILCS diaphragm. MatCH Res Unit [Internet]. 2016;(June). Available from: [http://www.path.org/publications/files/DT\\_silcs\\_match\\_pol\\_br.pdf](http://www.path.org/publications/files/DT_silcs_match_pol_br.pdf)
57. Lopez L, Bernholc A, Hubacher D, Stuart G, Van Vliet H. Immediate postpartum insertion of intrauterine device for contraception (Review). Cochrane Libr [Internet]. 2015;(6). Available from: [www.cochranelibrary.com](http://www.cochranelibrary.com)
58. Stewart M, Black K. Choosing a combined oral contraceptive pill. Aust Prescr. 2015;38(1):6–11.

59. Casper RF. Progestin-only pills may be a better first-line treatment for endometriosis than combined estrogen-progestin contraceptive pills. *Fertil Steril* [Internet]. 2017;107(3):533–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.01.003>
60. Ali M, Akin A, Bahamondes L, Brache V, Habib N, Landoulsi S, et al. Extended use up to 5 years of the etonogestrel-releasing subdermal contraceptive implant: Comparison to levonorgestrel-releasing subdermal implant. *Hum Reprod*. 2016;31(11):2491–8.
61. Tepper NK, Dragoman M V., Gaffield ME, Curtis KM. Nonoral combined hormonal contraceptives and thromboembolism: a systematic review. *Contraception* [Internet]. 2017;95(2):130–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2016.10.005>
62. Byrne EH, Anahtar MN, Cohen KE, Moodley A, Padavattan N, Ismail N, et al. Association between injectable progestin-only contraceptives and HIV acquisition and HIV target cell frequency in the female genital tract in South African women: A prospective cohort study. *Lancet Infect Dis* [Internet]. 2016;16(4):441–8. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(15\)00429-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(15)00429-6)
63. Merz M, Kroll R, Lynen R, Bangerter K. Bleeding pattern and cycle control of a low-dose transdermal contraceptive patch compared with a combined oral contraceptive: A randomized study. *Contraception* [Internet]. 2015;91(2):113–20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2014.10.004>
64. Messenger LB, Alford CE, Csokmay JM, Henne MB, Mumford SL, Segars JH, et al. Cost and efficacy comparison of in vitro fertilization and tubal anastomosis for women after tubal ligation. *Fertil Steril* [Internet]. 2015;104(1):32-38.e4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.04.019>
65. Ribeiro M, Tanori Paiva M, Cunha F, Ruzicki E, Machado R. Ligadura tubaria. *Femina*. 1983;11(7):546–50.
66. Amory JK. Male contraception. *Fertil Steril* [Internet]. 2016;106(6):1303–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.08.036>
67. Moore A, Ryan S, Stamm C. Seeking emergency contraception in the United States: A review of access and barriers. *Women Heal* [Internet]. 2019;59(4):364–74. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/03630242.2018.1487905>
68. Alabama public health. Planificación familiar natural o método del ritmo ( método basado en el conocimiento de la fertilidad ). *Planif Fam* [Internet]. 2016;(270):1–2. Available from: <https://adph.org/FamilyPlanning/assets/FHS.metodobasadoNoviembre2016.pdf>
69. Aliuk, Andreasmperu A. Coitus interruptus [Internet]. 2000. Available from: <http://es.wikipedia.org/w/index.php?oldid=70848943>
70. Instituto de Salud Reproductiva de la Universidad de Georgetown. El Método de Lactancia y Amenorrea. *Fertil Apprec Collab to Teach Sci* [Internet]. (202):687–1392. Available from: [http://www.factsaboutfertility.org/wp-content/uploads/2013/07/Sp\\_LAM-MLA\\_FINAL.pdf](http://www.factsaboutfertility.org/wp-content/uploads/2013/07/Sp_LAM-MLA_FINAL.pdf)
71. Soledad D. Métodos de abstinencia periódica. *Instituto Chil Med Reprod*. 2016;
72. Nacional U, Centro DEL, Perú DEL, Optar P, Título EL. Universidad nacional del centro del Perú facultad de antropología “. 2015;1–76. Available from: [http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/2636/Garcia\\_Ventocilla-Mamani\\_Gamarra.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/2636/Garcia_Ventocilla-Mamani_Gamarra.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
73. Three THE, Of T, Components T, In I, Worldviews AS, For C, et al. For the SPSS

- Survival Manual website , go to This is what readers from around the world say about the SPSS Survival Manual : Automot Ind AI. 2005;181(4):718.
74. Trends in Contraceptive Use Worldwide 2015. Trends in Contraceptive Use Worldwide 2015. 2016.
  75. Ponce de Leon RG, Ewerling F, Serruya SJ, Silveira MF, Sanhueza A, Moazzam A, et al. Contraceptive use in Latin America and the Caribbean with a focus on long-acting reversible contraceptives: prevalence and inequalities in 23 countries. *Lancet Glob Heal* [Internet]. 2019;7(2):e227–35. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30481-9](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30481-9)
  76. Mandiwa C, Namondwe B, Makwinja A, Zamawe C. Factors associated with contraceptive use among young women in Malawi: analysis of the 2015–16 Malawi demographic and health survey data. *Contracept Reprod Med*. 2018;3(1):1–8.
  77. Sweya MN, Msuya SE, Johnson Mahande M, Manongi R. Contraceptive knowledge, sexual behavior, and factors associated with contraceptive use among female undergraduate university students in Kilimanjaro region in Tanzania. *Adolesc Health Med Ther*. 2016;Volume 7:109–15.
  78. Li J, Temmerman M, Chen Q, Xu J, Hu L, Zhang WH. A review of contraceptive practices among married and unmarried women in China from 1982 to 2010. *Eur J Contracept Reprod Heal Care*. 2013;18(3):148–58.
  79. Taype-Rondan A, Merino-Garcia N. Hospital admissions and deaths due to clandestine abortion in Peru: What do the numbers reveal? *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016;33(4):829–30.
  80. Mendoza W, Subiría G. Adolescent pregnancy in peru: Its current situation and implications for public policies. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2013;30(3):471–9.
  81. Renjhen P, Low WY, Tong WT. Determinants of sexual activity, awareness, and use of contraception among Malaysian college students. *Australas Med J*. 2016;9(5):78–86.
  82. De Vargas Nunes Coll C, Ewerling F, Hellwig F, De Barros AJD. Contraception in adolescence: The influence of parity and marital status on contraceptive use in 73 low- and middle-income countries. *Reprod Health*. 2019;16(1):1–12.
  83. Tiruneh FN, Chuang KY, Ntenda PAM, Chuang YC. Factors associated with contraceptive use and intention to use contraceptives among married women in Ethiopia. *Women Heal*. 2016;56(1):1–22.

## ANEXOS

### Anexo 1

#### ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR 2018

#### FICHA TÉCNICA

##### I. OBJETIVO:

Proveer información actualizada sobre la dinámica demográfica, el estado de salud de las madres y niños menores de cinco años, así como brindar información sobre el estado y factores asociados a las enfermedades no transmisibles y transmisibles, así como el acceso a servicios de diagnóstico y tratamiento, información que permita estimar los indicadores identificados en los Programas Presupuestales, en el marco de la estrategia Nacional de Presupuesto por Resultado (PpR) que permita el seguimiento, evaluación y formulación de los programas de población y de salud familiar en el país.

### Anexo 2

REPÚBLICA DEL PERÚ  
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA  
**ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR**  
**ENDES - 2018**  
**PRIMER SEMESTRE**

CUESTIONARIO INDIVIDUAL - MUJERES DE 12 A 49 AÑOS

CONGLOMERADO	VIVIENDA	HOGAR

#### CONSENTIMIENTO

Señora (Señorita), mi nombre es \_\_\_\_\_ y estoy trabajando para el Instituto Nacional de Estadística e Informática, institución que por especial encargo del Ministerio de Salud está realizando un estudio sobre la salud de las mujeres, las niñas y los niños menores de seis años, a nivel nacional y en cada uno de los departamentos del país, con el objeto de evaluar y orientar la futura implementación de los programas de salud materno infantil, orientados a elevar las condiciones de salud de la población en el país.

Con tal motivo, me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su salud y la salud de sus hijas e hijos. La información que nos brinde es estrictamente confidencial y permanecerá en absoluta reserva.

En este momento, ¿Usted desea preguntarme algo acerca de esta investigación o estudio? ¿Puedo iniciar la entrevista ahora?

FIRMA DE LA ENTREVISTADORA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

SI, ACEPTA: 1

SI, EN OTRO MOMENTO: 2

NO, NO ACEPTA LA ENTREVISTA: 3