



1859



Universidad
Nacional
de Loja

Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Carrera de Medicina Humana

**Conocimiento de métodos anticonceptivos en
adolescentes embarazadas de la Parroquia Santiago de
Loja**

**Trabajo de Titulación previo a la
obtención de título de Médico General**

AUTORA:

Jhulissa Anabel Ordoñez Ramón

DIRECTORA:

Dra. Karina Yesenia Calva Jiron, Esp

LOJA-ECUADOR

AÑO 2022

Certificación

Loja, 21 de Octubre del 2022

Dra. Karina Yesenia Calva Jirón, Esp.

DIRECTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Certifico:

Que he revisado y orientado todo proceso de elaboración del trabajo de titulación del grado titulado: **Conocimientos de métodos anticonceptivos en adolescentes embarazadas de la Parroquia Santiago de Loja**, de autoría de la estudiante **Jhulissa Anabel Ordoñez Ramon**, previa a la obtención del título de Médico General, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja, para el efecto, autorizo la presentación para la respectiva sustentación y defensa.



Firmado electrónicamente por:

**KARINA
YESENIA**

Dra. Karina Yesenia Calva Jiron, Esp.

DIRECTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Autoría

Yo, **Jhulissa Anabel Ordoñez Ramon**, declaro ser autora del presente trabajo de titulación, y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido del mismo.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi trabajo de titulación en el Repositorio Digital Institucional- Biblioteca Virtual.

Firma:

Cédula de identidad: 1755895693

Fecha: a los veintitres días del mes de noviembre de dos mil veintidós

Correo electrónico: jhulissa.ordonez@unl.edu.ec

Teléfono: +593 958788841

Carta de autorización

Yo, **Jhulissa Anabel Ordoñez Ramon**, declaro ser autora del trabajo de titulación titulado Conocimientos de métodos anticonceptivos en adolescentes embarazadas de la Parroquia Santiago de Loja, como requisito para optar el título de Médico General autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de su visibilidad del contenido de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Institucional, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del trabajo de titulación que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los veintitres días del mes de Noviembre de dos mil veintidos.

Firma: _____

Autora: Jhulissa Anabel Ordoñez Ramon

Cédula de identidad: 1755895693

Dirección: Av. Rio marañon y rio yanayacu

Correo electrónico: jhulissa.ordonez@unl.edu.ec

Teléfono: +593 958788841

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Directora de trabajo de titulación: Dra. Karina Yesenia Calva Jirón, Esp.

Tribunal de grado:

Presidente: Dr. Cesar Edinson Palacios Soto

Vocal 1: Dra. Maria Susana González García

Vocal 2: Dra. Ximena Patricia Carrión Ruilova

Dedicatoria

El presente trabajo de titulación va dirigida primeramente a Dios, por guiarme el camino y permitirme haber llegado hasta este momento de mi carrera profesional

A mis padres quienes me dieron la vida, por ser el pilar más importante ya que siempre me han demostrado su cariño, su sacrificio y su apoyo incondicional. A mis hermanas por siempre estar presente, acompañandome y darme apoyo moral y fuerzas para continuar en este proceso para obtener uno de mis anhelos más deseados.

Finalmente a mis compañeros de estudio, a mis maestros y amigos, quienes sin su ayuda nunca hubiera podido hacer este trabajo de titulación.

Jhulissa Anabel Ordoñez Ramon

Agradecimiento

Le agradezco a Dios por haberme acompañado, guiado a lo largo de la maravillosa carrera de Medicina y por brindarme una vida llena de aprendizajes y felicidad.

Mis más sinceros agradecimientos a las autoridades que conforman la Universidad Nacional de Loja , a la Facultad de la Salud Humana y a la Carrera de Medicina Humana.

Les doy las gracias a mis padres Manrique Ordoñez y Teresa Ramon por apoyarme en todo momento, por su fortaleza, virtudes y valores inculcados en mí, brindandome los recursos necesarios para el desarrollo profesional, son un ejemplo de vida y admiración. A mis hermanas Domenica Ordoñez y Andrea Ordoñez por ser mi fortaleza en momentos de debilidad y mi apoyo incondicional a lo largo de esta travesía. A mis compañeros que compartí durante toda la carrera les agradezco por su sincera amistad y culminar juntos en esta dura carrera.

Jhulissa Anabel Ordoñez Ramon

Indice de Contenido

Certificación.....	ii
Autoría.....	iii
Carta de autorización.....	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento.....	vi
Indice de Contenido	vii
1. Titulo:.....	1
2. Resumen.....	2
2.1. Abstract.....	3
3. Introducción	4
4. Marco Teórico	7
4.1. Adolescencia.....	7
4.1.1. Definición.	7
4.1.2. Etapas de la adolescencia.....	7
4.1.2.1. Adolescencia inicial.	7
4.1.2.2. Adolescencia media.	8
4.1.2.3. Adolescencia tardía.	8
4.2. Embarazo adolescente.....	8
4.2.1. Definición.	8
4.2.2. Factores de riesgo	9
4.2.2.1. Factores de riesgo individuales.....	9
4.2.2.2. Factores de riesgo familiares.	9
4.2.2.3. Factores de riesgo sociales.	9
4.2.3. Causas del embarazo adolescente.	9
4.2.4. Riesgo de embarazo adolescente.	10
4.2.5. Consecuencias del embarazo adolescente.....	10
4.2.5.1. Consecuencias en la madre.....	10

4.2.5.2. Consecuencias en el hijo.....	11
4.2.6. Actitudes de la adolescencia frente a la maternidad.	12
4.3 Métodos anticonceptivos.....	12
4.3.1 Métodos naturales	12
4.3.1.1 Calendario de Ogino-knaus.....	12
4.3.1.2 Método de Billings.....	12
4.3.1.3. Método de la temperatura basal.....	13
4.3.1.4. Coitus interruptus.....	13
4.3.1.5. Lactancia.....	14
4.3.1.6. Abstinencia.....	14
4.3.2. Métodos de barrera	14
4.3.2.1. Preservativo masculino.....	14
4.3.2.2. Preservativo femenino.....	15
4.3.2.3. Espermicidas vaginales.....	15
4.3.2.4. Diafragma.....	16
4.3.2.4.1. Ventajas.....	16
4.3.2.4.2. Desventajas.....	16
4.3.2.5. Esponja anticonceptiva.....	17
4.3.3. Métodos hormonales	17
4.3.3.1. Clasificación	17
4.3.3.1.1. Anticonceptivos hormonales combinados.....	17
4.3.3.1.2. Anticonceptivos con progestagenos solos	21
4.3.3.1.2.1. Tipos de antinceptivos con progestágenos solos	21
4.3.3.2. Efectos beneficiosos de anticonceptivos hormonales.....	22
4.3.3.3. Efectos adversos.....	23
4.3.3.4. Contraindicaciones.....	25
4.3.3.4.1. Contraindicaciones absolutas.....	25
4.3.3.4.2. Contraindicaciones relativas con requerimiento de juicio clínico y consentimiento informado.....	25
4.3.4. Métodos mecánicos.....	26
4.3.4.1. Tipos de métodos anticonceptivos mecánicos.....	26
4.3.4.1.1. T380A de cobre.....	26
4.3.4.1.2. T de levonorgestrel.....	26

4.3.5. Métodos quirúrgicos.....	27
4.3.5.1. Ligadura de trompas uterinas.....	27
4.3.5.2. Vasectomía o esterilidad masculina.	28
5. Metodología.....	30
5.1. Enfoque	30
5.2. Unidad de estudio.....	30
5.3. Período.....	30
5.4. Universo y Muestra	30
5.5. Criterios de inclusión:	30
5.6. Criterios de exclusión:	30
5.7. Técnicas	30
5.8. Instrumentos	30
5.8.1. Consentimiento informado.	30
5.8.2. Encuesta sobre conocimientos de métodos anticonceptivos.	31
5.9. Procedimiento	31
5.10. Equipo y Materiales	32
5.10.1. Recursos humanos.....	32
5.10.2. Recursos Materiales.	32
6. Resultados	33
6.1. Resultado para el primer objetivo:.....	33
6.2. Resultado para el segundo objetivo:.....	34
6.3. Resultado para el tercer objetivo:.....	35
7. Discusión	36
8. Conclusiones	38
9. Recomendaciones	39
10. Bibliografía	40
11. Anexos	43

Indice de tablas

Tabla 1. Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de la Parroquia Santiago en el periodo 2020-2021.....	33
Tabla 2. Prevalencia de embarazos adolescente en la Parroquia Santiago en el periodo 2020-2021.	34
Tabla 3. Relación el conocimiento de métodos anticonceptivos y embarazo adolescente en la Parroquia Santiago en el periodo 2020-2021.....	35
Tabla 4. Chi cuadrado: Relación el conocimiento de métodos anticonceptivos y embarazo adolescente en la Parroquia Santiago en el periodo 2020-2021.....	35

Índice de anexos

Anexo 1. Aprobación y Pertinencia del Tema	43
Anexo 2. Asignación del Director de trabajo de titulación	44
Anexo 3. Autorización para Recolección de Datos.....	45
Anexo 4. Certificación de Traducción	46
Anexo 5. Consentimiento Informado de la Organización Mundial de la Salud (OMS)	47
Anexo 6. Encuesta sobre conocimiento de métodos anticonceptivos	51
Anexo 7. Certificado de tribunal de grado	55

1. Título:
Conocimiento de métodos anticonceptivos en adolescentes embarazadas de la Parroquia
Santiago de Loja

2. Resumen

El embarazo adolescente constituye un problema de salud que se encuentra influenciada por una serie de factores como el desconocimiento de métodos anticonceptivos, que pueden llevar a varias consecuencias durante esta etapa. La finalidad de la presente investigación tiene como objetivo general determinar el conocimiento de métodos anticonceptivos en adolescentes embarazadas de la Parroquia Santiago y como objetivos específicos establecer el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos, conocer la prevalencia de embarazo adolescente y relacionar el conocimiento de métodos anticonceptivos y embarazo adolescente de la Parroquia Santiago de Loja, el estudio corresponde a una investigación de campo, de tipo descriptivo de enfoque cuantitativo, correlacional, prospectivo y de tipo observacional, se contó con una muestra de 139 adolescentes, de las cuales 18 fueron embarazadas, cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión; a las cuales se les aplicó una encuesta sobre conocimientos de métodos anticonceptivos, que permitió valorar el nivel de conocimiento en las adolescentes, evidenciándose un nivel de conocimiento bajo en un 56,12% $n=78$, de igual manera con la encuesta antes mencionada se conoció la prevalencia de embarazo adolescente con un 12,95% $n=18$ y no embarazadas con un 87,05% $n=121$ en esta población respectivamente. Se evidenció que no existe significancia estadística entre las variables al tener un valor de $p < 5,991$, demostrando que el conocimiento de métodos anticonceptivos no se relaciona con el embarazo adolescente en esta población de estudio. Lo que nos indica que pueden existir otros factores que desencadenan este problema.

Palabras clave: *planificación familiar, jóvenes, gestación.*

2.1. Abstract

Teenage pregnancy is a health problem that is influenced by a series of factors such as the lack of knowledge about contraceptive methods, which can lead to several consequences during this period. The purpose of the present investigation has as general objective to determine the knowledge of contraceptive methods in pregnant adolescents of the Santiago Parish and as specific objectives to establish the level of knowledge of contraceptive methods, to know the prevalence of adolescent pregnancy and to relate the knowledge of contraceptive methods and adolescent pregnancy of the Santiago de Loja Parish, the study corresponds to a field investigation, descriptive, quantitative, correlational, prospective and observational type, there was a sample of 139 adolescents who met the inclusion and exclusion criteria; to whom a survey about the knowledge of contraceptive methods was applied, which allowed assessing the level of knowledge in adolescents, showing a low level of knowledge in 56.12% $n = 78$, in the same way with the aforementioned survey knew the prevalence of adolescent pregnancy with 12.95% $n=18$ and non-pregnant women with 87.05% $n=121$ in this population, respectively. It was evidenced that there is no statistical significance between the variables having a value of $p < 5.991$, demonstrating that knowledge of contraceptive methods is not related to adolescent pregnancy in this study population. This indicates that there may be other factors that trigger this problem.

Keywords: *family planning, young people, gestation.*

3. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Es decir es un periodo de transición entre la niñez y la adultez, que incluye varios cambios biológicos, tanto en el cuerpo como en la forma en la que un adolescente se relaciona con el mundo en general. (Organización Mundial de la Salud [OMS],2020).

El embarazo adolescente se ha considerado un problema de salud ya que responde a una causalidad muy variada y compleja, difícil de manejar y cambiar. Algunos factores que intervienen en el embarazo adolescente son: el inicio precoz de las relaciones sexuales, la información insuficiente sobre sexualidad, el desconocimiento de métodos anticonceptivos y uso inadecuado o el no uso de métodos anticonceptivos, se encuentran entre los más importantes. (Moccia & Medina, 2018).

En la adolescencia se va a producir un proceso de reestructuración, de cambios endocrinos y morfológicos, como son, la aparición de los caracteres sexuales secundarios, la transformación y crecimiento de los genitales, la aparición de la menarquía en la niña y la eyaculación en el varón; además, surgen nuevas formas de relación con los adultos, nuevos intereses, actividades de estudio, cambios en la conducta y en la actitud ante la vida. (Soto et al, 2017).

Cada vez aumenta más el número de embarazos en esta etapa de la vida, tanto en países desarrollados como subdesarrollados. A nivel mundial, cada año dan a luz unos 17 millones de muchachas menores de 19 años. Un 15,6% de nacidos vivos vienen de madres menores de 19 años de edad. El inicio precoz de las relaciones sexuales, la información insuficiente, el desconocimiento de los métodos anticonceptivos, el bajo nivel socioeconómico y el ser hija de madre adolescente les predisponen a repetir el modelo de embarazo adolescente. (Pérez & Sánchez, 2020).

En América Latina y el Caribe, se producen 62 nacimientos por cada 1.000 niñas adolescentes entre 15 y 19 años, lo que sitúa a la región como la segunda del mundo en producir embarazo adolescente. Por lo que la tasa de fecundidad es una de las más altas del mundo, solamente es superada por los países de África subsahariana. En decir, poseen una tasa de maternidad en adolescentes que está por encima del 12%, dato que tiende a ser más expresivo en el grupo de

adolescentes de menores ingresos y menor nivel educativo (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2020).

En Argentina, la maternidad adolescente presenta una tasa alta en relación con la tasa general de fecundidad, al punto de que el 14% de los niños que nacen en este país tiene una madre menor de 19 años, mientras que la población adolescente constituye el 30,6% de la población total. De esta última, el 49,9% son mujeres (Dubois, 2016).

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) (2018), 148 adolescentes de 15 a 19 años dieron a luz cada día, durante un año. Por lo que se registran unos 26 000 partos en menores de edad cada año en Ecuador. Esta alarmante cifra pone al país entre las naciones con la más alta tasa de embarazos prematuros de Latinoamérica.

Por lo tanto, las adolescentes (10-19 años, según la OMS) constituyen un campo de estudio de gran importancia, porque se hallan en la edad en que se inicia la vida sexual activa. Además, debido al cambio radical y definitivo en los conceptos de vida, familia y sociedad, la adolescencia es una época de transición en todos los aspectos: social, psicológico, físico y sexual. Por otra parte, aunque esta se considera una etapa de la vida de plena salud, durante este periodo puede existir una morbilidad excesiva. (Organización Mundial de la Salud [OMS],2019).

El embarazo debe ser un aspecto prioritario en la atención de las adolescentes porque tendrá fuertes repercusiones sanitarias tanto en la madre como en el niño. Por lo tanto, esta investigación está enmarcado dentro de la segunda línea de investigación en la Carrera de Medicina de la Facultad de Salud Humana denominada: Salud y enfermedad del niño y adolescente de la región sur del Ecuador que engloba la problemática embarazo en adolescentes. El presente estudio tiene como objetivo principal: Determinar el conocimiento de métodos anticonceptivos en adolescentes embarazadas de la Parroquia Santiago y como objetivos específicos: establecer el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en adolescentes, conocer la prevalencia de embarazos adolescente en la Parroquia Santiago, relacionar el conocimiento de métodos anticonceptivos y embarazo adolescente en la Parroquia Santiago

Considerando lo anteriormente mencionado y la necesidad de esta investigación, se plantea la siguiente interrogante: ¿Existe conocimiento de métodos anticonceptivos en adolescentes embarazadas de la Parroquia Santiago de Loja?

4. Marco Teórico

4.1. Adolescencia

4.1.1. Definición. Se define a la adolescencia como “El periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia” (Organización Mundial de la Salud [OMS],2020).

Según Güemes et al. (2017) “La adolescencia se sitúa aproximadamente en la segunda década de la vida. Es la etapa que transcurre entre la infancia y la edad adulta y tiene la misma importancia que ellas, presentando unas características y necesidades propias”. A lo largo de la historia, diversos autores han tratado de definirlo por lo cual han denominado a la adolescencia como: “tormenta hormonal, emocional y de estrés”, ya que, en la pubertad hacen eclosión las hormonas gonadales, que originan cambios físicos y en la esfera emocional y psicosexual. En los últimos años, ha pasado de considerarse como un periodo temido a verse como una etapa de especiales oportunidades para el desarrollo evolutivo, entre las que se encuentra el establecimiento de una autonomía positiva (Güemes et al, 2017).

4.1.2. Etapas de la adolescencia. Cada adolescente responde a las situaciones de la vida de una forma personal y única, influido por los diferentes factores de riesgo y protección (resiliencia) presentes en su vida.

No se ha desarrollado todavía ningún esquema de desarrollo que sea capaz de describir adecuadamente a cada una de las etapas por la cuales atraviesa el adolescente, debido a que éstos no forman un grupo homogéneo ya que la adolescencia no es un proceso continuo, sincrónico y uniforme. Los distintos aspectos biológicos, intelectuales, emocionales o sociales pueden no llevar el mismo ritmo madurativo y ocurrir retrocesos o estancamientos, sobre todo en momentos de estrés. (Güemes et al., 2017).

Podemos esquematizar la adolescencia en tres etapas que se solapan entre sí:

4.1.2.1. Adolescencia inicial. Abarca aproximadamente desde los 10 a los 13 años, y se caracteriza fundamentalmente por los cambios puberales. Durante esta etapa, los niños suelen

comenzar a crecer más rápido. También empiezan a notar otros cambios corporales, entre los que se incluyen el crecimiento de vello en las axilas y en la zona genital, el desarrollo de los senos en las mujeres y el aumento del tamaño de los testículos en los varones (Allen y Waterman, 2019).

4.1.2.2. Adolescencia media. Comprende de los 14 a los 17 años y se caracteriza, sobre todo, por conflictos familiares, debido a la relevancia que adquiere el grupo; es en esta época, cuando pueden iniciarse con más probabilidad las conductas de riesgo. Los cambios físicos que comenzaron en la pubertad continúan durante la adolescencia media, la mayoría de los varones comienzan su "crecimiento repentino" y continúan los cambios relacionados con la pubertad. Es probable que los cambios físicos estén casi completos en las mujeres y la mayoría de las niñas ya tenga menstruaciones regulares. A esta edad, a muchos adolescentes les surge el interés en las relaciones románticas y sexuales. Probablemente se cuestionen su identidad sexual y la exploren, lo que podría resultar estresante si no tienen el apoyo de sus padres, de la familia o de la comunidad (Allen y Waterman, 2019).

4.1.2.3. Adolescencia tardía. Abarca desde los 18 hasta los 21 años y se caracteriza por la reaceptación de los valores paternos y por la asunción de tareas y responsabilidades propias de la madurez. Los jóvenes en la adolescencia tardía por lo general ya completaron el desarrollo físico y alcanzaron la altura definitiva que tendrán como adultos. Los adolescentes que se convierten en adultos jóvenes tienen ahora un sentido más firme de su propia individualidad y pueden identificar sus propios valores. Se centran más en el futuro y basan sus decisiones en sus ilusiones e ideales. Las amistades y las relaciones románticas se tornan más estables (Allen y Waterman, 2019).

4.2. Embarazo adolescente

4.2.1. Definición. El embarazo adolescente es aquella condición de gestación que ocurre en la edad de la adolescencia, que comprende mujeres de 10 hasta 19 años de edad, independiente de la edad ginecológica. Es una condición que mundialmente se encuentra en aumento principalmente en edades más precoces, debido a que cada vez con más frecuencia, la proporción de adolescentes sexualmente activas es mayor, dado fundamentalmente por el inicio precoz de la actividad sexual. Se ha convertido en un problema de salud pública importante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos, aunque se

presenta en todos los estratos económicos de la sociedad (Organización Mundial de la Salud [OMS],2020).

4.2.2. Factores de riesgo

4.2.2.1. Factores de riesgo individuales. Entre algunos se destacan el inicio precoz de las relaciones sexuales, temprana maduración sexual, bajo nivel académico, inadecuada educación sexual, el no uso de métodos anticonceptivos, desocupación, y la poca habilidad de planificación familiar. Una adelantada maduración sexual de las adolescentes las lleva a la búsqueda de relaciones sexuales tempranas, con inicio de su vida sexual activa, que desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva las expone a disímiles problemas que, en lo general están dados por una inadecuada educación sexual (Favier et al., 2018).

4.2.2.2. Factores de riesgo familiares. Una gran cantidad de adolescentes que conviven solo con la madre puede llevar a varias consecuencias generando mayor carga laboral y económica a la madre. La ausencia de una familia funcional en el seno del desarrollo del adolescente genera una carencia afectiva que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor (Favier et al., 2018).

4.2.2.3. Factores de riesgo sociales. Cómo el estrés, delincuencia, alcoholismo, mitos y tabúes sobre sexualidad y predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales. Generalmente las adolescentes se comunican mal, y en la familia tienen un nivel educativo bajo sobre educación sexual, que no le permita una correcta y adecuada toma de decisiones, para poder decir no al coito prematuro, y donde los factores sociales también juegan un papel primordial (Favier et al., 2018).

4.2.3. Causas del embarazo adolescente. Dos de las principales causas están directamente relacionadas con el nivel de vida y la pobreza de los habitantes de un país, son:

- Relaciones sexuales sin el uso de métodos anticonceptivos, o un uso erróneo o equivocado de los mismos (Serrano, 2018).
- El matrimonio adolescente y el rol tradicional que algunas sociedades todavía asignan a las mujeres (Serrano, 2018).

Entre otras causas para las niñas de quedar embarazada incluye:

- Tempranos contactos sexuales
- Uso temprano del alcohol, tabaco y las drogas, deserción escolar, carencia de grupo de apoyo o pocos amigos
- Carencia de interés en la escuela, familia, o actividades comunitarias
- Percibir pocas oportunidades de éxito
- Vivir en comunidades y/o escuelas donde los embarazos adolescentes son comunes
- Crecer en condiciones de pobreza
- Haber sido víctima de abusos sexual, o ser hijas de madres adolescentes.

4.2.4. Riesgo de embarazo adolescente. Como en esta etapa aún se encuentran en desarrollo, el embarazo a esa edad trae consigo muchas complicaciones de salud, siendo la sexta causa de muerte entre mujeres de 15 a 24 años. Esta población es más vulnerable a sufrir enfermedades y complicaciones como:

- Preeclampsia
- Hemorragias Obstétricas
- Muerte materna
- Mortalidad perinatal
- Parto prematuro
- Bebes con bajo peso

Pero los problemas de salud no son lo único, también hay complicaciones psicosociales como rezago educativo, desigualdad en el acceso de oportunidades y desarrollo, dificultades para encontrar un empleo y necesidad de apoyo gubernamentales (Carrasco, 2019)

4.2.5. Consecuencias del embarazo adolescente.

4.2.5.1. Consecuencias en la madre. Se destacan las hemorragias, el trabajo de parto prolongado, infección urinaria, bacteriuria asintomática, deserción escolar, afecciones placentarias, escasa ganancia de peso, con malnutrición materna asociada, parto prematuro, rotura prematura de las membranas ovulares, la incorporación temprana a la vida laboral, desajuste en la integración psicosocial, la escasa preparación para desarrollar una relación satisfactoria con los hijos, parto pre término, muerte materna, enfermedad hipertensiva, anemia, la incorporación temprana a la vida

laboral, desajuste en la integración psicosocial, así como la escasa preparación para desarrollar una relación satisfactoria con los hijos, así como el aborto inducido (Favier et al., 2018).

En el período del parto los problemas más frecuentes son las alteraciones en la presentación y en la posición del feto, que se relacionan con un desarrollo incompleto de la pelvis materna; lo que determina una incapacidad del canal del parto para permitir el paso del feto; estas distocias provocan aumento de los partos operatorios (Favier et al., 2018).

4.2.5.2. Consecuencias en el hijo. Existen consecuencias tan fisiológicas como psicológicas y sociales como:

Fisiológicas:

- Bajo peso al nacer
- Prematuridad
- Mayor incidencia de muerte súbita
- Traumatismo e intoxicaciones accidentales
- Infecciones agudas menores
- La tasa de mortalidad en lactantes es el doble en lactantes de madres adolescentes menores de 17 años.
- Desnutrición (Ludwing, 2017).

Psicológicas y sociales:

- Mayores problemas de conducta en edad escolar.
- Obtienen más bajos puntajes en pruebas intelectuales
- Repitencia escolar
- Maltrato y abandono por parte de la madre
- Mayor frecuencia por uso de drogas
- Mayor tasa de embarazo en la adolescencia (Ludwing, 2017)

4.2.6. Actitudes de la adolescencia frente a la maternidad. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente. Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre. (Pilco, 2018)

En la adolescencia temprana, se exacerban los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. En la adolescencia media, temen los dolores del parto pero también temen por la salud del hijo, adoptando actitudes de autocuidado hacia su salud y la de su hijo. Si el padre del bebé la abandona, es frecuente que inmediatamente constituya otra pareja aún durante el embarazo. En la adolescencia tardía, luego de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando, muchas de ellas, el papel de madre joven (Pilco, 2018).

4.3 Métodos anticonceptivos

4.3.1 Métodos naturales

4.3.1.1 Calendario de Ogino-knaus. Conocido como el método del ritmo o el método del calendario, el método Ogino-Knaus es un método natural de control de natalidad. Consiste en controlar los ciclos menstruales durante un año para calcular las fechas de ovulación (Berek y Novak, 2020).

La ovulación suele ocurrir entre los días 14 y 16 del ciclo en mujeres regulares y/o unos 12 días antes de la regla en las irregulares. Se calcula que el óvulo es fecundable desde ese día hasta 72 horas después (tres días). Y por ello, este método se basa en la identificación del día del ciclo en el que ovula la mujer, mejorando el autoconocimiento y la comprensión de los ritmos biológicos para regular o evitar el embarazo. Para calcular el primer día fértil se resta el ciclo más corto menos 19 y para calcular el último día fértil se resta el ciclo más largo menos 11 (Berek y Novak, 2020).

4.3.1.2 Método de Billings. El método del moco cervical también se denomina “método de la ovulación” o “método Billings” se basa en la observación del moco cervical intentando predecir período fecundo. Bajo influencia de:

- Estrógenos: moco aumenta en cantidad, más viscoso y elástico hasta que alcanza el día de la ovulación.
- Progesterona: el moco se vuelve más escaso y seco
- Relaciones sexuales en días secos
- Estos métodos anticonceptivos no protegen de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA (Berek y Novak, 2020).

Es decir después de terminar los días de menstruación comienza un periodo seco que dura entre 2 y 3 días. Posteriormente aparece un moco inicialmente blancuzco, turbio y pegajoso, que se hace cada vez más claro, transparente y elástico (al estirarse entre los dedos parece un hilo). El último día del moco con este aspecto se llama el día del ápice del moco. Esto significa que la ovulación ya ocurrió, o está ocurriendo dentro de más o menos 24 horas. En el cuarto día, después del día del ápice, comienza el periodo infértil que dura hasta la menstruación siguiente. Desde el día en que aparece el moco hasta el cuarto día después del ápice, la mujer no deberá tener relaciones sexuales con coito vaginal, porque ese es su periodo fértil (Lemus, J, 2017).

4.3.1.3. Método de la temperatura basal. El método de la temperatura corporal basal, un método basado en la conciencia de la fertilidad, es un modo de planificación familiar natural. La temperatura corporal basal es la temperatura que tienes cuando estás completamente en reposo. La ovulación puede provocar un pequeño incremento en la temperatura corporal basal.

La mujer toma su temperatura todas las mañanas y reanuda las relaciones 3 días después del cambio de temperatura, el aumento significa que el cuerpo lúteo está produciendo progesterona. El método de la temperatura basal a menudo se combina con otro método de planificación familiar natural, como el método del moco cervical. Esta combinación, en ocasiones, se conoce como «método sintotérmico» (Betancor, 2020)

4.3.1.4. Coitus interruptus. El *coitus interruptus* es la retirada del pene de la vagina antes de la eyaculación. Este método junto con el aborto inducido y matrimonios tardíos, se cree que son responsables de la mayor parte de la disminución de la fecundidad en Europa. El *coitus interruptus* sigue siendo un método importante de control de la fecundidad en muchos países. Este método tiene ventajas evidentes: la disponibilidad inmediata sin ningún coste. El pene debe retirarse por completo tanto de la vagina como de los genitales externos. Se han producido embarazos por la eyaculación en los genitales externos femeninos sin penetración. El *coitus interruptus* reduce la

transmisión del VIH en parejas mutuamente monógamas. La eficacia estimada varía desde 4 embarazos por cada 100 mujeres durante el primer año de uso perfecto hasta 27 por cada 100 con el uso típico (Berek y Novak, 2020).

4.3.1.5. Lactancia. La lactancia puede usarse como una forma de anticoncepción, y su efectividad depende de las variables individuales. El uso de la anticoncepción durante la lactancia debe tener en cuenta las necesidades personales y la necesidad de mantener la lactancia.

La lactancia inhibe la ovulación. La succión del neonato eleva las concentraciones de prolactina y reduce la concentración de gonadolibarina (GnRh) del hipotálamo, reduciendo la liberación de lutropina (LH) por lo que inhibe la maduración folicular. Aunque la lactancia continúe, la ovulación retorna eventualmente, pero rara vez lo hace antes de los 6 meses, en especial si la mujer está amenorreica y la lactancia es completa, sin alimentos complementarios para el bebé (Berek y Novak, 2020).

Para la fiabilidad anticonceptiva máxima, los intervalos de alimentación no deben exceder las 4 h durante el día y 6 h durante la noche y la alimentación complementaria no debe superar el 5% al 10% del total de la alimentación (Berek y Novak, 2020).

4.3.1.6. Abstinencia. La abstinencia sexual es el único tipo de anticoncepción que siempre impide el embarazo. Practicar la abstinencia sexual asegura que una chica no se quede embarazada porque no se existe ninguna posibilidad de que el espermatozoides fecunde un óvulo. La abstinencia sexual protege de las ETS causadas por el sexo vaginal. Pero las ETS también se transmiten a través del sexo oral-genital, el sexo anal y hasta el contacto íntimo piel con piel no asociado a penetración (por ejemplo, las verrugas genitales y el herpes se pueden transmitir de esta forma) (Hirsch, 2019).

La abstinencia sexual completa es la única forma de garantizar la protección contra las ETS. Esto significa evitar todos los tipos de contacto genital íntimo. Una persona que practica la abstinencia sexual completa y constante no tiene ningún tipo de contacto sexual íntimo, incluyendo el sexo oral. Por lo tanto, su riesgo de contraer una ETS es nulo (Hirsch, 2019).

4.3.2. Métodos de barrera

4.3.2.1. Preservativo masculino. El condón masculino ofrece protección del embarazo e infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA. El condón está fabricado en látex. Se coloca sobre el pene erecto. El condón masculino se puede usar para las relaciones vaginales o

anales y para el sexo oral. Funciona proporcionando una barrera entre el pene y la vagina para que los espermatozoides no entren en contacto con el óvulo y de esta manera evitar el embarazo. También ayuda a evitar las infecciones de transmisión sexual (Coccio,2020).

Los preservativos modernos están hechos normalmente de goma de látex, aunque todavía se venden algunos confeccionados con intestino animal, que son preferidos por algunos que creen que proporciona una mejor sensación. Están disponibles nuevos condones fabricados con materiales diferentes capaces de transmitir calor corporal. Aunque estos condones pueden romperse con facilidad que las variedades de látex. El condón masculino es el único método anticonceptivo para el hombre que es efectivo y reversible. Es del 85% al 98% efectivo. El riesgo de rotura del preservativo es de un 3% y se relaciona con la fricción (Berek y Novak, 2020).

4.3.2.2. Preservativo femenino. El preservativo femenino original introducido en 1992 era un saco vaginal de poliuretano unido a un aro que cubría parcialmente la vulva. El FC2 aprobado hace poco por la FDA, es una versión mejorada de látex sintético suave que no requiere el ensamblaje manual durante su fabricación y por tanto es menos costoso. La rotura se produce con menos frecuencia que con el preservativo masculino; aunque el deslizamiento parece ser más común, sobre todo en inexpertos. La exposición al líquido seminal es ligeramente mayor que con el preservativo masculino (Berek y Novak, 2020).

El condón femenino ayuda a proteger a la pareja de un embarazo, y de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA. Es el único dispositivo controlado por la mujer que ofrece esta protección. El condón femenino es de plástico delgado en forma de tubo, es flexible y se usa adentro de la vagina. Un anillo suave al fondo del tubo cubre el cuello uterino y lo mantiene dentro de la vagina durante toda la relación sexual. Otro anillo en la otra punta permanece fuera de la vagina y cubre un poco el área de los labios. El condón femenino forma una barrera entre el pene y la vagina para evitar que se pongan en contacto espermatozoides, sangre, o saliva. Esto ayuda a asegurar que no pasen enfermedades de transmisión sexual y que no ocurra el embarazo. Los condones femeninos tienen una eficacia de 79% a 95% (Coccio, 2020).

4.3.2.3. Espermicidas vaginales. Los espermicidas vaginales actualmente disponibles combinan un químico espermicida, ya sea *nonoxinol 9* (N-9) y *octoxinol*, con una base de crema, jalea, espuma en aerosol, pastilla de espuma, película, supositorio o esponja de poliuretano. El *nonoxinol 9* es un detergente de superficie no iónica que inmoviliza a los espermatozoides. Las

espermicidas que contienen sólo nonoxinol 9 parecen ser considerablemente menos efectivos para prevenir el embarazo que los preservativos o diafragmas. Las mujeres que usan espermicidad con frecuencia tienen mayores índices de lesiones genitales que aquellas que no usan espermicidas. Estas lesiones pueden aumentar su riesgo de padecer ETS y VIH (Berek y Novak, 2020).

El nonoxinol 9 es tóxico para los bacilos que normalmente colonizan la vagina. Las mujeres que usan espermicidas con regularidad tienen una mayor colonización vaginal con la bacteria *Escherichia coli*, y puede tener predisposición a una bacteriuria por *E. coli* después de las relaciones sexuales (Berek y Novak, 2020).

Son más efectivos cuando se usan consistentemente y correctamente con un método de barrera para control de la natalidad. Los espermicidas tienen una efectividad del 71 al 82% como método anticonceptivo. Si se usan solos, los espermicidas no protegen contra el VIH/SIDA (Coccio, 2020).

4.3.2.4. Diafragma. El diafragma consiste en un resorte circular cubierto de una fina goma de látex. Existen varios tipos de diafragmas según el borde del anillo; en espiral, plano o arqueado. Los diafragmas en espiral y planos se convierten en un óvalo aplanado cuando se comprimen para insertarlos. Los diafragmas arqueados forman un arco o una media luna al ser comprimidos y son más fáciles de insertar. El médico debe ajustar el diafragma para la paciente e instruírla en su inserción y verificar mediante la exploración, que puede colocárselo correctamente ella misma cubriendo el cuello uterino y la porción vaginal superior (Berek y Novak, 2020).

4.3.2.4.1. Ventajas.

- No afecta la fecundidad futura de la mujer ni la del hombre.
- Se usa solamente en el momento del coito.
- Es seguro de usar mientras se está amamantando.
- Es menos costoso que los métodos anticonceptivos hormonales.
- Pueden usarlo las mujeres que fuman y las mujeres que tienen problemas de salud para quienes el uso de estrógeno podría ser peligroso (Marshall et al., 2020).

4.3.2.4.2. Desventajas.

- Las mujeres que alguna vez han tenido síndrome de choque tóxico no deberían usar el diafragma.
- Las mujeres que usan diafragmas pueden tener más infecciones de la vejiga (infecciones urinarias o UTI, por sus siglas en inglés). Esto es probablemente porque el borde del

diafragma presiona sobre la uretra y puede irritarla. Es posible que una mujer que tiene UTI con frecuencia necesite un diafragma más pequeño o tal vez prefiera no usar el diafragma.

- A algunas personas les avergüenza usar este método o creen que el método interrumpe la estimulación erótica o el coito.
- Una pareja debería sentirse cómoda con el uso del diafragma y estar preparada para usarlo cada vez que tienen relaciones sexuales.
- Si una de las partes de la pareja es alérgica al látex, el diafragma no puede usarse (Marshall et al., 2020).

4.3.2.5. Esponja anticonceptiva. La esponja anticonceptiva es una pequeña esponja espumosa con forma de rosquilla que contiene un espermicida llamado Nonoxinol-9. La esponja anticonceptiva es un método de barrera vaginal que previene el embarazo al evitar que los espermatozoides fertilicen un óvulo que los ovarios producen cada mes. La esponja no lo protege de las ETS. Para disminuir el riesgo de contraer una ETS, siempre debe usarse un condón. Las mujeres alérgicas al nonoxinol-9 no deben usar ningún método de barrera vaginal que contenga este espermicida (Emans et al., 2020).

Después de que la esponja anticonceptiva se coloca en la vagina, previene el embarazo liberando un espermicida llamado Nonoxynol-9. Este espermicida funciona matando o paralizando los espermatozoides (no pueden moverse) que ingresan a la vagina. Un “hoyuelo” en un lado de la esponja encaja sobre el cuello uterino para formar una pared para los espermatozoides, evitando que los espermatozoides lleguen al óvulo. El hoyuelo también reduce las posibilidades de que la esponja se mueva fuera de lugar durante las relaciones sexuales. El otro lado de la esponja tiene un lazo para facilitar su extracción. Solo hay una esponja de un tamaño (Emans et al., 2020).

4.3.3. Métodos hormonales

4.3.3.1. Clasificación

4.3.3.1.1. Anticonceptivos hormonales combinados. Los anticonceptivos orales combinados son, después de los analgésicos, los medicamentos más prescritos y consumidos por más de 100 millones de mujeres en todo el mundo. Estos fármacos contienen un estrógeno y una progestina. Para lograr el efecto anticonceptivo y de control del ciclo menstrual se requiere el sinergismo entre ambos componentes, porque por separado no se lograría tal reacción con las dosis que hoy se dispone (Vázquez y Ospino, 2020).

Para la mayoría de los anticonceptivos orales combinados, una píldora activa (estrógeno más progestágeno) se toma diariamente durante 21 a 24 días. Luego se toma una píldora inactiva (placebo) diariamente durante 4 a 7 días para permitir la hemorragia por privación. En algunos productos, la píldora de placebo contiene hierro y folato (ácido fólico); en otros, esta píldora no es verdaderamente inactiva, pero contiene 10 mcg de etinil estradiol. Los anticonceptivos orales combinados también están disponibles como productos de ciclo extendido (con 84 píldoras activas, una para cada día, seguidas de 7 días de píldoras placebo) o como productos de uso continuo (píldoras activas todos los días, sin píldoras placebo) (Vázquez y Ospino, 2020).

Tipos de anticonceptivos hormonales combinados. Los anticonceptivos orales combinados se clasifican de distintas maneras. Una de estas se basa en la concentración de estrógenos y progestinas, es decir, si varían o permanecen constantes durante el ciclo de administración (Vázquez y Ospino, 2020).

Esquema monofásico: todas las píldoras contienen la misma concentración de estrógeno y progestina. Se administra una píldora al día durante 21 días. Después de este periodo se propone un descanso farmacológico, conocido como “período libre de hormona” o píldoras placebo, que se administran durante 7 días (Vázquez y Ospino, 2020).

Esquema bifásico: la dosis de estrógeno es constante en todas las píldoras, pero la de progestina varía, pues en la primera mitad del tratamiento de 21 tabletas se prescribe una dosis y en la segunda mitad aumenta (Vázquez y Ospino, 2020).

Esquema trifásico: la dosis de estrógeno aumenta en la segunda mitad del ciclo de las píldoras y la dosis de progestina cambia progresivamente, por ejemplo, es baja en los primeros 7 días, aumentan en los siguientes 7 y aún más en los últimos 7 días. El objetivo de este protocolo es aproximarse a las variaciones de estrógenoprogestina que se observan durante el ciclo menstrual natural. Al igual que los preparados monofásicos, tiene un período de descanso libre de hormonas, en el que ocurre sangrado menstrual predecible (Vázquez y Ospino, 2020).

Los intervalos de descanso farmacológico, o de píldoras placebo, también varían; por tanto, existen diferentes regímenes:

- Régimen 21/7 (7 días libres de dosis)
- Régimen 24/4 (4 días libres)

- Régimen 24/2/2 (2 días de etinilestradiol y 2 días libres)
- Régimen 26/2 (2 días libres de dosis)

A continuación mencionaré brevemente cada tipo de anticonceptivo:

Anillo vaginal. El anillo vaginal es un nuevo sistema de liberación en anticoncepción hormonal combinada. Consiste en un anillo flexible, transparente hecho de evanate. La única marca comercial disponible en España es Nuvaring®. Cada anillo contiene 2.7mg de EE y 11.7mg de etonorgestrel. La membrana de evanate controla la liberación uniforme de 15mcg de etinilestradiol y 120 mcg de etonogestrel diarios durante tres semanas. El EE y etonogestrel se absorben rápidamente por la mucosa vaginal, sin embargo las concentraciones séricas máximas no se alcanzan hasta tres días después en el caso del EE y siete días para el etonogestrel, por ello usuarias que utilizan por primera vez un anticonceptivo hormonal es necesario que utilicen un método barrera adicional para asegurar la eficacia anticonceptiva. Presenta las mismas indicaciones, contraindicaciones y efectos adversos que los ACO. No se han observado alteraciones de los niveles hormonales cuando el anillo se utiliza conjuntamente con tampones, espermicidas o antifúngicos (García et al., 2018).

Parches transdérmicos. El parche transdérmico es un sistema de liberación tipo matriz, en el cual la matriz de polímeros contiene el EE y el gestágeno y la piel regula el ritmo al cual estos se absorben y pasan a la circulación sistémica. El único AH combinado de absorción transdérmica comercializados en España es: Evra®. Cada parche mide 4.5cm de lado y menos de 1mm de grosor. Contiene 6mg de norelgestromina (NGMN) y 0,6mg. de EE y libera diariamente 20mcg de EE y 150mcg de NGMN. La NGMN es el principal metabolito activo del norgestimato (NGT), gestágeno de tercera generación con mínima capacidad androgénica. Estas dosis no son equivalentes a las dosis de 20mcg de EE de los ACO, debido a las diferencias entre la absorción oral y la transdérmica (García et al., 2018).

Inyectable intramuscular. Estos preparados combinan estrógenos y progestágenos en forma de inyectable. La esterificación del estradiol (enantato) aumenta la solubilidad en vehículos lipídicos por lo que se utilizan para elaborar preparados intramusculares de acción prolongada. El único AH combinado de vía intramuscular disponible en España es Topasel®. Cuya composición es 10 mg de estradiol enantato y 150 mg de algestona acetofenido en solución oleosa, que permite una liberación progresiva a partir de su incorporación al tejido graso corporal, con lo que se consigue un efecto terapéutico mensual. Vía de administración especialmente útil en caso de

dificultades para el cumplimiento de los otros anticonceptivos hormonales combinados (García et al., 2018).

Mecanismo de acción. Los anticonceptivos orales combinados tienen diversos mecanismos de acción, debido a su componente estrogénico y progestagénico. Con respecto al papel del estrógeno se sabe que: suprime la actividad de la FSH (hormona folículo estimulante), suprime la actividad de la LH (hormona luteinizante) y evita el crecimiento de los folículos y la aparición del folículo dominante. Sin embargo, el efecto más importante de estrógeno en los AOC no es el contraceptivo sino el de controlar el ciclo y el papel del progestágeno consiste en: ejerce el efecto anovulatorio predominante, inhibe el desarrollo folicular, produce atresia por acción ovárica directa, modifica el moco cervical, modifica el endometrio. Si bien es cierto, el efecto anovulatorio principal se debe a la progestina y el control del ciclo se debe al estrógeno, se requiere un sinergismo de los dos compuestos ya que con ninguno de los dos por separado se obtendría efecto anticonceptivo y control del ciclo a las dosis usadas (Calderón, 2017)

La píldora mixta o combinada, compuesta de estrógeno y gestágenos, evita la ovulación al inhibir la secreción de gonadotropinas. El progestágeno de la píldora inhibe primordialmente la secreción de la hormona luteinizante (LH), y por tanto impide la ovulación, mientras que los estrógenos inhiben la secreción de la hormona folículo estimulante (FSH) y en consecuencia impiden la aparición de un folículo dominante. Por esto, los estrógenos contribuyen significativamente a la eficacia anticonceptiva. Además, los estrógenos cumplen otros dos objetivos: proporcionan estabilidad al endometrio pues se reduce al mínimo la menstruación irregular y hemorragia intermenstrual, y la presencia es necesaria para potenciar la acción de los progestágenos, lo cual ha permitido la reducción de dosis progestágeno. El mecanismo de acción es probablemente el efecto estrogénico de aumentar la concentración de receptores progestágenos intracelulares, siendo necesaria una concentración farmacológica mínima de estrógenos para mantener la eficacia de la píldora combinada (Calderón, 2017).

Como prevalece el efecto progestágeno sobre el de los estrógenos, el endometrio, moco cervical y quizás la función tubárica reflejan la estimulación progestágena. En la píldora combinada el progestágeno da lugar a un endometrio no receptivo a la implantación del ovulo y alteran el transporte tanto del esperma como el de los ovocitos en las trompas, lecho decidualizado con glándulas exhaustas y atroficas. El moco cervical se vuelve espeso e impermeable al transporte de

espermatozoides. Es posible que las influencias del progestágeno sobre la secreción y el peristaltismo dentro de las trompas de Falopio ejerzan efectos anticonceptivos adicionales (Calderón, 2017).

4.3.3.1.2. Anticonceptivos con progestagenos solos

4.3.3.1.2.1. Tipos de antinconceptivos con progestágenos solos

Píldora con solo gestágeno. En el mundo existen píldoras comercializadas con diferente composición en cuanto al progestágeno que contienen, por ejemplo: desogestrel, levonorgestrel, noretindrona o dianogest. Las más consumidas son las píldoras con solo gestágeno con 30 µg de levonorgestrel o 75 µg desogestrel. Esta última se absorbe rápidamente y se convierte en etonogestrel; su metabolito activo confiere baja actividad androgénica y es sumamente selectivo al unirse con su receptor de la progesterona (Valdés y Castelo, 2020).

Implantes subdérmicos: Existen dos tipos de implantes subdérmicos disponibles:

Implante de etonogestrel. formado por un núcleo de acetato de vinilo-etileno, de 40 × 2 mm, que contiene 68 mg de etonogestrel. El fármaco se libera de forma continua durante tres años, periodo de validez del implante. Contiene sulfato de bario que lo hace radiopaco (Valdés y Castelo, 2020).

Implante de levonorgestrel. formado por dos tubos de silastic, de 43 × 2.4 mm, que contiene 75 mg de levonorgestrel y un polímero que se libera de forma continua durante 5 años de acción del implante (Valdés y Castelo, 2020).

Acetato de medroxiprogesterona de depósito inyectable. Existen diferentes fórmulas de progesterona inyectable de “depósito”. Las más prescritas son las inyecciones intramusculares de acetato de medroxiprogesterona 150 mg, que se administran cada tres meses. También existe la formulación de medroxiprogesterona de depósito subcutánea de dosis baja (104 mg), igualmente cada tres meses (Valdés y Castelo, 2020).

Anillo vaginal con sólo progesterona. Se encuentra disponible en algunos países, aunque solo con indicación anticonceptiva durante la lactancia. El anillo vaginal de progesterona libera 10 mg/día del fármaco. Está diseñado para uso continuo de hasta tres meses. Puede retirarse durante las relaciones sexuales como máximo dos horas. Si el anillo se retira por más tiempo, debe utilizarse un método adicional de anticoncepción los siguientes siete días (Valdés y Castelo, 2020).

Mecanismo de acción. La eficacia de los métodos hormonales (incluso los métodos combinados) depende, sobre todo, del componente gestagénico a través de diferentes mecanismos de acción:

A nivel central el progestágeno, mediante un “retrocontrol” negativo homogéneo y sostenido de la secreción de gonadotrofinas (FSH y pico LH) en el eje hipotálamo-hipofisario inhibe, en el ovario, la maduración del folículo y la ovulación. La inhibición del pico de LH y la ausencia de ovulación son los mecanismos de acción más importantes de los anticonceptivos hormonales, porque impiden la fecundación (Valdés y Castelo, 2020).

En el endometrio, el progestágeno impide la proliferación endometrial e induce una transformación secretora precoz. El endometrio es más fino e inadecuado para la implantación del blastocito. Ese grosor endometrial disminuido explica la reducción de la cantidad de sangrado menstrual en las mujeres que consumen anticonceptivos hormonales.

En las trompas, el progestágeno altera la motilidad y la secreción del epitelio tubárico, lo que dificulta el transporte y la nutrición de los espermatozoides. El progestágeno induce la transformación del moco cervical al aumentar su densidad, tornándolo escaso, espeso y desfavorable para que los espermatozoides avancen al canal cervical y lleven a cabo la capacitación (Valdés y Castelo, 2020).

4.3.3.2. Efectos beneficiosos de anticonceptivos hormonales. El primer objetivo del uso de un anticonceptivo oral combinado es el de evitar un embarazo. En ocasiones se asocia a efectos secundarios, pero cada día se conocen mejor los efectos beneficiosos no anticonceptivos del mismo (Calderón, 2017).

Existe evidencia de una buena calidad que asocia el uso con la mejoría de la dismenorrea, la disminución del sangrado menstrual y la mejoría del síndrome premenstrual. También se sabe protegen frente a la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) y el embarazo ectópico, reduce la pérdida mineral ósea y es eficaz en el tratamiento del acné leve y moderado. Además, disminuye la incidencia de cáncer de ovario y cáncer de endometrio (Calderón, 2017).

En cuanto al cáncer, respecto al cáncer endometrial el empleo de ACO otorga un efecto protector, ya que el uso durante al menos 12 meses reduce el riesgo de cáncer de endometrio en un 50%, y el mayor efecto protector se alcanza con el uso durante más de tres años. Esta

protección persiste 20 años o más después de la interrupción y es mayor en mujeres de alto riesgo: nulíparas y con pocos partos. La protección contra el cáncer de ovario es uno de los efectos más beneficiosos, dada la tardía detección y pronóstico sombrío. Este efecto protector aumenta con la duración del uso y se mantiene durante al menos 20 años después de interrupción (Calderón, 2017).

Los efectos beneficiosos no anticonceptivos de los ACO de dosis bajas pueden agruparse en dos categorías:

1. Efectos adicionales cuando la anticoncepción oral se usa específicamente por motivos anticonceptivos
2. Efectos resultantes del uso para tratar problemas y trastornos.

En la primera categoría se tiene menos: necesidad de abortos provocados, de esterilizaciones quirúrgicas, cáncer de endometrio, cáncer de ovario, cáncer colorrectal, embarazos ectópicos, salpingitis, patología mamaria benigna; ciclos menstruales más regulares: menos pérdida sanguínea, menos dismenorrea, menos anemia; aumento de la densidad ósea y posiblemente: menos artritis reumatoide, protección contra la aterosclerosis, menos fibromas, menos quistes de ovario (Calderón, 2017).

En la segunda categoría los ACO usados para tratar los siguientes problemas y trastornos otorgan beneficios incuestionables: hemorragia uterina disfuncional, dismenorrea, dolor pélvico intermenstrual, prevención de la endometriosis, acné e hirsutismo, tratamiento de la amenorrea hipotalámica, prevención de la porfiria menstrual, control de la hemorragia y posibles: quistes funcionales de ovario y síndrome premenstrual (Calderón, 2017).

4.3.3.3. Efectos adversos. Los efectos secundarios de los anticonceptivos orales combinados son comunes en los primeros tres meses de tratamiento; sin embargo, desaparecen espontáneamente y, por fortuna, son menos frecuentes, puesto que las concentraciones actuales de hormonas contienen dosis más bajas comparadas con las preparaciones antiguas. Al iniciar el tratamiento debe asesorarse a las pacientes de los efectos adversos, ya que se incrementa la posibilidad de desapego.

Cambios en el patrón de sangrado menstrual. Durante el primer mes de uso puede ocurrir sangrado inesperado en más de 30% de las pacientes. No existe suficiente evidencia acerca de las diferencias en los patrones de sangrado entre las usuarias de píldoras multifásicas y monofásicas.

La amenorrea es común cuando se prescriben anticonceptivos orales combinados que contienen menos de 20 mg de etinilestradiol y en los regímenes con periodos cortos libres de hormona o píldoras placebo (Valdés y Castelo, 2020).

Sensibilidad mamaria y náuseas. Es probable que al inicio del tratamiento haya mastalgia y náuseas, pero estos síntomas, como la mayor parte de los efectos secundarios de los anticonceptivos orales combinados, desaparecen con el tiempo. Incluso son menos referidos por usuarias de dosis bajas de estrógenos (Valdés y Castelo, 2020).

Ganancia de peso. La ganancia de peso se asocia con el uso de anticonceptivos y, frecuentemente, es motivo de desapego al tratamiento; sin embargo, hasta el momento no se ha encontrado relación con la indicación de anticonceptivos orales combinados. Existe evidencia clínica que demuestra que los cambios en el peso corporal son los mismos en usuarias de anticonceptivos orales combinados y placebo (Valdés y Castelo, 2020).

Cambios en el estado de ánimo. Los ensayos clínicos controlados que comparan los anticonceptivos orales combinados versus placebo no señalan aumento significativo de cambios de ánimo en las usuarias; sin embargo, otros estudios evidencian un efecto protector, es decir, tienen menos cambios de ánimos (Valdés y Castelo, 2020).

Función sexual. Las usuarias de anticonceptivos orales combinados pueden experimentar diferentes efectos en la función sexual; sin embargo, estos datos aún se discuten. Algunos estudios han demostrado que los anticonceptivos orales combinados no interfieren en este aspecto, otros señalan efectos negativos y otros más, incluso, concluyen que mejoran la función sexual de las pacientes. Los efectos adversos potenciales incluyen disminución de la libido y resequeidad vaginal, quizá debido a que, de forma natural, el deseo y la frecuencia del coito aumentan en los días cercanos a la ovulación y la menstruación, por lo que al inhibirse la ovulación mediante el uso de anticonceptivos orales combinados, en teoría, disminuye la libido y la actividad sexual. La resequeidad vaginal se relaciona con la supresión de estrógenos endógenos; no obstante, pueden prescribirse anticonceptivos orales combinados con dosis mayores de estrógenos o el uso del anillo vaginal (Valdés y Castelo, 2020).

Cefalea. es un síntoma secundario, frecuentemente referido por las usuarias de anticonceptivos orales combinados. En las pacientes que manifiestan migraña con aura deben suspenderse los

anticonceptivos orales combinados y considerar otro método que no contenga estrógenos; por su parte, quienes experimentan migrañas menstruales sin aura pueden reducir la frecuencia de las crisis mediante la disminución o eliminación de las píldoras sin contenido hormonal, con regímenes extendidos (Valdés y Castelo, 2020).

Melasma. En casos excepcionales, los anticonceptivos orales combinados pueden provocar pigmentación de la piel.^{35,36} Suspender las píldoras no desaparece la hiperpigmentación; por tanto, solo debe indicarse el uso de protector solar para no empeorar la alteración (Valdés y Castelo, 2020).

4.3.3.4. Contraindicaciones

4.3.3.4.1. Contraindicaciones absolutas.

- Tromboflebitis , trastornos tromboembólicos incluidos antecedentes familiares , enfermedad cerebrovascular, oclusión coronaria o antecedentes de estos o enfermedades que los predispongan, antecedentes de arteriopatía coronaria
- Jaquecas con aura
- Insuficiencia hepática grave
- Diabetes mellitus con enfermedad vascular
- Cáncer de mamá diagnosticado o presunto
- Hemorragia vaginal anormal no diagnosticada
- Embarazo conocido o presunto
- Fumadoras de más de 35 años
- Hipercolesterolemia o hipertrigliceridemia graves
- Hipertensión arterial no controlable

4.3.3.4.2. Contraindicaciones relativas con requerimiento de juicio clínico y consentimiento informado.

- Jaquecas sin aura
- Hipertensión arterial controlada
- Leiomioma uterino
- Diabetes gravídica
- Diabetes mellitus
- Cirugía programada

- Trastornos comiciales
- Ictericia obstructiva durante el embarazo
- Tabaquismo
- Hepatopatía
- Hiperlipidemia
- Prolapso mitral
- Lupus eritematoso diseminado
- Enfermedades de la vesícula biliar
- Drepanocitosis o drepanocitosis C

4.3.4. Métodos mecánicos.

4.3.4.1. Tipos de métodos anticonceptivos mecánicos.

4.3.4.1.1. T380A de cobre. El DIU T380A de cobre tiene bandas de cobre en los brazos cruzados de la T además del hilo de cobre alrededor del tallo, lo que aporta una superficie de 380mm de cobre, casi el doble que la de otros dispositivos. Los DIU provocan la formación de una “espuma biológica” dentro de la cavidad uterina que contiene hebras de fibrina, células fagocíticas y enzimas proteolíticas. Todos los DIU estimulan la formación de prostaglandinas dentro del útero, que provocan la contracción del musculo liso y la inflamación. Los DIU de cobre liberan de manera continua una pequeña cantidad de metal, produciendo una respuesta inflamatoria aún mayor. El ambiente intrauterino alterado interfiere en el paso del espermatozoides a través del útero, impidiendo la fecundación (Berek y Novak, 2020).

4.3.4.1.2. T de levonorgestrel. Sistema intrauterino de liberación de levonorgestrel (Mirena® y genéricos): Es un dispositivo de polietileno en forma de T, de 32 mm de longitud, con un cilindro de silastic alrededor de la rama vertical que contiene levonorgestrel (52 mg). El cilindro tiene una membrana permeable que regula la liberación de la hormona, a un ritmo relativamente constante de 20 µg/ día. Actualmente está aprobado para una duración de 5 años a partir de su colocación intrauterina; sin embargo, cuando se coloca en mujeres mayores de 45 años puede mantenerse durante siete años conservando su eficacia anticonceptiva (Valdés y Castelo, 2020).

El principal mecanismo de acción se basa en cambios locales que induce en el endometrio y el moco cervical. La alta concentración de levonorgestrel en el endometrio disminuye la concentración de los receptores endometriales de estrógenos y progesterona, haciéndolo insensible

al estradiol circulante y observando un fuerte efecto antiproliferativo. Durante su empleo se advierten cambios atróficos y deficiente reacción local de cuerpo extraño.

- También provoca espesamiento del moco cervical y disminuye la motilidad tubárica.
- Puede inhibir la ovulación, aunque es un hecho inconstante que no se produce en todos los ciclos. El sistema intrauterino de liberación Mirena® reporta tasas de inhibición de la ovulación cercanas a 25% y el Jaydess® inferiores a 5% (Valdés y Castelo, 2020).

4.3.5. Métodos quirúrgicos.

4.3.5.1. Ligadura de trompas uterinas. Es una intervención quirúrgica en las trompas de Falopio de la mujer con el objetivo de evitar el embarazo.

Se trata de un método anticonceptivo permanente que tiene ventajas y desventajas. Por tanto, la mujer debe estar segura de no querer más hijos antes de hacerla.

Existen varios tipos de operación quirúrgica para cerrar las trompas de Falopio e impedir que éstas lleven a cabo su función:

- El transporte del óvulo desde el ovario hasta el útero.
- El encuentro del óvulo con el espermatozoide para que tenga lugar la fecundación.

Por tanto, el procedimiento debe hacerse en ambas trompas de Falopio, de forma que los espermatozoides no puedan alcanzar al óvulo y unirse a él.

La cirugía de ligadura de trompas puede hacerse por laparoscopia o histeroscopia, requiere anestesia y dura aproximadamente unos 30 minutos (Blanco et al., 2020).

Indicaciones. La ligadura de trompas es una cirugía relativamente fácil y segura para la mujer. Sin embargo, cabe destacar que se trata de un método de esterilización permanente.

Para revertir la ligadura tubárica es necesario someterse a otra intervención quirúrgica que, además, no garantiza el éxito para conseguir un embarazo. (Blanco et al., 2020).

Por todo esto, la mujer debe estar completamente segura de hacerse una ligadura de trompas, siendo las indicaciones más comunes las siguientes:

- La mujer ya tiene varios hijos y no desea tener más en un futuro.
- La mujer tiene edad materna avanzada y ya no quiere tener más hijos.
- Mujeres de 40-50 años con antecedentes de cáncer de ovario, ya que extirpar las trompas de Falopio puede disminuir este riesgo.

- Cuando el estado de salud de la mujer no permite un correcto embarazo o incluso pueda representar un peligro para su vida (Blanco et al., 2020).

Ventajas de la ligadura de trompas.

- Evita estar continuamente con anticonceptivos hormonales, lo cual es beneficioso para el cuerpo, ya que no altera el periodo menstrual ni las hormonas naturales.
- Evita estar pendiente de tomar diariamente una píldora anticonceptiva o de utilizar el preservativo en cada coito, lo cual mejora la vida sexual de la pareja.
- La efectividad de la ligadura de trompas es muy elevada, impide el embarazo en más del 99% de los casos.
- Se puede realizar en cualquier momento, incluso en el mismo momento del parto si éste es por cesárea, siempre bajo el consentimiento de la mujer.
- La operación no es complicada y, si todo acontece de forma normal, se puede abandonar el hospital pasadas entre 2 y 6 horas tras la intervención.
- No requiere revisiones ni visitas médicas continuadas, a no ser que haya complicaciones o la paciente sienta la necesidad (Blanco et al., 2020).

Desventajas.

- Es irreversible. La mujer puede no volver a ser fértil aunque se haga una reversión de ligadura de trompas.
- Mayor riesgo de embarazo ectópico.
- No protege contra enfermedades de transmisión sexual.
- En caso de volver a ser madre, es necesario recurrir a la FIV, una técnica de reproducción asistida muy costosa (Blanco et al, 2020).

4.3.5.2. Vasectomía o esterilidad masculina. Una vasectomía es una cirugía sencilla que realiza un médico en un consultorio, un hospital o una clínica. Los pequeños conductos en tu escroto que transportan el espermatozoides se cortan o bloquean, por lo que el espermatozoides no puede salir del cuerpo y provocar un embarazo. El procedimiento es muy rápido, y puedes regresar a tu casa ese mismo día. Además, tiene una altísima efectividad para evitar embarazos, casi del 100%. Existen dos tipos de vasectomía: el método con incisión y el método no quirúrgico (sin corte) Los métodos sin corte reducen el riesgo de infección y otras complicaciones, y en general tardan menos tiempo en cicatrizar. El objetivo de la vasectomía es que sea permanente, y usualmente, no se puede revertir.

Solo debes someterte a una vasectomía si estás absolutamente seguro de que no deseas dejar a nadie embarazada durante el resto de tu vida (Inc., 2021).

El término “vasectomía” proviene de los conductos del escroto que se bloquean durante el procedimiento: los conductos deferentes (del latín vas deferens). El esperma (las células microscópicas que se unen a un óvulo para provocar un embarazo) se genera en los testículos. El esperma sale de los testículos a través de dos conductos denominados conductos deferentes y se mezcla con otros fluidos para crear el semen. El esperma en el semen puede provocar un embarazo si entra a la vagina (Inc., 2021).

Una vasectomía bloquea o corta cada conducto deferente, dejando al esperma fuera del semen. Los espermatozoides permanecen en los testículos, y el cuerpo los absorbe. Alrededor de 3 meses después de una vasectomía, el semen deja de contener esperma, por lo que no puede provocar embarazos. Tendrás la misma cantidad de semen que antes, la única diferencia es que no tendrá esperma (Inc., 2021).

La vasectomía no cambia la forma en que se siente tener un orgasmo o eyacular (venirse). El aspecto, la textura y el sabor del semen siguen siendo iguales después de una vasectomía, lo único que cambia es que no puede dejar a nadie embarazada (Inc., 2021)

5. Metodología

5.1. Enfoque

El estudio corresponde a una investigación de campo, de tipo descriptivo de enfoque cuantitativo, correlacional, prospectivo y de tipo observacional.

5.2. Unidad de estudio

El presente estudio se realizó en la Parroquia Santiago, que se encuentra al noroeste de la ciudad de Loja, en dirección a la provincia del Azuay, ubicada al pie del cerro Uracu atravesado por el río de San Lucas.

5.3. Período

La presente investigación se desarrolló en el período Octubre 2020- Septiembre 2021

5.4. Universo y Muestra

Se contó con la participación de todas las adolescentes y adolescentes embarazadas que habitan en la Parroquia Santiago de la ciudad de Loja que cumplan con los criterios de inclusión. Con un total de 139 adolescentes, de las cuales 18 fueron embarazadas

5.5. Criterios de inclusión:

- Adolescentes embarazadas de 10 a 19 años
- Adolescentes mujeres que quieran participar en el estudio

5.6. Criterios de exclusión:

- Adolescentes que no desean participar voluntariamente en el estudio

5.7. Técnicas

Para los tres objetivos; Establecer el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de la Parroquia Santiago; Conocer la prevalencia de embarazos adolescente en la Parroquia Santiago; Relacionar el conocimiento de métodos anticonceptivos y embarazo adolescente en la Parroquia Santiago se elaboró una encuesta que consta de 10 preguntas abiertas y de opción múltiple.

5.8. Instrumentos

5.8.1. Consentimiento informado. (Anexo 5). *El* consentimiento informado es un documento informativo en el cual se invita a las personas a participar en una investigación. El aceptar y firmar los lineamientos que establece el consentimiento informado autoriza a una persona a participar en un estudio, así como también permite que la información recolectada durante dicho estudio, pueda

ser utilizada por el o los investigadores del proyecto en la elaboración de análisis y comunicación de esos resultados.

Este consentimiento está dirigido a las adolescentes embarazadas que residan en la Parroquia Santiago. Este documento contó con la siguiente información del estudio: investigador, director de trabajo de titulación, introducción, propósito, tipo de intervención de la investigación, selección de los participantes, participación voluntaria, beneficios, riesgos, confidencialidad, compartiendo los resultados, derecho a negarse o retirarse, a quien contactar, nombre del participante, firma del participante y fecha. El consentimiento informado se lo entrego de manera presencial.

5.8.2. Encuesta sobre conocimientos de métodos anticonceptivos. (Anexo 6). Se realizó una encuesta que consta de 10 preguntas, esta encuesta determina los conocimientos de métodos anticonceptivos, previamente se realizó una revisión bibliográfica del tema en revistas científicas, trabajo de titulación, internet y libros como Novak y Berek.

La información se recolectó mediante un cuestionario que se basó en una encuesta elaborada por Oscar Edhú Ullauri Quezada, que cuenta con la validez y confiabilidad de manera que el instrumento se ajusta a las necesidades de la investigación.

Las preguntas que constan en el cuestionario son abiertas y de opción múltiple, por lo que, facilitó el proceso de tabulación y análisis de datos que son necesarios para llevar a cabo esta investigación. Se entregó de manera presencial.

5.9. Procedimiento

Luego de una exhaustiva revisión bibliográfica se procedió a solicitar la aprobación y pertinencia del proyecto a la dirección de la carrera de Medicina Humana, posterior la designación del director de trabajo de titulación.

Dado su aprobación y pertinencia del proyecto, luego de obtener el oficio para iniciar la recolección de datos, se acudió a la Parroquia de Santiago de Loja que queda a 30 min de dicha ciudad, la búsqueda empezó recorriendo el pueblo, de domicilio en domicilio, se procedió a explicar en qué consiste el estudio, se aplicó el consentimiento informado a las adolescentes embarazadas encontradas o padres de familia responsables de la población.

Posteriormente se aplicó la encuesta de conocimiento de métodos anticonceptivos, a su vez se dio a conocer los métodos anticonceptivos, obtenidos los datos se analizaron cuidadosamente y se

procedió a la obtención de resultados, con sus debidas tablas y a la elaboración de las conclusiones y recomendaciones correspondientes.

5.10. Equipo y Materiales

5.10.1. Recursos humanos.

- **Muestra:** Adolescentes embarazadas de la Parroquia Santiago
- **Autoridades:** de la Universidad Nacional de Loja (UNL), como el decano de la facultad de la Salud Humana (FSH), y director/a de la carrera de medicina humana.
- **Autora:** Jhulissa Anabel Ordoñez Ramón
- **Director de trabajo de titulación:** Dra. Karina Calva

5.10.2. Recursos Materiales.

- Computadora
- Red Wi-Fi
- Transporte

6. Resultados

6.1. Resultado para el primer objetivo:

Establecer el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de la Parroquia Santiago

Tabla 1. Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de la Parroquia Santiago en el periodo 2020-2021

Nivel de conocimiento	F	%
Alto	10	7,19
Mediano	51	36,69
Bajo	78	56,12
Total	139	100,00

Fuente: Encuesta sobre conocimiento de métodos anticonceptivos

Elaboración: Jhulissa Anabel Ordoñez Ramon

Análisis: De las 139 adolescentes de la Parroquia Santiago, el 7,19% (n=10) presentaron un nivel de conocimiento alto, el 36,69% (n=51) tienen un nivel de conocimiento mediano y el 56,12 (n=78) un nivel bajo.

6.2. Resultado para el segundo objetivo:

Conocer la prevalencia de embarazos adolescente en la Parroquia Santiago

Tabla 2. Prevalencia de embarazos adolescente en la Parroquia Santiago en el periodo 2020-2021.

Embarazadas Adolescentes	Edad				Total	
	10 a 14		15 a 19		F	%
	F	%	F	%		
Si	3	2,16	15	10,79	18	12,95
No	62	44,60	59	42,45	121	87,05
Total	65	46,76	74	53,24	139	100,00

Fuente: Encuesta sobre conocimiento de métodos anticonceptivos

Elaboración: Jhulissa Anabel Ordoñez Ramón

Análisis: La prevalencia del embarazo adolescente, se encontro que, en la edad de 10 a 14 años, el 2,16% (n=3) y en la edad de 15 a 19 años el 10,79% (n=15) se encuentran con una gestación en curso, con un total de 12,95% (n=18) de adolescentes embarazadas en la Parroquia Santiago. Por lo que en la edad de 10 a 14 años, el 44,60% (n=62) y en la edad de 15 a 19 años, el 42,45% (n=59) no se encuentran embarazadas en esta población de estudio.

6.3. Resultado para el tercer objetivo:

Relacionar el conocimiento de métodos anticonceptivos y embarazo adolescente en la Parroquia Santiago

Tabla 3. Relación el conocimiento de métodos anticonceptivos y embarazo adolescente en la Parroquia Santiago en el periodo 2020-2021.

Embarazadas Adolescentes	Nivel de conocimiento						Total	
	Alto		Mediano		Bajo		F	%
	F	%	F	%	F	%		
Si	2	1,44	9	6,47	7	5,04	18	12,95
No	8	5,76	42	30,22	71	51,08	121	87,05
Total	10	7,19	51	36,69	78	56,12	139	100,00

Fuente: Encuesta de conocimiento de métodos anticonceptivos

Elaboración: Jhulissa Anabel Ordoñez Ramón

Análisis: Las adolescentes embarazadas tienen un nivel de conocimiento alto en el 1,44% (n=2), un nivel de conocimiento mediano en el 6,47% (n=9) y un bajo nivel de conocimiento en el 5,04% (n=7).. Las adolescentes que no se encuentran embarazadas, el 5,76% (n=8) tienen un nivel de conocimiento alto, un 30,22% (n=42) tienen un nivel de conocimiento mediano y el 51,08% (n=71) un bajo nivel de conocimiento.

Tabla 4. Chi cuadrado: Relación el conocimiento de métodos anticonceptivos y embarazo adolescente en la Parroquia Santiago en el periodo 2020-2021.

Embarazadas adolescentes	Nivel de conocimiento	
	Chi cuadrado	2,53
Grados de libertad (gI)	2	
Significancia (p)	5,991	

Fuente: Encuesta de conocimiento de métodos anticonceptivos

Elaboración: Jhulissa Anabel Ordoñez Ramón

Análisis: El valor de χ^2 equivale a 2,53 con 2 grados de libertad, por lo que podemos concluir que la diferencia no es significativa por lo tanto se acepta la hipótesis nula, es decir no existe asociación entre el conocimiento de métodos anticonceptivos y embarazo adolescente en la Parroquia Santiago con un valor de $p < 5,991$.

7. Discusión

El embarazo en niñas y adolescentes es un importante problema social y de salud pública, a nivel global y especialmente en la Subregión Andina, que conlleva un impacto social, económico y cultural, debido a los vínculos entre pobreza, exclusión y fecundidad temprana. (MSP, 2018, p.19).

Entre los derechos de los y las adolescentes, se identifica el derecho a vivir su sexualidad en condiciones seguras y satisfactorias, a decidir; de manera autónoma e informada, si quieren o no tener hijos o hijas, cuántos, cuántas, en qué momento y con quién; así como a ser protegidos/as de toda forma de violencia y abuso sexual.

La presente investigación realizada en adolescentes de la Parroquia Santiago de la provincia de Loja, titulada como conocimientos de métodos anticonceptivos en adolescentes embarazadas de dicha Parroquia, con una muestra de 139 adolescentes, al determinar la relación entre el conocimiento de métodos anticonceptivos y embarazo adolescente en la Parroquia Santiago, se pudo encontrar el valor (p calculado = 5,991) < (p tabular = 0,5) a través de bioestadística inferencial de Reyes. Por lo que nos da a entender que no existe relación entre ambas variables. Esto quiere decir que conocer los diferentes métodos anticonceptivos no se relaciona con el embarazo adolescente en esta población de estudio, es decir que pueden influir otros factores para desencadenar este problema como la pobreza, así como también el caso de antecedentes familiares de embarazo en la adolescencia o modelos familiares conflictivos y fuertemente patriarcales, que inducen a que la joven busque afecto, cariño o amor en otra persona y así conseguir seguridad económica y personal.

En este estudio se obtuvo que de las 139 adolescentes de la Parroquia Santiago, el 7,19% ($n=10$) presentaron un nivel de conocimiento alto, el 36,69% ($n=51$) tienen un nivel de conocimiento mediano y el 56,12 ($n=78$) un nivel bajo, indicando que existe un bajo conocimiento en esta población estudiada, la prevalencia en el grupo de estudio de 10 a 19 años, se encontró que, en la edad de 10 a 14 años, el 2,16% ($n=3$) y en la edad de 15 a 19 años el 10,79% ($n=15$) se encuentran con una gestación en curso, con un total de 12,95% ($n=18$) de adolescentes embarazadas en la Parroquia Santiago. Por lo que en la edad de 10 a 14 años, el 44,60% ($n=62$) y en la edad de 15 a 19 años, el 42,45% ($n=59$) no se encuentran embarazadas en esta población de estudio. En cuanto a la relación del conocimiento de métodos anticonceptivos y embarazo, las adolescentes

embarazadas tienen un nivel de conocimiento alto en el 1,44% (n=2), un nivel de conocimiento mediano en el 6,47% (n=9) y un bajo nivel de conocimiento en el 5,04% (n=7). Encontrándose más frecuentemente un nivel de conocimiento bajo en las gestantes. Frente a lo mencionado se acepta la hipótesis nula, donde refiere que no existe relación entre el conocimiento de métodos anticonceptivos y embarazo adolescente en la Parroquia Santiago.

Estos resultados son corroborados por Pérez y Sánchez quienes en su investigación contarán con 158 cuestionarios de adolescentes, el nivel de conocimiento determinado por el cuestionario que utilizaron resultó alto en 43 sujetos (27,2%), medio en 61 (38,6%), bajo en 49 (31%) y nulo en 5 (3,2%), con una diferencia estadísticamente significativa en relación con la autopercepción (prueba exacta de Fisher, $p=0.000477$) por lo que llegan a concluir que a pesar de la disponibilidad de métodos anticonceptivos altamente eficaces que permiten planear un mejor desarrollo persona y una vida sexual más plena, no se tiene el mismo nivel de conocimiento ni de acceso para muchos adolescentes, sobre todos los que habitan en zonas rurales. (Pérez y Sánchez, 2020. p.1). En comparación con el presente estudio de las 139 adolescentes de la Parroquia Santiago, el 7,19% (n=10) presentaron un nivel de conocimiento alto, el 36,69% (n=51) tienen un nivel de conocimiento mediano y el 56,12 (n=78) un nivel bajo, indicando que existe en esta población un bajo conocimiento.

En tal sentido, bajo lo referido anteriormente y al analizar estos resultados, se confirma que pueden existir otros factores que provoquen un embarazo adolescente, ya que en algunas circunstancias lo ven como la única forma de concretar un proyecto de vida, las adolescentes de la Parroquia Santiago viven bajo la línea de pobreza, lo que afecta a su desarrollo, al acceso a la información y a su interacción con la sociedad. Las embarazadas adolescentes y sus parejas tiende a abandonar los estudios o su capacitación profesional, empeorando así sus problemas económicos, disminuye su autoestima y perjudica las relaciones personales. Además de que existe ausencia de interés en conocer los métodos anticonceptivos.

8. Conclusiones

El nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos en la mayoría de las adolescentes embarazadas de la Parroquia Santiago es bajo, influyendo en la vida sexual de las jóvenes y dando como consecuencia el embarazo en esta etapa, además de enfermedades de transmisión sexual y abandono de los estudios por parte de las adolescentes.

El embarazo adolescente es prevalente en esta Parroquia, siendo frecuente este problema, la familia desempeña un papel fundamental en la sociedad y la funcionalidad familiar es un determinante para el comportamiento del adolescente.

En las adolescentes de esta Parroquia que presentan un nivel de conocimiento bajo no se encuentran embarazadas, las adolescentes con nivel de conocimiento mediano presentan mayor frecuencia de embarazo, por lo que no existe relación entre el conocimiento de métodos anticonceptivos y embarazo adolescente en esta población estudiada.

9. Recomendaciones

Se recomienda que el Ministerio de Salud Pública, a través del personal de atención primaria, elabore programas de promoción y prevención, realizando programas educativos para informar a la población, sobre todo a adolescentes sobre los diferentes métodos anticonceptivos que existen y como funcionan cada uno de ellos, sus ventajas y desventajas, como funcionan, para así aumentar el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos.

A las autoridades de la Parroquia Santiago se recomienda realizar actividades o impulsar para que los colegios de dicha Parroquia realicen charlas de educación sexual, para los padres de familia y a los estudiantes, indicando sobre todo la importancia de hablar este tema en el hogar, de manera que ayudan a prevenir el embarazo y enfermedades de transmisión sexual. y así disminuir la prevalencia del embarazo adolescente, ya que la comunicación es la base para la solución de problemas.

También se recomienda implementar más variedades métodos anticonceptivos en la Parroquia Santiago, a médicos rurales que tengan iniciativa de hablar este tema con la población adolescente, ya que si obtuvieran mayor conocimiento de métodos anticonceptivos disminuirían los casos de embarazo adolescente. En investigaciones futuras, se recomienda que se consideren otras variables que no se tomaron en cuenta en esta investigación como la pobreza, violaciones, falta de comunicación por parte de los padre u otros, que influyen de alguna manera en el embarazo adolescente.

10. Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud (2020). *El embarazo en la adolescencia*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy#:~:text=En%20las%20Estad%C3%ADsticas%20Sanitarias%20Mundiales,altas%20las%20del%20%C3%81frica%20Subsahariana>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU,2017). *Maternidad en adolescentes*. Observatorio de igualdad de género en América Latina y Caribe Recuperado de: <https://oig.cepal.org/es/indicadores/maternidad-adolescentes>
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Un nuevo estudio de la OMS relaciona las altas tasas de embarazos no planificados con las deficiencias de los servicios de planificación familiar*. Recuperado de : <https://www.who.int/es/news/item/25-10-2019-high-rates-of-unintended-pregnancies-linked-to-gaps-in-family-planning-services-new-who-study>
- Dubois, L (2016). *Uso de Métodos Anticonceptivos y Embarazo en Adolescentes Atendidas en el Hospital de Concepción De La Sierra*.
- Ponce, T (2020). *El embarazo adolescente le cuesta a Ecuador USD 270 millones al año. Primicias*. Recuperado de: <https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/embarazo-adolescente-costo-millones-estado/>
- Menéndez, G; Navas, I; Hidalgo, Y & Espert, J. (2012). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2012/cog123f.pdf>
- Loredo, A; Vargas, E; Casas, A; Gonzáles, J & Guitiérrez, C.(2017). Embarazo adolescente: causas y sus repercusiones en la diada. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im172o.pdf>
- ONU. (2020). El embarazo adolescente es una fabrica de pobres en america latina. Made for minds. Recuperado de: <https://www.dw.com/es/onu-el-embarazo-adolescente-es-una-f%C3%A1brica-de-pobres-en-am%C3%A9rica-latina/a-55569024#:~:text=ONU%3A%20%22El%20embarazo%20adolescente%20es,de%2015%20a%2019%20a%C3%B1os>.

- Allen, B. & Waterman, H. (2019). Etapas de la adolescencia. *Healthy Children*. Recuperado de: <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/Paginas/Stages-of-Adolescence.aspx>
- Berek, J. (2020). Berek y Novak Ginecología. En J. Berek, *Ginecología de Williams* (págs. 211-228). Estados Unidos: Wolters Kluwer.
- Carrasco, S. (2019). ¿Cuáles son los riesgos de embarazo adolescente? *PUBLICACIONES COMUNITARIAS S.A de C.V*, 2-3. Recuperado de: <https://sumedico.lasillarota.com/sexualidad/cuales-son-los-riesgos-de-un-embarazo-adolescente-preeclampsia-hemorragias/310818>
- Emans, J., & Laufer, M. &. (2020). Esponja anticonceptiva. *Center for Young Women's Health*, 1-5. Recuperado de: <https://youngwomenshealth.org/2002/01/09/esponjas-contraceptivas/>
- Favier, M., Samón, M., Ruiz, Y., & Franco, A. (2018). Factores de riesgos y consecuencias del embarazo en la. *Revista de información* , 10 . Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinfcie/ric-2018/ric181w.pdf>
- Marshalla, S., Husney, A., & Romito, K. &. (2020). Diafragma como método anticonceptivo. *Cigna Healthwise*, 1. Recuperado de: <https://www.cigna.com/individuals-families/health-wellness/hw-en-espanol/temas-de-salud/diafragma-como-metodo-anticonceptivo-tw9508>
- Ministerio de Salud Pública. (2016). Control Prenatal. *Guia de Práctica Clínica* , 1-48.
- Pilco, D. (2018). Actitudes hacia la maternidad . *Embarazo en Adolescentes*. Recuperado de: <https://sites.google.com/site/embarazoenadolescentedsph/6-actitudes-hacia-la-maternidad/actitudeshacialamaternidad>
- Serrano, A. (2018). Embarazo en la adolescencia: causas y riesgos del embarazo adolescente. *Ayuda en acción*, 1-2. Recuperado de: <https://ayudaenaccion.org/ong/blog/mujer/embarazo-adolescencia/>
- Blanco, P., Barrenetxea, G., & Zaira, S. (2020). ¿Qué es la ligadura de trompas? – Ventajas y consecuencias. *Reproducción Asistida ORG*, 1-15. Recuperado de: <https://www.reproduccionasistida.org/ligadura-de-trompas/>

- Calderón, O. (2017). Anticonceptivos oral. *Revista médica Sinergia*, 2-3. Recuperado: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2017/rms173d.pdf>
- García, P., Martínez, F., Pintor, A., Caelles, N., & Ibañez, J. (2018). Anticonceptivos hormonales . *Guía de utilización de medicamentos* , 36-46. Recuperado de: https://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA_ANTIORMONO.pdf
- Inc., P. P. (2021). Vasectomía. *Planned Parenthood*, 1. Recuperado de: <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/anticonceptivos/vasectomia>
- Valdés, M., & Castelo, C. (2020). Anticoncepción con solo progestina. *Ginecol Obstet Mex.*, 1-18. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2020/goms201h.pdf>
- Vázquez, D., & Ospino, A. (2020). Anticonceptivos orales combinados. *Ginecología y Obstetricia de México*, 1-19. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2020/goms201d.pdf>
- Lemus, J. (2017). Terepeutica Racional en atención primaria en salud. *TRAPS programa de capacitación*, 27-46. Recuperado de: http://186.33.221.24/files/Unidad_3_-MCF_CUS_con_tapa_julio_WEB.pdf
- Uriarte, D & Asenjo, J. (2020). Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de Colegios Estatales. *Rev. CURAE*. Vol 3. Recuperado de: <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/curae/article/view/1432/1977>
- Pérez, A & Sánchez, E. (2020). Nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos y Salud Reproductiva en adolescentes mexicanos de medio rural. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262020000500508

11.Anexos

Anexo 1. Aprobación y Pertinencia del Tema



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE
MEDICINA HUMANA

MEMORÁNDUM Nro.0178 DCM-FSH-UNL

PARA: Srta. Jhulissa Anabel Ordoñez Ramon
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Beatriz Carrión
**ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA
DE LA CARRERA DE MEDICINA**

FECHA: 30 de marzo de 2021

**ASUNTO: APROBACIÓN DE TEMA E INFORME DE PERTINENCIA DEL
PROYECTO DE TESIS**

Mediante el presente me permito informarle sobre el proyecto de investigación titulado: **"Conocimiento de métodos anticonceptivos en adolescentes embarazadas de la Parroquia Santiago de Loja"**, de su autoría, de acuerdo a la comunicación suscrita por la Dra. María A. Sánchez, Docente de la Carrera, con fecha 29 de marzo de 2021, una vez revisado y corregido se considera **aprobado y pertinente**, puede continuar con el trámite respectivo.



CELIA BEATRIZ
CARRION BERRIO

Dra. Beatriz Carrión
**ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA
DE LA CARRERA DE MEDICINA**
C.c.- Archivo.
NOT

Anexo 2. Asignación del Director de trabajo de titulación



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE
MEDICINA HUMANA

MEMORÁNDUM Nro.0199 DCM-FSH-UNL

PARA: Dra. Karina Calva
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

DE: Dra. Tania Cabrera
**ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA
DE LA CARRERA DE MEDICINA**

FECHA: 08 de abril de 2021

ASUNTO: Designar Director de Tesis

Con un cordial saludo me dirijo a usted, con el fin de comunicarle que ha sido designado como director de tesis del tema: "Conocimiento de métodos anticonceptivos en adolescentes embarazadas de la Parroquia Santiago de Loja", autoría de la Srta. **Jhulissa Anabel Ordoñez Ramon.**

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



TANIA VERONICA
CABRERA RAMA

Dra. Tania Cabrera
**ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA
DE LA CARRERA DE MEDICINA**
C.c.- Archivo, Estudiante.
NOT

Anexo 3. Autorización para Recolección de Datos



**UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA**

**CARRERA DE
MEDICINA HUMANA**

MEMORÁNDUM Nro.0239 DCM-FSH-UNL

PARA: Srta. Jhulissa Anabel Ordoñez Ramon
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Tania Cabrera
**ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA
DE LA CARRERA DE MEDICINA**

FECHA: 13 de mayo de 2021

ASUNTO: AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

Una vez cumplida con toda la documentación para el desarrollo de su proyecto de investigación titulado: "Conocimiento de métodos anticonceptivos en adolescentes embarazadas de la Parroquia Santiago de Loja", se autoriza para que proceda con la recolección de los datos mediante consentimiento informado a los residentes de la parroquia Santiago de Loja.

Atentamente,



TANIA VERONICA
CARRERA PARA

Dra. Tania Cabrera
**ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA
DE LA CARRERA DE MEDICINA**
C.C. - Archivo.
NOT

Anexo 4. Certificación de Traducción

Loja, 14 de noviembre del 2022

David Andrés Araujo Palacios

TRADUCTOR E INTÉRPRETE DE IDIOMAS (INGLÉS-ESPAÑOL-INGLÉS)

CERTIFICO:

Que se ha realizado la traducción de español a inglés del resumen derivado de la tesis "Conocimiento de métodos anticonceptivos en adolescentes embarazadas de la parroquia Santiago de Loja". De autoría de la Srta. Jhulissa Anabel Ordóñez Ramon portadora de la cédula de identidad número 1755895693, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, la misma que se encuentra bajo la dirección de la Dra. Karina Yesenia Calva Jirón, Esp.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, facultando al interesado hacer uso del presente en lo que considere conveniente.



David Andrés Araujo Palacios
Registro: MDT-3104-CCL-252098

David A. Araujo P.
TRADUCTOR
3104-2021-252098
CCL-104021165

Anexo 5. Consentimiento Informado de la Organización Mundial de la Salud (OMS)



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

Consentimiento Informado Organización Mundial de la Salud (OMS)

Este formulario de consentimiento informado está dirigido a adolescentes embarazadas de la “Parroquia Santiago”, a quienes se invita participar en el presente estudio denominado “Conocimiento de métodos anticonceptivos en adolescentes embarazadas de la Parroquia Santiago de Loja”

Autora: Jhulissa Anabel Ordoñez Ramon

Directora de trabajo de titulación: Dra. Karina Calva Jirón

Introducción

Yo, **Jhulissa Anabel Ordoñez Ramón** portadora de la CI. **1755895693**, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, estoy realizando un estudio para determinar el conocimiento de métodos anticonceptivos en adolescentes embarazadas de la Parroquia Santiago-Loja, mediante una encuesta, a continuación, pongo a su conocimiento la información y le invito a participar de este estudio, cualquier duda estoy a su disposición.

Propósito

Al conocer la presencia de embarazo adolescente y una escasa información de métodos anticonceptivos podemos priorizar a las adolescentes y posteriormente brindar información sobre este problema y como prevenirlo.

Tipo de intervención de la investigación

Esta investigación incluirá datos personales y la aplicación de la encuesta de conocimiento de métodos anticonceptivos

Selección de participantes:

Las personas que han sido seleccionadas de manera previsible son adolescentes embarazadas de la Parroquia Santiago de la ciudad de Loja.

Participación voluntaria

Cabe recalcar que su participación en este estudio es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Usted puede tomar otra decisión posteriormente y decidir no formar parte del estudio, aun cuando haya aceptado antes. En caso de que usted acceda a participar en este estudio, se le pedirá completar el siguiente cuestionario anexo a este documento que tomará 5 minutos aproximadamente.

Información sobre el cuestionario

El cuestionario de conocimiento de métodos anticonceptivos en adolescentes embarazadas, consta de 10 preguntas, las cuales son de opción múltiple y abierta.

Procedimiento y protocolo:

Para la recolección de la información se aplicará el cuestionario que busca el conocimiento de métodos anticonceptivos en adolescentes embarazadas.

Duración

Esta actividad tiene una duración de aproximadamente 5 minutos por cada persona.

Beneficios

Si usted acepta participar en este estudio se beneficiará en que podrá conocer si existe una relación entre los conocimientos métodos anticonceptivos y la presencia embarazo adolescente.

Confidencialidad

Esta investigación se realizará en las adolescentes embarazadas de la Parroquia Santiago de la ciudad de Loja que hayan aceptado participar.

Su información recopilada durante la investigación no estará disponible para otras personas y será solo de conocimiento de la investigadora.

Compartiendo los resultados

Toda la información obtenida al finalizar el estudio será socializada en el repositorio digital de la Universidad Nacional de Loja. Además, ésta será manejada con absoluta reserva y confidencialidad, no se divulgará información personal de ninguno de los participantes.

Derecho de negarse o retirarse

Cabe recalcar que su participación en este estudio es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Puede tomar otra decisión posteriormente y decidir no formar parte del estudio, aun cuando haya aceptado antes.

A quien contactar:

Si tiene alguna inquietud puede comunicarla al siguiente correo electrónico jhulissa.ordonez@unl.edu.ec o al número de teléfono 0958788841

He leído o me ha sido leída la información proporcionada. He podido preguntar sobre ella y se me ha contestado adecuadamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento

Nombre del participante _____

Firma del participante _____

Cédula del participante _____

Fecha _____

Día /Mes/Año.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo..... con número de identificación.....estoy de acuerdo en participar en la investigación: “Conocimiento de métodos anticonceptivos en adolescentes embarazadas de la Parroquia Santiago-Loja”, autoría de la Señorita Jhulissa Anabel Ordoñez Ramón, estudiante de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja. He sido informado sobre el propósito de la encuesta

Consiento voluntariamente participar en esta investigación por lo cual y para que así conste firmo este consentimiento informado

Anexo 6. Encuesta sobre conocimiento de métodos anticonceptivos



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
CARRERA DE MEDICINA

ENCUESTA SOBRE CONOCIMIENTOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Edad: _____

Lea detenidamente y conteste. Señale X según corresponda o encierre en un círculo las siguientes preguntas.

1.- ¿Usted se encuentra embarazada?

Si ()

No()

2.- ¿Conoce usted, que son los métodos anticonceptivos?

- a) Dispositivos que favorecen el embarazo
- b) Conjunto de medidas para planificación familiar
- c) Medicamentos para evitar relaciones sexuales
- d) Desconoce

3.-¿ Los métodos anticonceptivos sirven para?

- a) Llevar una vida sexual a temprana edad
- b) Contraer enfermedades de transmisión sexual
- c) Evitar embarazo no deseado y prevenir enfermedades de transmisión sexual
- d) Desconoce

4.- ¿ Qué métodos anticonceptivos conoce?

- a) Inyecciones hormonales
- b) Dispositivo intrauterino (T de cobre o T de levonogestrel)
- c) Métodos de barrera como el preservativo
- d) Métodos naturales, ritmo o temperatura
- e) Metodos quirúrgicos como ligadura de trompas
- f) Otros
- g) Desconoce

5.-¿ Cuál método anticonceptivo a utilizado para prevenir embarazo no deseado?

- a) Métodos naturales, ritmo o temperatura
- b) Pildora de emergencia (Pildora del día después)
- c) Métodos de barrera como el preservativo
- d) Inyecciones hormonales
- e) Ninguno
- f) Otro: _____ (especifique)

6.-¿Cuál cree que es el mejor método para evitar enfermedades de transmisión sexual y embarazo no deseado?

- a) Métodos naturales, ritmo o temperatura
- b) Pildora de emergencia (Pildora del día después)

- c) Métodos de barrera como el preservativo
- d) Inyecciones hormonales
- f) Dispositivo intrauterino (T de cobre o T de levonogestrel)
- g) Ligadura de trompas
- h) Todas las anteriores
- i) Desconoce

7.-¿ Cómo considera que es su nivel conocimiento referente a métodos anticonceptivos?

- a) Alto (conoce)
- b) Mediano
- c) Bajo (desconoce)

8.- De donde obtuvo información acerca de métodos anticonceptivos?

- a) Padres
- b) Familiares
- c) Internet
- d) Colegio
- e) Televisión
- f) Libros
- g) Profesionales de la salud
- i) Otro: _____(especifique)

9.- ¿Que le impide tener conocimiento de métodos anticonceptivos?

- a)Miedo a conversar este tema con sus padres.
- b) Escasa información en el hogar.
- c) Escasa información en el colegio.

d) Temor a ser juzgado por sus amigos.

e) No me interesa tener conocimiento sobre métodos anticonceptivos.

10.- ¿Considera usted que la falta de conocimiento acerca de métodos anticonceptivos se relaciona con el embarazo en adolescentes?

Si ()

Porque _____

No ()

Porque _____

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo 7. Certificado de tribunal de grado



CERTIFICADO DEL TRIBUNAL DE GRADO

Loja, 17 de noviembre de 2022

En calidad de tribunal calificador del trabajo de titulación denominado "Conocimiento de métodos anticonceptivos en adolescentes embarazadas de la Parroquia Santiago de Loja", de la autoría de la Srta. Jhulissa Anabel Ordoñez Ramón portador de la cédula de identificación Nro. 1755895693 previo a la obtención del título de Médico General, certificamos que se ha incorporado las observaciones realizadas por los miembros del tribunal por tal motivo se procede a la aprobación y calificación del trabajo de grado y la continuación de los trámites pertinentes para su publicación y sustentación pública.

APROBADO

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Cesar Edinson Palacios Soto', written over a horizontal line.

Dr. Cesar Edinson Palacios Soto

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE GRADO.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'María Susana González García', written over a horizontal line.

Dra. María Susana González García
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Ximena Patricia Carrión Rulova', written over a horizontal line.

Dra. Ximena Patricia Carrión Rulova
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO