

PARA TÍTULOS PROFESIONALES DE ESPECIALISTAS (CUARTO NIVEL)

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Nosotras, ZONNIA DANIELA ESCOBAR CASTRO Y MARÍA ISABEL MOYANO MORENO
C.I. 180346572-1 y 171310923-7 respectivamente, autoras del trabajo de graduación intitulado:
“DESERCIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE
ADOLESCENCIA DEL HOSPITAL GÍNECO-OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA DURANTE LOS MESES DE
SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DEL 2012” en la Facultad de Medicina:


1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, 24 de julio de 2013



Dra. Zonnia Daniela Escobar Castro
C.I. 180346572-1



Dra. María Isabel Moyano Moreno
C.I. 171310923-7

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA**

Deserción de métodos anticonceptivos en adolescentes que acuden al Servicio de Adolescencia del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora durante los meses de septiembre y octubre del 2012.

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**ESCOBAR CASTRO ZONNIA DANIELA
MOYANO MORENO MARIA ISABEL**

Director: Dr. Antonio Domínguez

Quito 2013

DEDICATORIA

A Dios por el amor y sabiduría que nos ha brindado para ser mejores personas y profesionales de éxito.

A nuestros esposos e hijas por el apoyo recibido en el transcurso de nuestro posgrado, por la comprensión y amor brindado para superar cada uno de los problemas presentados.

A nuestros padres, hermanos quienes han confiado en nosotros durante todo el camino recorrido y por quienes hemos luchado para brindarles una nueva visión de vida.

AGRADECIMIENTO

A los Doctores Antonio Domínguez, Wilfrido León y Patricia Ortiz por el apoyo en la realización del presente trabajo.

A nuestros maestros quienes nos enseñaron no solo medicina sino valores y principios para ser un buen ser humano.

Al personal del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora por la colaboración y ayuda en la recolección de información.

A las adolescentes que son la base del estudio y que sin ellas no sería una realidad este proyecto.

INDICE

1. Resumen.....	1
2. Marco Teórico	
2.1 Etapas de la adolescencia.....	4
2.2 Comportamiento sexual en los adolescentes.....	6
2.3 Embarazo en la adolescencia.....	7
2.4 Consecuencias del embarazo adolescente.....	8
2.5 Uso de métodos anticonceptivos en adolescentes.....	9
2.6 Deserción de los métodos anticonceptivos.....	12
2.7Fracaso de los Métodos anticonceptivos.....	13
2.8 Instrucción y uso de anticonceptivos.....	15
2.9 Mitos sobre el uso de anticonceptivos en adolescentes.....	15
2.10 Anticonceptivos usados en adolescentes.....	16
2.11 Factores familiares y uso de anticonceptivos.....	17
2.12 Satisfacción con el uso de métodos anticonceptivos.....	17
2.13 Fuente de información sobre anticoncepción.....	18
2.14 Nivel socioeconómico.....	18
3. Justificación.....	20
4. Objetivos Generales.....	21
5. Objetivos Específicos.....	21
6. Materiales y Métodos.....	23
7. Resultados	
7.1 Análisis Descriptivos.....	32
7.2 Análisis Multivarial.....	38
8. Discusión.....	44
9. Conclusiones.....	48
10. Recomendaciones.....	49

11. Anexos.....	50
12. Guía Recomendada.....	55
13. Bibliografía.....	57

RESUMEN

El proyecto realizado fue un estudio tipo caso - control, el cual tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo relacionados con la deserción de métodos anticonceptivos en adolescentes. Los objetivos específicos del estudio fueron: determinar los factores de riesgo socios demográficos, familiares, personales y relacionados a la anticoncepción.

El estudio se efectuó en pacientes que acudieron a Consulta Externa del Servicio de Adolescentes del Hospital Gineco-Obstétrico "Isidro Ayora" durante los meses de septiembre y octubre del 2012. La muestra fue de 190 adolescentes menores de 19 años obtenidas a través de un muestreo intencionado, divididas en dos grupos de estudio de igual número, los casos (95 pacientes) conformado por adolescentes que habían usado anticonceptivos y se encontraban embarazadas y los controles (95 pacientes) por mujeres adolescentes que habían usado anticonceptivos y no estaban embarazadas, ambos grupos cumplieron con los criterios de inclusión definidos para cada uno.

La información se recolectó a través de una encuesta dirigida y una entrevista semi estructurada, los resultados fueron procesados en el programa Epi-Info y Excel, siendo analizados con Odds Ratio (OR) como medida de asociación y como medida de significancia el Chi cuadrado.

En las entrevistas se procedió a un análisis narrativo de contenido y se realizó la transcripción de los datos de las mismas, la búsqueda de significado de los fenómenos para los sujetos de estudio, la ampliación de la comprensión de la realidad como una

totalidad, la identificación de categorías y creación de nuevas categorías con el fin de obtener una visión más completa del objeto de estudio.

Como resultados se obtuvo dentro de los factores socio demográficos, que en ambos grupos el uso de anticonceptivos fue en promedio a los 16 años, el nivel de instrucción secundaria completa ($p=0.5$) así como el tener una pareja estable ($p=0.8$) son factores que disminuye la deserción de métodos anticonceptivos aunque no fueron estadísticamente significativos, mientras que el estrato social no incrementa ni disminuye el grado de deserción.

En lo referente al ámbito familiar se observó que el 25% de adolescentes tienen una buena relación de pareja mientras que en el 50% la relación es regular, por otra parte el apoyo recibido por la pareja es del 75% en el caso de adolescentes comprometidas situación contraria a las adolescentes que no tienen pareja donde el 100% no recibe ningún tipo de apoyo.

En lo referente a la anticoncepción, se identificó que el anticonceptivo más usado por las adolescentes es el preservativo seguido por las inyecciones mensuales y al final las píldoras orales. Es importante mencionar que los métodos son usados de forma ocasional ya que se olvidan como en el caso de las pastillas o son incómodos como en el caso del preservativo. La satisfacción con el método anticonceptivo es un factor protector ($OR=0.7$) aunque este no demostró significancia. El 95% de las adolescentes no conocen el mecanismo de acción del método anticonceptivo. En lo que respecta al tiempo de explicación los dos grupos coincidieron que fue suficiente sin embargo quedo 36% de las adolescentes con dudas después de la explicación.

En los dos grupos de adolescentes estudiados la información recibida sobre anticonceptivos fue realizada principalmente por amigos y un porcentaje menor al 20% por personal de salud.

Palabras Claves: Adolescencia, anticoncepción, deserción, factores de riesgo, factores protectores.

Adolescencia

La adolescencia de acuerdo a la OMS está definida como: “el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica”. Es considerado un periodo del desarrollo humano particularmente especial ya que es una etapa en la que el organismo despliega su potencial de maduración en distintos aspectos, convirtiéndose además en una fase crítica en ciertas áreas del desarrollo como por ejemplo la sexual y la emocional.¹

Las etapas que se han definido para conocer de una forma más acertada los cambios que se producen en la adolescencia en todos sus aspectos son las siguientes:

1. – Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el período peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca en el sexo femenino. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.

Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.¹

2. – Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.

Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Se encuentran muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda. ¹

3. – Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

Comportamiento sexual en los adolescentes

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en el año 2007 determinó que la tasa global de fecundidad (TGF) es 2.6 hijos por mujer y cambia según el nivel de educación de la madre.²

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar Continua del año 2010, encontró que la TGF para las mujeres sin instrucción o con educación primaria es 3.7; para las mujeres con educación secundaria es 2.6.³

En lo que respecta a las adolescentes para el año 2010 el 13.5% ya se habían embarazado alguna vez, el 10.7% eran madres y el 2.7% gestaban por primera vez.³

En el Ecuador el inicio de relaciones sexuales es en promedio a los 15 años para el varón y 16 años para la mujer. Según datos estadísticos en el 2010 el 83.3% de mujeres tuvo su primera relación sexual antes de los 19 años. El 20% de los embarazos no son deseados.³ El promedio de hijos por razas es de 5 en la indígena, 3 en la mestiza y 4 en la negra.⁴

Según el Guttmacher Institute, tener prácticas sexuales a los 20 años se considera un hábito normal en todo el mundo. En los países con bajas tasas de embarazo en la adolescencia no se considera adecuada la maternidad prematura pero sí las relaciones sexuales entre los adolescentes por lo que en estas sociedades se proporciona

información completa y equilibrada sobre la sexualidad y se facilita la accesibilidad a los métodos anticonceptivos.⁵

Varias encuestas han indicado que la presión de los compañeros y compañeras es un factor que alienta, a los adolescentes a tener relaciones sexuales.⁵

Embarazo en la adolescencia

El embarazo adolescente se ha convertido en un problema de salud pública, debido a que son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable de este fenómeno.⁶

Existe una serie de factores de riesgo para embarazo en la adolescencia, entre ellos: La educación, el estado civil y el contexto social en el que vive la adolescente y que afecta sus perspectivas del futuro.⁷

Las adolescentes del estrato socio económico más bajo son más propensas a iniciar su vida sexual y quedar embarazadas a una edad temprana ya que asocian al embarazo como una alternativa de vida que además de otorgar el estatus de adulto les permitirá acceder a posibles beneficios, al contrario de las adolescentes en los niveles más altos quienes retrasan el inicio de vida sexual.⁷

En el Ecuador según Endemain 2005, el porcentaje de adolescentes que son madres o están embarazadas según la condición de pobreza son el 25% para el nivel socio económico bajo, 11% para el nivel medio y 8% para el nivel alto.⁴

El censo realizado en el año 2010, demuestra que el número de adolescentes que inician su vida sexual a muy temprana edad, es elevado, tanto así que entre las edades de 10 y 14 años, 346.700 niñas se encontraban embarazadas o ya tuvieron un embarazo; 20180 ya eran madres, este dato corresponde al 1% del total, valor que se ha incrementado en la última década en un 74%.³

El contexto familiar es también un determinante central de la tendencia de la fecundidad adolescente. El nivel de comunicación con la madre y la severidad de la supervisión familiar tienen un efecto significativo sobre la proporción de eventos reproductivos que presencian las adolescentes. El estado civil de la madre de la adolescente también es crucial, ya que específicamente una joven con una madre separada o en unión consensual tiene más relaciones sexuales que las que tienen madres casadas.⁸

Consecuencias del embarazo adolescente

La maternidad en la adolescencia se asocia a consecuencias negativas de corto y largo plazo. Los y las adolescentes que asisten a la escuela de forma regular tienen menores probabilidades de ser padres o madres precoces. Por otro lado, el propio embarazo incide directamente en la deserción escolar. De acuerdo al censo de 2007 solo el 13.1% de las madres adolescente asistieron al colegio, frente al 80.4% de adolescentes no madres que asistieron.²

El 58.3% de las madres adolescentes alcanzó a estudiar algún año de la secundaria. Un 31.2% estudió algún año de primaria. En cambio, las adolescentes que no han sido

madres tienen educación secundaria en promedio 5.5 puntos porcentuales más que las que han sido madres.²

Por otro lado las madres adolescentes se ven obligadas a ingresar al mundo laboral, realizando la mayor parte del tiempo trabajo menor y mal remunerado. El porcentaje de madres adolescentes que forman parte de la población económicamente activa representa el 22.4% del total, ante un 13.9% de las adolescentes que no son madres.⁹

Las adolescentes madres que trabajan realizan en mayor medida empleos de servicios (34.2%) generalmente como trabajadoras del hogar, empleadas, etc., el 32.4% se dedica a labores relacionadas con la agricultura, la pesca o la minería. El 19.1% de madres adolescentes se desempeña en el trabajo familiar no remunerado. Esto último afecta aún más su autonomía y posibilidades en el futuro.⁹

Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación.⁹

Uso de métodos anticonceptivos en adolescentes

No existe un método anticonceptivo ideal para uso en la adolescencia, como tampoco existen razones médicas para negar el uso de algunos basándose solo en razones de edad. El mejor método será aquel que la adolescente y en el mejor de los casos, ambos miembros de la pareja escojan una vez que hubiesen recibido una completa y detallada información y hayan sido interrogados exhaustivamente sobre cuestiones inherentes a

su sexualidad y derecho reproductivo, lo que facilitará finalmente que se produzca el acuerdo entre el proveedor de salud y la pareja. Deberán tomarse en consideración también a la hora de la selección del anticonceptivo, los hallazgos del examen físico general y de la esfera reproductiva, así como aspectos no médicos, pues estos no solo van a cumplir una función de prevención del embarazo, sino también la no menos importante de prevenir el contagio de una infección de transmisión sexual (ITS).¹⁰

La mayoría de las adolescentes conoce de la existencia de algún tipo de método anticonceptivo (98.3%), pero solo el 63.7% de las sexualmente activas utiliza alguno.¹³ En el caso de las madres adolescentes, solo el 41.1% utiliza algún método de planificación familiar, lo que revela que el problema de acceso e información no se soluciona luego del primer hijo.¹¹

En Estados Unidos al igual que en el Ecuador las mujeres adolescentes sexualmente activas que desean evitar el embarazo tienen menos posibilidades que las mujeres adultas para el uso de anticonceptivos.^{22,11}

En las adolescentes más del 80% de los embarazos no son deseados; el 60% se producen en mujeres que no usan anticonceptivos y el 20% restante es producto del uso incorrecto de los mismos. El 23% de las mujeres jóvenes sexualmente activas admitió haber tenido relaciones sexuales sin protección con una pareja que no utilizó un preservativo, mientras que el 70% de las adolescentes manifestaron que les daba vergüenza comprar preservativos o cualquier otro anticonceptivo y también solicitar información a un médico.²²

En muchos casos se usan métodos anticonceptivos de modo inadecuado. Los adolescentes en gran porcentaje usan el condón incorrectamente y las adolescentes se olvidan tomar con cierta frecuencia los anticonceptivos orales. Las tasas de fracaso anticonceptivo (índice de Pearl) son mayores en las adolescentes, especialmente en las pobres, que para las usuarias de más edad.¹³

Los métodos reversibles a largo plazo, tales como el dispositivo intrauterino, el anticonceptivo subdérmico, el parche anticonceptivo o inyecciones de anticonceptivos requieren la intervención del usuario con menos frecuencia -una vez al mes, y puede prevenir el embarazo con mayor eficacia en mujeres que tienen problemas para seguir las rutinas, incluidas las jóvenes. El uso simultáneo de más de un método anticonceptivo disminuye el riesgo de embarazos no deseados y si uno de los métodos es de barrera (condón), la transmisión de enfermedades de transmisión sexual también se reduce.¹³

Las jóvenes casadas de 15 a 19 años en Estados Unidos tienen tasas de uso de anticonceptivos bajas de 30 al 53%. En el Ecuador la tasa de uso de anticonceptivos en adolescentes en el año 2007 fue del 13.5% en la primera relación sexual. Los anticonceptivos más utilizados fueron las pastillas y el condón en 32 y 27% respectivamente, un porcentaje menor fue el coito interruptus el 14% y el ritmo en un 18%.²

Deserción de los métodos anticonceptivos

En un estudio realizado en Rio de Janeiro durante el año 2005 se determinó que el 32,1% de adolescentes abandono el anticonceptivo por uso incorrecto, siendo el “olvido” una constante.¹⁴

El 17,9% declararon que no estaban con compañero, por eso interrumpieron el anticonceptivo. Por otro lado el cambio de domicilio hizo que el 14,3% de las participantes abandonen los métodos pues se encontraban distantes del Hospital impidiéndolas de dar continuidad con los mismos.¹⁴

La necesidad de trabajar fue el motivo presentado para la deserción del 10,7% puesto que trabajar dificultaba la comparecencia a las consultas regulares y al retiro de los anticonceptivos.

Sólo 0.3 % de las jóvenes presentó náuseas y vómitos con el uso del anticonceptivo que las desmotivó a dar continuidad al tratamiento. El 27,9% de las pacientes abandonaron el método sin causa determinada.¹⁴

Por otra parte se observó que las pacientes que tenían primaria completa abandonaron el método en un 45,9% mientras que las que cursaban secundaria desertaron en un 30%.

Otro dato observado durante este estudio fue que 70,6% de las pacientes dijeron no usar, o usar de forma irregular el preservativo, mientras que el 29,4% lo usaban regularmente.¹⁴

Fracaso de los Métodos anticonceptivos

La mayor parte de la información referida sobre el revés de los métodos proviene de ensayos clínicos; sin embargo, este procedimiento no refleja las condiciones de uso de anticonceptivos en la población general. Por esta razón, investigadores evaluaron la tasa de fracaso de los métodos anticonceptivos, a partir de los datos reunidos en una encuesta realizada a mujeres francesas.¹⁵

En general, 2.9% de las mujeres informaron la falta de éxito del método anticonceptivo durante el primer año de su empleo.¹⁵

En Francia se estima que el 33% de los embarazos no son planificados, los que se producen por el resultado adverso del método anticonceptivo empleado en el 65% de los casos. En los Estados Unidos estos porcentajes son de 49% y 48%, respectivamente.¹⁵

La menor tasa de ineficacia correspondió al dispositivo intrauterino (1.1%), seguido por la píldora (2.4%), el preservativo (3.3%), los métodos de abstinencia por control de temperatura (7.7%), coitus interruptus (10.1%) y espermicidas (21.7%).¹⁵

Se observó que la probabilidad de consecuencia adversa de la anticoncepción varió de acuerdo al método empleado. La tasa de fracaso de la píldora fue mayor en el primer año de empleo con respecto a períodos más prolongados de uso (1.2%, 1.4%, 1.1% y 0.7% durante los años segundo, tercero, cuarto y quinto, respectivamente).¹⁵

La tasa de fallo del dispositivo intrauterino fue mayor en el segundo año de uso (3.2%) y disminuyó con su empleo prolongado (0.4% en el tercer año, 0.5% en el cuarto y 1.6% en el quinto año).¹⁵

Por su parte, el preservativo masculino no dio efecto positivo durante los dos primeros años y el fracaso resultó menor durante los tres años siguientes (tasas acumuladas de 7.8% y 4.5%, respectivamente).¹⁵

En general, las tasas desfavorables de todos los métodos, a los dos, tres, cuatro y cinco años fueron de 5.1%, 6.5%, 7.6% y 8.4%.¹⁵

La frecuencia de la falta de éxito varió poco según las características de las mujeres. No obstante, la probabilidad de que el preservativo no respondiera a las expectativas fue mayor en aquellas de 20 a 34 años, en tanto, las que tuvieron un embarazo anterior no deseado corrieron mayor riesgo de fallo de la píldora.

Según los resultados de la investigación, la frecuencia del fracaso entre las mujeres francesas parece ser menor que la registrada en otros estudios concretados en mujeres de otros países. Este hallazgo confirma que la eficacia de la anticoncepción varía entre las diferentes poblaciones.¹⁵

Según el Schiffert Health Center en un estudio realizado en 2010 la falla de las píldoras anticonceptivas es aproximadamente 0.1%. Por otro lado en un estudio analítico realizado United States Agency for International Development el año 2011 se encontró que el fracaso de píldoras anticonceptivas es en promedio de 2.2 a 8.4 %

comparado con 0.3 a 5.1% en métodos inyectables, en lo que se refiere a métodos permanentes la falla es de 0 a 2.3% para DIU, 0.1% para implantes y 0 a 0.1% para ligadura. La falla del condón es alta 1.8 a 9.8.¹⁶

Instrucción y uso de anticonceptivos

En general se ha encontrado que existe una relación positiva entre escolaridad y uso de anticonceptivos, es decir, a mayor escolaridad mayor uso de métodos anticonceptivos. La educación propicia en las personas actitudes de previsión y planeación; favorece una mayor capacidad de decisión, autonomía y libertad, lo que se expresa en todas las esferas de la vida, cuando la adolescente tiene estudios su proyecto de vida se amplía y hay una tendencia tanto a la postergación del inicio de vida sexual como a la práctica de un sexo más seguro ya que está más sensibilizada en la importancia de métodos anticonceptivos.¹⁷

Las adolescentes que pertenecen a un nivel socio-económico alto o medio son menos propensas a tener relaciones sexuales y utilizan más los métodos anticonceptivos (el condón), mientras que sus pares de estratos bajos son más propensas a tener relaciones sexuales sin utilizar algún método anticonceptivo.¹⁷

Mitos sobre el uso de anticonceptivos en adolescentes

Entre los principales mitos para el uso de anticonceptivos tenemos: El DIU debe estar absolutamente restringido en mujeres adolescentes ya que causa esterilidad, las píldoras no deben usarse porque afectan el desarrollo físico y si se usan por mucho tiempo pueden provocar cáncer y anticipar la edad de la menopausia, las inyecciones detienen

el crecimiento y aumentan de peso, el condón despierta el interés y la actividad sexual, razones que despiertan en la adolescente incertidumbre y temor para el uso del anticonceptivo en forma permanente.²

Anticonceptivos usados en adolescentes

El método anticonceptivo más usado entre la juventud latina es el preservativo (82,9%), seguido a gran distancia de la píldora (13,4%) y el DIU (2,2%), según se desprende del Informe Social de la Juventud en América Latina que ha hecho público recientemente el Instituto Latinoamericano de la Juventud (ILJ).¹⁸

El 98,3% de adolescentes entre 14 a 17 años prefieren el preservativos en sus relaciones sexuales mientras que los adolescentes de 18 a 19 años usan la píldora en un 21%, los dispositivos intrauterinos 4.2% y otros métodos en un 2,2%.¹⁸

En un estudio realizado en España en mujeres entre 17 y 25 años con trabajo remunerado; nivel de estudios elevado, con pareja estable y sin hijos en relación al método anticonceptivo: el 51% usaban un anticonceptivo oral combinado; 24,2% anillo vaginal; 7,6% parche transdérmico; 6,8% DIU liberador de levonorgestrel; 4,5% implante subcutáneo; 3,8% píldora con sólo gestágeno; y 1,5% inyectable.¹⁹

Factores familiares y uso de anticonceptivos

Entre los factores familiares se ha observado que el uso de anticonceptivos es mayor en adolescentes que discuten sobre sexualidad y anticoncepción con sus madres.¹³

La satisfacción con la relación familiar y la comunicación con los miembros de la familia influyen en el uso de anticonceptivos ya que les da apertura para hablar de inquietudes y dudas que se presentan por otro lado la restricción o suspensión de los permisos para salir como sanción por parte de los padres se asocia al uso de anticonceptivos cuando se comparan con adolescentes cuyos padres no ponen límites ni sanciones o son demasiados restrictivos.¹³

Satisfacción con el uso de métodos anticonceptivos

En la actualidad contamos con una amplia gama de anticonceptivos hormonales efectivos, seguros, asequibles y aceptables para las distintas circunstancias de las mujeres, y que proporcionan un elevado grado de satisfacción según los estudios, sin embargo la eficacia anticonceptiva sigue siendo prácticamente igual para todos ellos y algunos autores aportan elevadas tasas de incumplimiento y de embarazos no deseados.

En España se determinó que el 88,7% de las mujeres usa anticonceptivos por recomendación de su médico; 39% de estas tienen efectos secundarios leves sin embargo el 93,9% se sienten bien protegida frente al embarazo; 89,4% se siente “completamente” o “bastante” satisfechas lo que ayudó a la adherencia al método.¹⁹

Fuente de información sobre anticoncepción

En Brasil en un estudio realizado en el 2011 en adolescentes se encontró que la información sobre métodos anticonceptivos estaba dada por amigos 15.5%, padres o familiares 14.6%, profesionales de la salud 14%, por profesores el 10.6% y solo el 10.4% lo recibió a través de la publicidad y farmacias. Del total de adolescentes que manifestaron haber recibido información sobre el método de anticoncepción de emergencia, solo el 22,1% lo habían hecho correctamente.²⁰

Nivel socioeconómico

Escala de Estratificación Social.- Teniendo en consideración que en nuestro medio es necesario un indicador social que se ajuste a las características de la población en que se realiza el estudio, se utilizará como indicador de la condición social del individuo encuestado una escala basada en el Test de Graffar; la misma que contiene los mismos parámetros que el citado Test con modificaciones puntuales en algunas variables para que el instrumento sea de esta manera de mayor utilidad en la población estudiada.²¹

Las modificaciones se realizaron en los siguientes parámetros:

- **Profesión:** La modificación realizada consistió en incluir en la categoría IV (Obrero Especializado) a los individuos que se encuentran estudiando, y en la categoría V (Obrero No Especializado) a los individuos que no se encontraban trabajando o que dedicaban su tiempo a las tareas del hogar.
- **Ingresos:** La modificación en este parámetro fue completa e incluyó una nueva aproximación que se analizó por separado. Se indagó acerca de los ingresos mensuales en dólares americanos del grupo familiar al que pertenece la adolescente encuestada y de acuerdo a esto se estimó cual era la escala social a la que pertenece. Los rangos manejados fueron: 1: \$50 - \$100, 2:\$101 - \$200 y 3:\$201 - \$300.

***Escala de Graffar.-** Se describe como un método de estratificación social que fue modificado por Méndez en 1986, se basa en la construcción de un índice compuesto por cuatro variables: profesión del jefe o jefa del hogar, nivel de instrucción de la esposa o compañera del jefe o de la jefa del hogar, principal fuente de ingresos del hogar y condición de la vivienda. Cada una de estas variables está conformada por cinco ítems a los cuales se le ha asignado una ponderación decreciente, la suma de los ítems determina, de acuerdo a la escala diseñada, la distribución de los hogares en cinco estratos socioeconómicos, del estrato I al estrato V ²¹

Estrato I	Alta 16 – 20 puntos
Estrato II	Media-Alta 13 – 15 puntos
Estrato III	Media- Baja 10 – 12 puntos
Estrato IV	Obrera 7 – 9 puntos
Estrato V	Marginal 4 – 6 puntos

* Escala test de Graffar.- Instrumento utilizado para medición del estrato socio-económico, que se utilizó como guía para el diseño del instrumento aplicado en el presente estudio.

JUSTIFICACION

El desconocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos, la poca accesibilidad a los servicios de salud por varios factores como: atención únicamente en las mañanas, estudios, trabajo, además de la comunicación inadecuada entre padres e hijos, contribuyen al mal uso y no uso de métodos anticonceptivos, por lo tanto embarazos no deseados y deserción escolar. En el Ecuador, según el Censo Nacional de Población y Vivienda de 2010 los adolescentes constituían el 22,8% de la población total. En su interior se diferencian dos grupos con necesidades y procesos distintos: 10 a 14 años y 15 a 19 años, 15% de todas las adolescentes (10 a 19 años) ya son madres, (10,7%) están embarazadas.

No hay estudios que demuestren que variables familiares como composición familiar y tamaño de la familia, nivel socioeconómico, estén relacionadas directamente al uso de anticonceptivos en adolescentes

Por esta razón consideramos muy importante la realización de la presente investigación para acorde a sus resultados poder plantear medidas preventivo-promocionales que contribuyan a la reducción de la problemática en mención, permitiendo determinar el conocimiento de la adolescente y su conducta por otro lado nos dará los instrumentos para abordar la prevención en un grupo específico.

PROBLEMA DE INVESTIGACION

¿Cuáles son los factores de riesgo socio demográficos, familiares, personales y relacionados a la anticoncepción que producen deserción de los métodos anticonceptivos en adolescentes que acuden a control en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora durante los meses de septiembre y octubre del 2012?

OBJETIVO GENERAL

- Determinar los factores de riesgo socio demográficos, familiares, personales y relacionados a la anticoncepción que están asociados a la deserción de los métodos anticonceptivos en madres adolescentes que acuden a control en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora durante los meses de septiembre a octubre del 2012

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar los factores socios demográficos relacionados con la deserción de métodos anticonceptivos como: instrucción, estado civil, nivel socioeconómico familiar, creencias o mitos en adolescentes que acuden a control en el Hospital Gineco-Obstétrico “Isidro Ayora” durante los meses de septiembre y octubre del 2012.
- Determinar los factores familiares relacionados con la deserción de métodos anticonceptivos como: relación sentimental con la pareja y apoyo que recibe de la misma, aceptación por parte de los padres al inicio de relaciones sexuales en

adolescentes que acuden al Servicio de Adolescentes del Hospital Gineco-Obstétrico “Isidro Ayora” durante los meses de septiembre a octubre del 2012.

- Identificar los principales factores relacionados a la anticoncepción y su influencia en la deserción de los métodos anticonceptivos como: información adquirida del adolescente por parte de los padres, colegio y medios de comunicación acerca de los métodos anticonceptivos, frecuencia de uso de anticonceptivos, satisfacción con el uso de anticonceptivos y el tipo de anticonceptivo usado en adolescentes que acuden al Servicio de Adolescentes del Hospital Gineco-Obstétrico “Isidro Ayora” durante los meses de septiembre a octubre del 2012.

MATERIALES Y METODOS

Operacionalización de variables del estudio:

Definiciones Operacionales:

- **Variable Dependiente:**

Deserción de métodos anticonceptivos en adolescentes: Es el abandono del método anticonceptivo por cualquier circunstancia en adolescentes que usaban algún método de planificación familiar.

Variables Independientes:

1. Factores Socio demográficos:

Edad de la Adolescente.-Número de años cumplidos.

Instrucción.- Número de años aprobados por la adolescente. El nivel mínimo corresponde a la ausencia de instrucción hasta el nivel máximo que es el superior incompleto.

Nivel Socioeconómico.-Es la capacidad que tiene la adolescente para acceder a un conjunto de bienes y estilo de vida, según la escala de Graffar modificada el nivel socio económico se analiza en base a la profesión del jefe o jefa del hogar, nivel de instrucción de la esposa o compañera del jefe o de la jefa del hogar, principal fuente de ingresos del hogar y condición de la vivienda.²²

Estado Civil.- situación legal en la que se encuentra la adolescente en relación a su pareja.³

Creencias o mitos: Se refiere a las ideas consideradas verdaderas en el ámbito religioso, personal y socio cultural acerca de los métodos anticonceptivos por parte de las adolescentes.⁴

2. Factores Familiares: Son aquellas características del ambiente familiar que modifican el comportamiento de la adolescente.

Percepción de la relación de pareja.- Se refiere a como la adolescente aprecia la comunicación e intimidad con su pareja.

Percepción del apoyo por parte de la pareja.- Se refiere a como la adolescente siente la ayuda por parte de su pareja durante su vida cotidiana.

Aceptación por parte de los padres: Se refiere a la confianza del adolescente con sus padres para informar del inicio de relaciones sexuales y al apoyo que estos dan a la misma para el uso de anticonceptivos.

3. Factores relacionados a la anticoncepción: Incluye aquellos factores relacionados con el uso de métodos anticonceptivos, conocimientos, satisfacción sobre los mismos y su uso adecuado por parte del adolescente.

Información recibida sobre métodos anticonceptivos.- Son los medios de información usados como colegio, padres, medios de comunicación, además del grado de comprensión de la información y el conocimiento asimilado por parte de la adolescente tras la explicación de los mismos.

Uso de anticonceptivos.-Es la manera como usa la adolescente el método anticonceptivo, la frecuencia, horario y día de inicio del mismo.

Frecuencia de uso de anticonceptivos: Es la regularidad de uso de métodos anticonceptivos por parte del adolescente.

Satisfacción con el uso de anticonceptivos.- Es la medida como el método anticonceptivo cumple con las expectativas de la adolescente ya sea por el costo, ausencia de efectos adversos o fácil uso. ²

Tipo de anticonceptivo: Es el método anticonceptivo usado por la adolescente entendiéndose como: orales, inyectables, subdérmicos, dispositivos intrauterinos y MELA.

Variable Dependiente:

Dimensión	Indicador	Escala
Deserción de método anticonceptivo	Si No	Proporción

Variabes Independientes:

Factores Socio - Demográficos

Variabes	Dimensión	Indicador	Escala
Instrucción		Ninguna Primaria Secundaria Superior Incompleta	Proporción
Nivel Socio Económico	Profesión	Negocio propio, empleada formal e informal, obrera, comerciante, obrera no especializada.	Puntaje de la Escala de Graffar : - Alto 16 – 20 - Medio Alto 13-15 - Medio Bajo 10-12 - Bajo 7 a 9 - Marginal 4 a 6
	Nivel de instrucción de el esposo o compañero del hogar,	Universitaria, técnico secundaria completa e incompleta, primaria, ninguna.	
	Condición de la vivienda	Optima, ambiente lujo y sin lujo, buenas condiciones, espacio reducido, deficiencias sanitarias, precaria	
Estado Civil		Soltero Unión libre Casada Separada Divorciada	Proporción

Factores de Anticoncepción

Variables	Dimensiones	Indicador	Escala
Factores relacionados a la anticoncepción	Uso de anticonceptivos	Si No	Proporción
	Tipode anticonceptivo	Orales Barrera Inyectables DIU MELA	Proporción
	Frecuencia de uso de anticonceptivo	Diario Mensual Cada 3 meses Ocasional Permanente	Proporción Como lo usa Día del ciclo Hora de uso
	Satisfacción con el método anticonceptivo	Fácil uso Barato No efectos adversos	Si No
Información del uso de métodos anticonceptivos	Calidad de Información recibida	Buena Mala Regular	Proporción
	Medios de información	Padres Personal de salud Colegio Medios comunicación (tv, radio)	Si No
	Comprensión de la información	Claridad en el lenguaje Tiempo de explicación Dudas tras explicación	SI / NO
	Conocimiento sobre métodos anticonceptivos	Formas de uso Tipos de métodos Mecanismo acción del método	Mucho Poco Nada

Categorías de variables cualitativas

1. Relación de pareja

- Grado de Comunicación
- Intimidad

2. Acompañamiento de la pareja

- consulta medica
- exámenes
- casa

3. Percepción del adolescente del apoyo familiar

- Padres
- Pareja
- Hermanos
- Abuelos

4. Creencias

- religiosas
- socio culturales
- personales

Tipo de estudio: El presente es un estudio de Caso- Control. Los casos son adolescentes que usaban anticonceptivos y se quedaron embarazadas y los controles son adolescentes que usan anticonceptivos y no se encuentran embarazadas

Universo y área estudio: Adolescentes menores de 19 años que acuden a consulta externa de Adolescencia del Hospital Gineco – Obstétrico Isidro Ayora durante los meses de septiembre y octubre del 2012.

Tamaño de la Muestra

Con un 95% de confianza y con un poder de 80%, se calcula el tamaño de la muestra considerando el peor escenario para la exposición en los casos, lo que significa que todas las adolescentes embarazadas tuvieron la misma probabilidad de estar o no

expuestas a los factores de riesgo del estudio para desertar del uso del método anticonceptivo que hubieran estado usando, mientras que se considera que en las adolescentes no embarazadas también estarían expuestas a esos factores de riesgo, pero en menor proporción, un 30%.

Unmatched Case-Control Study (Comparison of ILL and NOT ILL)

Two-sided confidence level:

Power: %

Ratio of controls to cases:

Percent of controls exposed: %

Odds ratio:

Percent of cases with exposure: %

	Kelsey	Fleiss	Fleiss w/ CC
Cases	95	93	103
Controls	95	93	103
Total	190	186	206

Tipo de muestreo: No representativo e intencionado

Criterios de inclusión para los casos

- Adolescentes menores de 19 años que acudieron embarazadas por abandono de algún método anticonceptivo independientemente del período intergenésico en el caso de gestaciones previas, que acuden a control en el Servicio de Adolescencia en el Hospital Gineco – Obstétrico Isidro Ayora durante los meses de septiembre y octubre del 2012.

Criterios de inclusión para los controles

- Adolescentes menores de 19 años que usan anticonceptivos y no se encuentren embarazadas y que acuden a planificación familiar en el Hospital Gineco – Obstétrico Isidro Ayora durante los meses de septiembre y octubre del 2012.

Criterios de exclusión

- Adolescentes mayores 19 años.
- Adolescentes que se encuentren embarazadas y no usaron métodos anticonceptivos
- Mujeres no adolescentes que se encuentren embarazadas y no usaron métodos anticonceptivos.

Procedimiento de recolección de información:

Se acudió al Servicio de Adolescencia del Hospital Gineco – Obstétrico Isidro Ayora en los meses de Septiembre y Octubre del 2012. Se procedió en ambos grupos a la aplicación de una encuesta dirigida (anexo 1) y una entrevista semiestructurada (anexo4) acerca de los factores de riesgo para deserción del uso de métodos anticonceptivos, además se midió el nivel socioeconómico a través de parámetros tomados de la escala de Graffar (anexo 3).

Análisis de la Información:

Una vez que se recolectó toda la información, el procesamiento de los datos cuantitativos de cada una de las variables se realizó en el programa Epi-Info versión 3.3.2. Para el análisis y discusión de los resultados se utilizaron pruebas estadísticas, que permitieron medir el grado de asociación existente entre los factores riesgo y la deserción de métodos anticonceptivos, tales como el Odds Ratio (OR) y como medida de significancia el chi cuadrado, estos últimos se resumen en los gráficos y tablas expuestos en la sección de resultados y en la discusión.

Para las variables cualitativas se procedió a un análisis narrativo de contenido que consistió en la transcripción de los datos de las entrevistas hasta saturar la información,

la búsqueda de significado de los fenómenos para los sujetos de estudio, la ampliación de la comprensión de la realidad como una totalidad, la identificación de categorías y creación de nuevas categorías con el fin de obtener una visión más completa del objeto de estudio.

ASPECTOS BIOETICOS

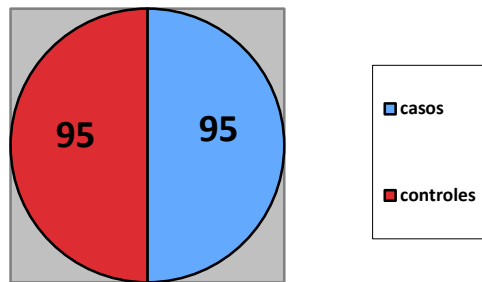
Previo a la aplicación de la encuesta, se le informó a la participante acerca del estudio y los objetivos del mismo y de la autorización del Hospital para la realización del mismo, Su participación fue confirmada mediante la firma del consentimiento informado, basado en las normas de Helsinki²³

Es importante recalcar que los datos recopilados en las encuestas fueron anónimos y, por ningún motivo, han sido utilizados para otros fines que no fueran los del estudio.

RESULTADOS

Se estudiaron 190 adolescentes que acudieron al Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora durante los meses de Septiembre a Octubre del 2012, de las cuales 95 correspondieron a las adolescentes que usaban anticonceptivos y no se encontraban embarazadas (controles) mientras que las otras 95 eran adolescentes que usaban anticonceptivos y se encontraban embarazadas (casos).

1. ANALISIS DESCRIPTIVO



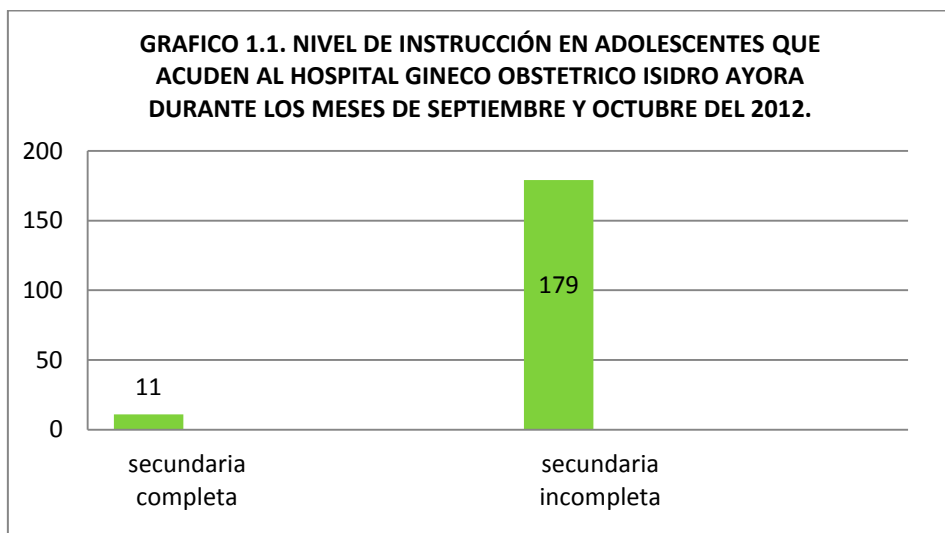
1.1 Factores Sociodemográficos

1.1.1 El rango de edad en el que se usó los métodos anticonceptivos en el presente estudio fue de 14 a 18 años, con una media de 16 años (Tabla No 1.1).

Tabla. 1.1 Edad en años de las pacientes casos y controles que usan anticonceptivos y acudieron al Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora durante los meses de Septiembre y Octubre del 2012.

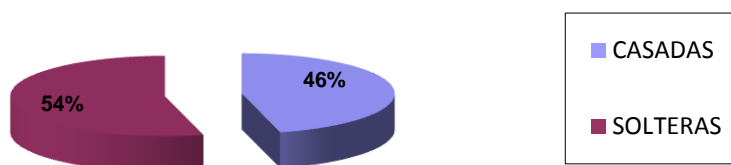
Edad	Media	Valor Mínimo	Valor Máximo
Casos	16.3	14	18
Controles	16.4	14	18

1.1.2 En lo referente al nivel educacional alcanzado, se encontró que 11 pacientes (12%), se ubicaron en el nivel secundario-completa, mientras que el 94% restante alcanzaban el secundaria-incompleta. (Gráfico1.1)



1.1.3 En cuanto al estado civil se determinó que solamente el 46% poseían una pareja estable, en relación al 54% que no poseían pareja (Gráfico1.2).

GRAFICO 1.2. ESTADO CIVIL EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL GINECO OBSTETRICO ISIDRO AYORA DURANTE LOS MESES DE SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DEL 2012.

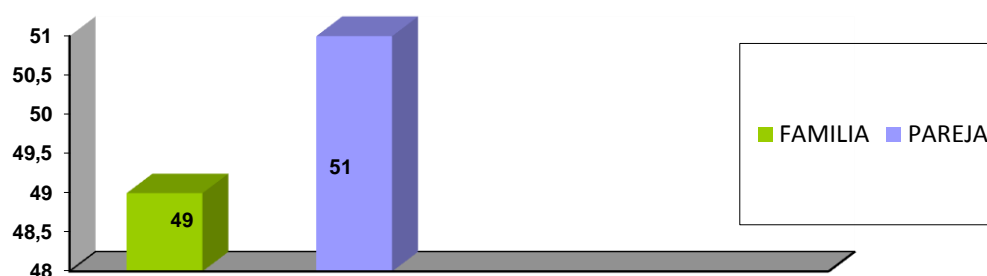


1.1.4 Los resultados relacionados con la estratificación social indicaron que un 56% del total de adolescentes se encuentra en el estrato medio mientras que un 44% pertenece al estrato bajo.

1.2 Factores Familiares

1.2.1 Al analizar la variable con quien vive la adolescente se observó que la mitad viven con su pareja, en tanto que la otra mitad vive con su familia (Gráfico 1.4).

GRAFICO 1.4. CON QUIEN VIVEN LAS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL GINECO OBSTETRICO ISIDRO AYORA EN LOS MESES DE SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DEL 2012



1.2.2 Al analizar la percepción de la relación de la adolescente con la pareja en las esferas comunicación e intimidad, las adolescentes tuvieron respuestas variadas pero limitadas, la cuarta parte de las entrevistadas manifestaron tener una buena relación basada en la conversación según las respuestas mencionadas “...buena, conversamos mucho...”, mientras que en la mitad las respuestas fueron “...no le veo mucho por el trabajo...”. En base a esta situación pudimos observar que a pesar de que el 46% de las adolescentes tiene pareja estable solo la cuarta parte en realidad posee una buena relación con la misma. Por otro lado el restante de las adolescentes no tienen pareja debido a que fueron abandonadas por el embarazo;...“ No tengo pareja, me dejó por el embarazo” escenario de riesgo ya que la adolescente enfrenta sola la responsabilidad del mismo.

1.2.3 Con respecto al apoyo recibido por parte de la pareja, las tres cuartas partes de las adolescentes que tenían pareja manifestaron que reciben apoyo tanto emocional como

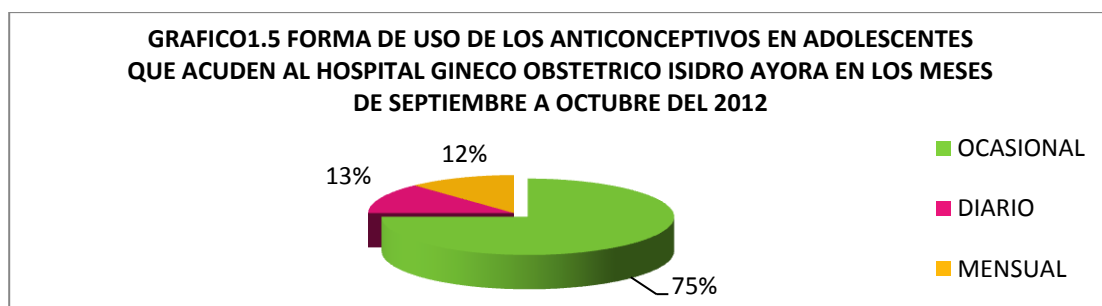
en las actividades cotidianas *“Me ayuda en todo sentido, en lo que él podía, emocionalmente, en la casa”*, sin embargo la cuarta parte por el hecho de la pareja trabajar no recibían mayor apoyo por la misma *“ llega tarde del trabajo y no puede ayudarme”* , las adolescentes en cambio que han sido abandonadas no reciben apoyo por su pareja .*“ En nada desapareció”* pero si reciben de su familia *“Mis padres me ayudan y apoyan económicamente aunque es difícil para ellos “*.

1.2.4 Al indagar sobre la aceptación de la familia frente al embarazo, las adolescentes manifestaron que reaccionaron de variadas formas, en unos casos apoyándolas *“Se pusieron felices, pero igual sorprendidos por el embarazo”*, en otros casos reaccionaron con enojo *“Se enojaron al inicio pero luego se pusieron felices”*, *“Se desilusionaron mucho pero luego me apoyaron”*, respuestas que resaltan la resignación de la familia ante el embarazo.

1.2.5 Al interrogar sobre el pensamiento de la familia e iglesia sobre anticonceptivos las adolescentes en general dijeron *“No hablan de eso nunca”*, *“No sé, no les he preguntado”*, factor importante ya que no existe una apertura con la familia para hablar de anticoncepción siendo este un factor de riesgo ya que expone a la adolescente a conseguir información en otras personas que en general son sus compañeras quienes poco o nada pueden apoyar.

1.3 Factores relacionados a la anticoncepción

1.3.1 Se estudió el modo de empleo de los anticonceptivos entre las adolescentes, determinándose que el 75% en el momento de la investigación usaban de forma ocasional, 12% mensual y el 13% usaba a diario. (Gráfico 1.5).



1.3.2 El método anticonceptivo más usado fue el preservativo con un 78%, seguido por las inyecciones con un 15% y finalmente las píldoras en un 6%.

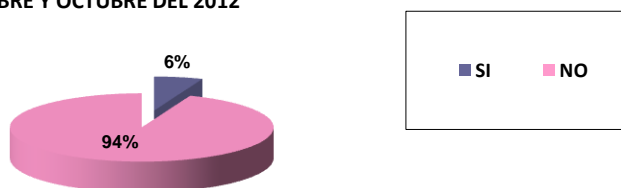
1.3.3 De todas las pacientes que utilizaron anticoncepción se encontró que el 81% no se encontraba satisfecha con el anticonceptivo que usaba, mientras que un 19% si lo estaba (Gráfico 1.6). Entre las principales causas de inconformidad fueron, incomodidad y olvido en un 85%, alergia en un 10% y costo en un 5%.



1.3.4 La información en relación al conocimiento del mecanismo de acción de los anticonceptivos mostró, que de un total de 190 pacientes estudiadas, un 6% (12 pacientes) conoce el mecanismo de acción de su método anticonceptivo mientras que el

94% no sabe cómo actúa el mismo (Gráfico 1.7). En lo que se refiere al tiempo de explicación acerca de anticoncepción por parte del proveedor de salud, cerca de las tres cuartas partes refirió que no fue adecuado, mientras que el 31% restante consideró que. El tiempo promedio de explicación fue de 11 minutos.

GRAFICO1.7. CONOCIMIENTO DEL MECANISMO DE ACCION DE LOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL GINECO OBSTETRICO ISIDRO AYORA EN LOS MESES DE SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DEL 2012



1.3.5 El lenguaje usado en la explicación fue percibido como comprensible en un 70% y el 30% restante lo calificó como totalmente claro. Tras la explicación recibida, un 36% de pacientes refirieron tener dudas y un 64% indicaron no tener dudas acerca de anticoncepción.

La principal fuente de información sobre anticoncepción fueron las amigas de las adolescentes con un 43%, seguida por la televisión con un 24%, luego el colegio con un 18% y finalmente el personal de salud con un 16%.

1.3.6 Al preguntar sobre la opinión que tienen las adolescentes sobre los anticonceptivos mencionaron en las tres cuartas partes tener inconvenientes como: “*Que se usan a diario y me olvidaba de tomar*”, “*Que el preservativo es incomodo por eso no usaba*” sin embargo reconocían su beneficia y eficacia al responder “*.....Son buenos cuando se los sabe usar*”, “*Que nos protegen del embarazo si se usan siempre*”.

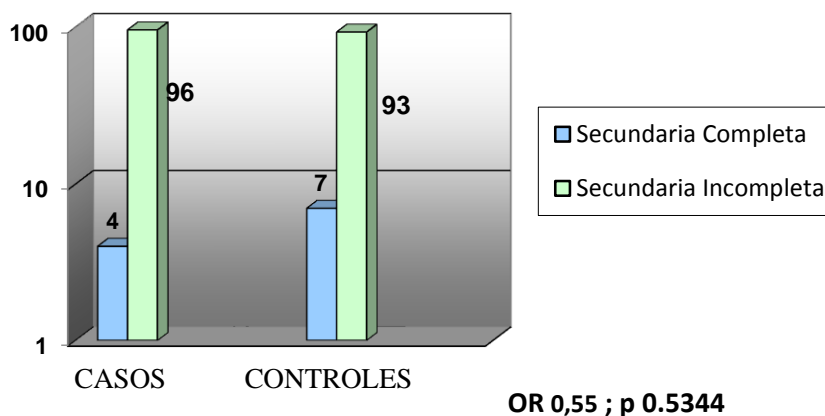
2. ANALISIS MULTIVARIAL

2.1 Factores Socio demográficos

2.1.1 En lo que respecta a la etapa de la adolescencia en que se encontraban las pacientes se observó que tanto los casos (57%) como los controles (60%) estaban en adolescencia media ($p=0.88$).

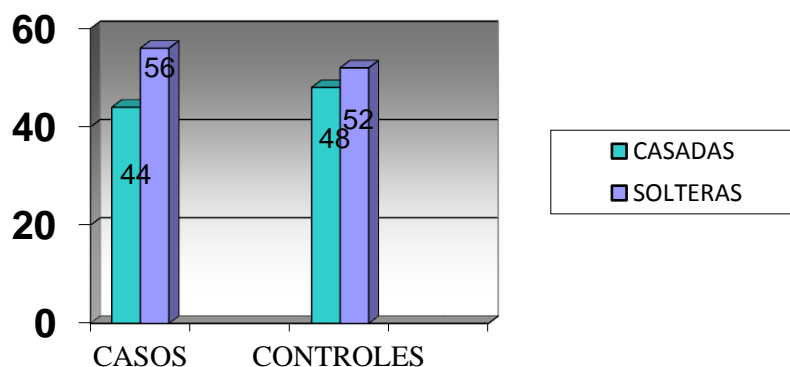
2.1.2 Los casos y los controles poseen un nivel educacional ubicado mayoritariamente en el estrato de secundaria incompleta, en los casos representa el 95.8% mientras que en los controles 92.6%. Se encontró que las adolescentes con instrucción secundaria completa tienen menor riesgo de deserción de métodos anticonceptivos, aunque el valor de chi no fue estadísticamente significativo ($p=0.5344$). (Gráfico 2.1)

GRAFICO 2.1 NIVEL DE INSTRUCCION EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO MATERNIDAD ISIDRO AYORA DURANTE LOS MESES DE SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DEL 2012.



2.1.3 En lo referente al estado civil un 44% de los casos tenía pareja estable, mientras que los controles un 48% (Gráfico 2.2). Además se determinó que las pacientes con pareja estable presentan menor riesgo de tener deserción de métodos anticonceptivos (OR= 0.84, IC=0.4- 1.49) aunque no fue estadísticamente significativo.

GRAFICO 2.2 ESTADO CIVIL DE ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO MATERNIDAD ISIDRO AYORA DURANTE LOS MESES DE SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DEL 2012.



OR 0,84 ; p 0,6624

2.1.4 En la estratificación social el estrato medio predominó en los dos grupos con un 57% en los casos y 56% en los controles, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas (P=1)

Tabla 2.1 Factores socio demográficos en Adolescentes que acudieron al Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora durante los meses de Septiembre y Octubre del 2012.

Estratificación Social	Casos		Controles		OR	IC	Valor Chi
	Pacientes	Porcentajes	Pacientes	Porcentajes			
Bajo	41	43.1	42	44.2	0.95	0.54 -1.7	1
Medio	54	56.9	53	55.8			

2.2 Factores Familiares

2.2.1 En cuanto se refiere al aspecto familiar se determinó que el grupo de casos el 50.5% de pacientes vivían con su familia mientras que en los controles el 52.6% vivían con su pareja ($p=0.77$), no hubo diferencia significativa (tabla 2.2).

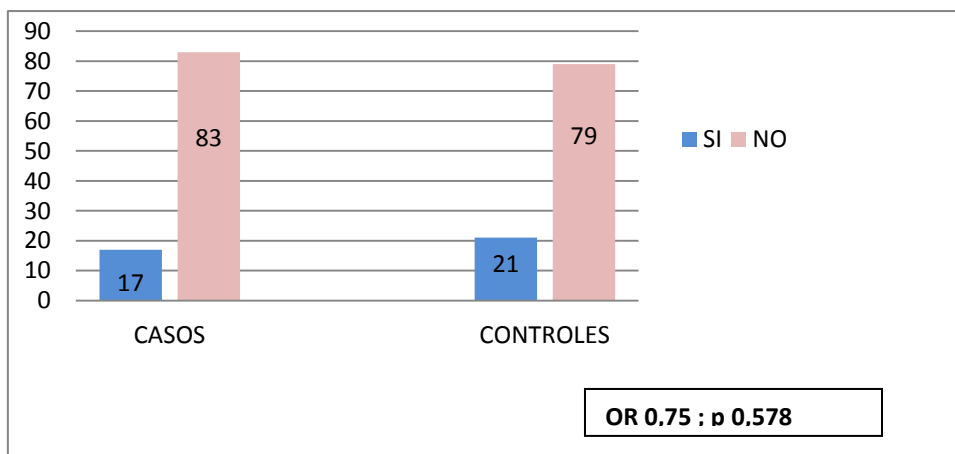
Tabla 2.2 Factores Familiares en Adolescentes que acudieron al Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora durante los meses de Septiembre y Octubre del 2012.

Factores	Casos		Controles		OR	IC	Valor Chi
	Pacientes	%	Pacientes	%			
1. Con quien vive							
Familia	48	50.5	45	47.4	1.13	0.6-2.0	0.7716
Pareja	47	49.5	50	52.6			

2.3 Factores relacionados a la anticoncepción

2.3.1 En relación a los factores de anticoncepción, se pudo observar que en el 83% de los casos y en 79% de los controles no se encontraban satisfechas con el método anticonceptivo (Gráfico 2.3). La satisfacción con el método se asocio a un menor riesgo de deserción ($OR=0.75$), aunque estas diferencias no fueron significativas ($p=0.578$)

GRAFICO 2.3 SATISFACCION CON EL ANTICONCEPTIVO SELECCIONADO EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO MATERNIDAD ISIDRO AYORA DURANTE LOS MESES DE SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DEL 2012.

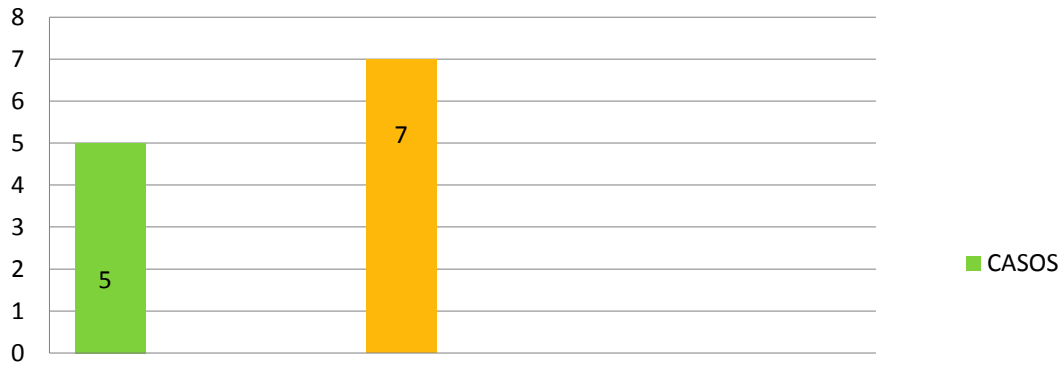


2.3.1 En lo que se refiere al uso de anticonceptivos en ambos grupos predomina el uso ocasional siendo el preservativo el método más utilizado, seguido en los casos por la inyección mensual (14%), mientras que en los controles el anticonceptivo oral fue el segundo con el 15% .

2.3.2 La razón para el uso ocasional de los métodos anticonceptivos en los dos grupos fue la incomodidad de los mismos casos 82% y controles 79%, seguido en el grupo de los casos por el olvido 6.9% y en los controles por la alergia 8.5%.

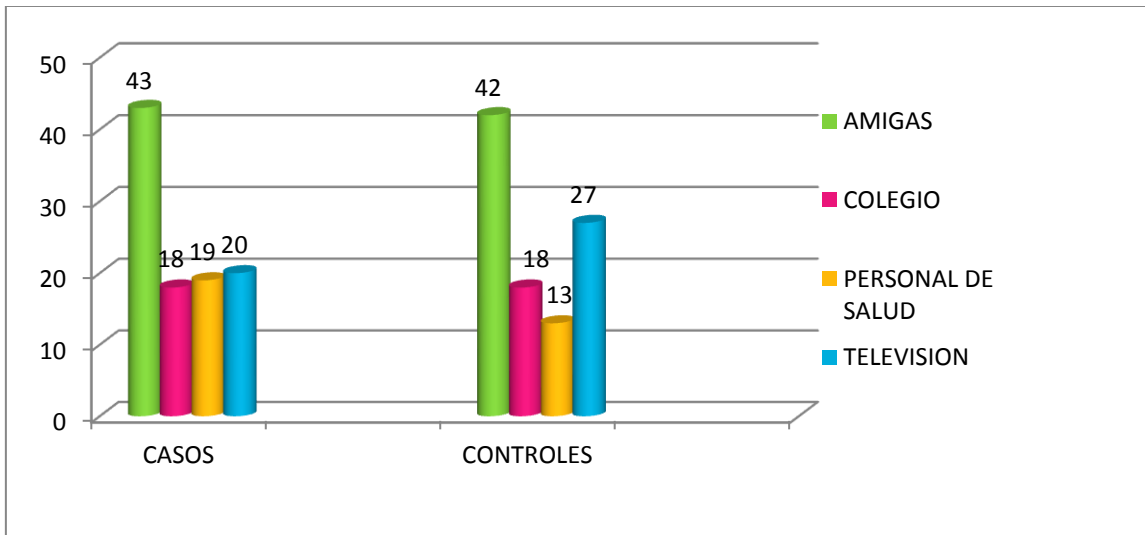
2.3.3 Se pudo observar que las adolescentes que usa el método anticonceptivo sabiendo el mecanismo de acción de los mismos, es bajo, evidenciándose un 5% en los casos y 7% en los controles.

GRAFICO 2.4 CONOCIMIENTO DEL MECANISMO DE ACCION DE LOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL GINECO OBSTETRICO ISIDRO AYORA EN LOS MESES DE SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DEL 2012



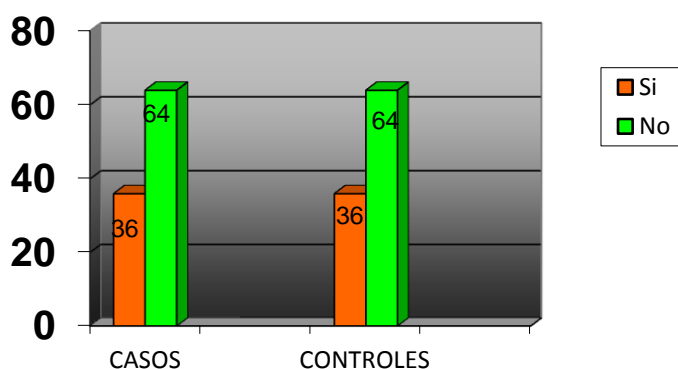
2.3.4 En lo que respecta a la información sobre métodos anticonceptivos en los dos grupos la principal fuente fue las amigas casos 43% y controles 42%, siendo el porcentaje más bajo el de información impartida por el personal de salud en los casos con el 19% y en los controles con el 13% (Gráfico 2.5).

GRAFICO 2.5 MEDIOS DE INFORMACION SOBRE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO MATERNIDAD ISIDRO AYORA DURANTE LOS MESES DE SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DEL 2012.



2.3.5 En los dos grupos de adolescentes la percepción sobre el tiempo de explicación dada por el personal de salud sobre métodos anticonceptivos no fue suficiente (p 0.87) (Gráfico 2.6); el lenguaje usado fue comprensible para ambos grupos casos 68% y controles 73% (p 0.63). Resultados que no fueron significativos.

GRAFICO 2.6 TIEMPO DE EXPLICACION SOBRE ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO MATERNIDAD ISIDRO AYORA DURANTE LOS MESES DE SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DEL 2012.



OR 1; p 0,87

2.3.6 En la tabla No. 2.3 se expone el tiempo promedio de explicación sobre anticonceptivos brindado por el personal de salud siendo de 11 minutos para ambos grupos.

Tabla. 2.3 Tiempo promedio de explicación de uso de métodos anticonceptivos en adolescentes que acudieron al Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora durante los meses de Septiembre y Octubre del 2012.

Tiempo	Media	Valor Mínimo	Valor Máximo	Valor de p
Casos	11	5	20	0.087
Controles	10.63	5	20	

DISCUSION

En el Ecuador, el censo realizado en el año 2010, demuestra que el número de los y las adolescentes que inician su vida sexual a muy temprana edad es elevado, tanto así que entre las edades de 10 y 14 años, 346.700 niñas se encontraban embarazadas o ya tuvieron un embarazo, entre las edades de 15 a 19 años, según el censo ya eran madres para el 2010 un 17.2%.³

Estas cifras ubican al Ecuador liderando la lista de países andinos con el mayor índice de embarazos en niñas y adolescentes.²⁴

En un estudio realizado por Sánchez Díaz (2008), en México; se evidencia al igual que en el presente estudio, que no hay relación directa entre el conocimiento de los anticonceptivos y su uso práctico, solo la mitad de las y los adolescentes sexualmente activos usan algún tipo de anticonceptivos, al comparar con el estudio realizado se evidencia algo similar ya que el uso de anticonceptivos por las adolescentes es en un 15%.²⁵

En Colombia, Gómez Duque (2009), realizó una investigación sobre los anticonceptivos usados por las adolescentes con embarazo no planificado, en el cual demostró que un 79.4% de las adolescentes no conocen el mecanismo de acción de los métodos anticonceptivos. En este estudio se pudo observar que menos del 1% del total de adolescentes estudiadas conocen el mecanismo de acción del método anticonceptivo, por lo que la deserción es alta ya que en la gran mayoría el uso es ocasional y/o de forma incorrecta.⁹

En el presente estudio se pudo observar que el nivel de instrucción (OR 0.5) es un factor protector para la deserción de los métodos anticonceptivos, situación observada también en un estudio realizado en Chile (2010) donde se obtuvo asociación entre la deserción de métodos anticonceptivos y el nivel de instrucción.²⁶

En lo que respecta al nivel socioeconómico (OR 1) y la deserción de métodos anticonceptivos no se evidenció relación en el presente estudio, situación contraria a la observada en el estudio realizado en Rio de Janeiro (2007), donde la deserción de métodos anticonceptivos se ve influenciada directamente por varios factores, entre ellos el nivel socioeconómico bajo, la aceptación de la familia, el compromiso que asume su pareja al enterarse de su estado y el nivel de estudios ($p < 0,001$).¹⁴

La pobreza influye directamente en la probabilidad que tienen las jóvenes de quedar embarazadas y si es así entran en un círculo vicioso, ya que la maternidad precoz suele comprometer sus resultados académicos y su potencial económico.¹⁴

Un estudio realizado en EEUU por Weberly (Contraception, 2010) revela que los adolescentes no dialogan sobre sexualidad, enfermedades de transmisión sexual o embarazo con sus padres; situación similar demostrada en el presente estudio donde vemos que el 100% de adolescentes encuestadas nunca han hablado de anticoncepción en su hogar.¹⁶

Los métodos anticonceptivos de barrera y hormonales resultaron ser los métodos más conocidos por las adolescentes en el presente estudio, siendo el condón el más usado con un 75% , situación observada también en el Informe Social de la Juventud en América Latina

Chile (2010) donde el método anticonceptivo más usado entre los y las adolescentes es el preservativo (82,9%), seguido a gran distancia de la píldora (13,4%) y el DIU (2,2%).²⁶

En Brasil en un estudio realizado en el 2011 en adolescentes se encontró que la información sobre métodos anticonceptivos estaba dada por amigos 15.5%, padres o familiares 14.6%, profesionales de la salud 14% y por profesores el 10.6%,¹⁹ situación similar observamos en el estudio realizado ya que el 43% de las adolescentes obtienen la información sobre los métodos anticonceptivos de sus amigas y solo un 16% lo hace del personal de salud.²⁰

Por otra parte observamos en el presente estudio que la satisfacción con el método elegido es un factor protector para la deserción de métodos anticonceptivos, situación corroborada en un estudio realizado en España donde 89,4% de las mujeres estudiadas se sienten satisfechas con el anticonceptivo lo que ayudo a la adherencia al método.¹⁹

La visión actual de la iglesia no ha variado mucho con los años ya que siguen renuentes al uso de métodos anticonceptivos la única excepción es la píldora de emergencia o del día siguiente la cual fue aprobada a través del Papa Benedicto XVI en los hospitales alemanes, siempre y cuando las mujeres hayan sido víctimas de violación.²⁷

Limitaciones del Estudio

El presente estudio tiene varias limitaciones entre ellas que los dos grupos investigados tanto los casos como los controles tuvieron la misma probabilidad de estar o no expuestos a los factores de riesgo, solo que el grupo control en un porcentaje menor 30%.

Por otro lado el análisis cualitativo se saturó rápidamente puesto que por la instrucción y el grado de madurez de la población estudiada no se pudo contar con más información.

Otra dificultad grande fue que la bibliografía es limitada sobre el fracaso de anticonceptivos y las causas de este, además en el país no hay datos actualizados situación que no colaboro para realización de una discusión más avanzada.

Por último se evidencio un sesgo en el conocimiento dado sobre anticonceptivos por parte del proveedor de salud ya que la entrevista se realizo dentro de la Maternidad Isidro Ayora y como parte del personal de esta, lo que ocasiona que las adolescentes tengan recelo en la contestación al valorar el tiempo, el lenguaje usado y la explicación dada por el médico acerca de anticoncepción.

CONCLUSIONES

1. La edad promedio que tuvieron las adolescentes para el uso de anticonceptivos fue de 16 años.
 2. Entre los factores protectores para la deserción de los métodos anticonceptivos podemos citar: el mayor nivel de instrucción (OR 0.5), el poseer una pareja estable (OR 0.8), la conformidad con el método elegido (OR 0.7), el lenguaje comprensible por parte del servidor público al dar información sobre anticonceptivos (OR 0.6) y el tiempo usado por el proveedor de salud para la explicación de anticonceptivos (OR 0.8) aunque no fueron estadísticamente significativos.
 3. En lo que respecta al nivel socioeconómico no se encontró asociación con la deserción de métodos anticonceptivos (OR 1).
 4. En el ámbito familiar pudimos ver que el recibir apoyo por parte de la pareja disminuye el riesgo de deserción de los métodos anticonceptivos puesto que existe comunicación y comprensión. Los padres no están de acuerdo con el inicio temprano de la vida sexual sin embargo ante un embarazo adolescente hay resignación con sorpresa o desilusión.
 5. Entre los factores de riesgo para la deserción de los métodos anticonceptivos tenemos: que la principal fuente de información sobre anticonceptivos (43%) son los mismos adolescentes, el desconocimiento (94%) de las adolescentes del mecanismo de acción del método anticonceptivo, el uso ocasional del método (75%), el poseer dudas tras la explicación del proveedor de salud, el bajo nivel educativo y la insatisfacción con el método anticonceptivo usado.
1. El tipo de anticonceptivo más usado fue el preservativo 78%, seguido de las inyecciones mensuales 13% y el 9% anticonceptivos orales.

RECOMENDACIONES

- Ofrecer a los docentes de los centros educativos capacitaciones referentes a la salud sexual y reproductiva para que puedan educar oportunamente a los estudiantes.
- Mejorar la consulta de planificación familiar mediante la implementación de manuales, folletos, carteles de métodos anticonceptivos donde se explique de forma clara y con palabras sencillas el mecanismo de acción de los métodos y la forma correcta de uso. De esta forma se convertirá el proveedor de salud en la principal fuente de información de anticoncepción lo que garantizara menor embarazo adolescente.
- Aumentar el horario de despacho de anticonceptivos en la tarde ya que la mayoría de adolescentes terminan su actividad curricular a las 13h00 y no alcanzan al facultativo para entrega del mismo.
- Contratar a nivel público personal especializado solo para planificación familiar en el adolescente con el propósito de brindar una atención rápida y oportuna cuando ellos la soliciten y se evite la espera innecesaria que ocasiona la no atención de los mismos.
- Diseñar y transmitir por radio pública programas sobre sexualidad y salud sexual y reproductiva con énfasis en promoción y prevención.
- Aumentar un componente de Salud Sexual y Salud Reproductiva en la corresponsabilidad de la Transferencia Monetaria Condicionada podría potenciar el efecto del Bono de Desarrollo Humano sobre los indicadores de Fecundidad, en la edad del primer hijo nacido vivo y en la edad del primer embarazo de las mujeres.

ANEXO 1

Pontificia Universidad Católica del Ecuador
Facultad de Medicina
Proyecto de Investigación
Encuesta No...

Hospital Gineco-Obstétrico "Isidro Ayora" Quito

Edad:

Instrucción: Ninguna Secundaria (1,2,3,4,5,6)
Primaria Superior

Estado Civil (social): Soltera Separada
Casada Divorciada
Unión Libre

1. Ha utilizado algún método anticonceptivo en el último año?

Si NoCuál.....

2. Cómo utiliza el método anticonceptivo?

Diario: En caso de pastillas describa como las toma.....

Mensual

Ocasional

Permanente

Si contestó ocasional, cuál es la causa:

- Olvido
- Efectos indeseables al usarlo
- No sabe como usarlo
- costo
- Otros (especificar)

3. Está o estaba conforme con su método anticonceptivo, por qué ?

- Fácil uso
- Barato
- No efectos adversos

4. Con quién vive?

Pareja

Un solo padre (papá) (mamá)

Ambos padres

Abuelos

5.- Ha recibido información sobre el uso de métodos anticonceptivos?

Si No

6.- Quién o quienes le ha proporcionado información sobre métodos anticonceptivos?

- Sus padres
- En el colegio
- Amigos
- Medios de comunicación
- Personal de salud

7.Cuál fué el tiempo promedio que el personal de salud destinó para la explicación sobre el uso de métodos anticonceptivos?

_____ (minutos)

8.- Le pareció suficiente el mismo: SI No

9. Califique el lenguaje usado por el proveedor de salud para la explicación del uso de métodos anticonceptivos: puntajes del 1 al 5, donde el 1 es no entendible y 5 corresponde a totalmente claro

1 2 3 4 5

10. Tras la explicación sobre el uso de métodos anticonceptivos por parte del proveedor de salud le quedaron dudas?

Si No

11. Enumere los anticonceptivos que conoce?

12. Sabe el mecanismo de acción de su método anticonceptivo?

SI NO

CUÁL ES:

ANEXO 2

UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

PROYECTO DE INVESTIGACION

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha:

Yo,con Cédula de Identidad #

luego de haber sido informado acerca del objetivo del presente estudio acepto colaborar con el mismo.

Firma:

ANEXO 3

Estratificación Social basada en Método Graffar Modificado

Ocupación		Nivel de Educación	
1. Negocio Propio	5	1. Universitaria	5
2. Empleado Formal	4	2. Técnico Secund. Completa / Incompleta	4
3. Empleado Informal u Obrero	3	3. Secundaria Completa / Incompleta	3
4. Comerciante Informal	2	4. Primaria	2
5. Obrero no Especializado	1	5. Ninguna	1
Ingresos Semanal en \$		Vivienda	
	5	1. Óptima, ambiente de lujo	5
	4	2. Óptima sin lujo	4
	3	3. Buenas condiciones, espacio reducido	3
	2	4. Deficiencias sanitarias	2
	1	5. Precaria	1

ANEXO 4

ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA

1. Cómo es su relación de pareja? En las esferas: comunicación, intimidad
2. Cuál es el apoyo que recibió de su pareja en el embarazo?
3. Cómo reaccionó su familia frente al embarazo?
4. Qué dificultad ha percibido con el método anticonceptivo?
5. Qué piensa su familia sobre los anticonceptivos?
6. Qué opina usted sobre los métodos anticonceptivos?
7. En su iglesia cómo es la apertura para el uso de anticonceptivos?

GUIA RECOMENDADA

¿Cómo Pueden Hablar los Padres con sus Hijos Adolescentes?

1. SEA ABIERTO. Los jóvenes aprecian la sinceridad de sus padres.
2. SEA EL EXPERTO. Significa hablar con ellos y escuchar su punto de vista. Tome el tiempo para escuchar y responder.
3. SEA ACCESIBLE. Aunque los padres estén muy ocupados, es importante ser accesible para sus hijos cuando tienen que hablar con usted.
4. SEA CONFIADO. Los hijos quieren que sus padres les tengan confianza y que les muestren que les quieren, pase lo que pase.
5. MANTÉNGASE TRANQUILO. Los adolescentes dicen que mantenerse tranquilo es algo que los padres pueden hacer para mejorar las conversaciones sobre asuntos delicados como el sexo.
6. HAGA PREGUNTAS ABIERTAS. Pregúnteles a sus hijos lo que ellos piensan, haciendo preguntas abiertas (las que no se pueden contestar con un mero “sí” o “no”).
7. ESCUCHE A SUS HIJOS. Deje que sus hijos hablen sin interrupción. No interrumpa ni termine sus oraciones.
8. PÓNGASE EN EL LUGAR DE SUS HIJOS. Haga un esfuerzo para ponerse en el lugar de sus hijos y pensar en las cosas desde su perspectiva.
9. APELE A METAS COMUNES. Cuando quiera que sea posible, ponga énfasis en las metas comunes y dígasles a sus hijos que usted quiere todo lo mejor para ellos.

Sea compasivo.

10. DEMUESTRE SU INTERÉS. Asegúrese de que sus hijos sientan que usted está prestándoles toda su atención. Mantenga contacto visual con sus adolescentes cuando habla.

Como puede ayudar el MSP?

1. LEGISLAR EL ACCESO A LA INFORMACIÓN Y LOS SERVICIOS DE ANTICONCEPCIÓN: Permitir que todas las adolescentes puedan obtener anticonceptivos.

2. REDUCIR EL COSTO DE LOS ANTICONCEPTIVOS PARA LAS ADOLESCENTES: Las limitaciones financieras pueden incidir negativamente en el uso de anticonceptivos por parte de las adolescentes.

3. EDUCAR A LAS Y LOS ADOLESCENTES SOBRE EL USO DE ANTICONCEPTIVOS: impartir información en colegios obligatoriamente

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización mundial de la salud. Revista OMS. 2011 (Acceso: Junio 2013).
Disponible en www.unicef.es
2. Fondo de Población de las Naciones Unidas. FPNU. (UNFPA), United Nations
Fund for Population Activities, UNFPA.1987
3. INEC. Censo de Población y Vivienda. Ecuador. 1990, 2001, 2010.
4. ENDEMAIN 2004.Encuesta Demográfica de Salud Materna e Infantil. Informe
Nacional. Ecuador. Octubre, 2005.
5. Guttmacher Institute. Advancing sexual and reproductive health worldwide tough
research; policy analysis and public education. Washington. 2007
6. Rangel JL. Funcionalidad Familiar en la Adolescente Embarazada. Revista de la
Facultad de Medicina. México. UNAM 2004; 24 – 27.
7. Arzola M. Embarazo adolescente un desafío para las políticas públicas. México.
2012.
8. Mora J, et al. Prevención del embarazo no planeado en los adolescentes, 2da ed.
México, D F: (Editorial); 2008.

9. Gómez J. Dimensión Afectivo Sexual de la Adolescente. XVII Curso de Formación Continuada. Colombia. Noviembre 2009.
10. Cruz J., et al. Revista Cubana de Endocrinología. Habana; 2007
11. Instituto Nacional de estadísticas y Censos (INEC). Ecuador 2011. (Acceso Junio 2013). Disponible en www.INEC.gov.ec
12. Burkman R. Oral Contraceptive Practical Guidelines. EEUU. New Jersey. Contraception 1998; 58: 35S – 43S.
13. Florez C, Soto V. Fecundidad adolescente y desigualdad en Colombia y la Región de América Latina y el Caribe. Santiago, Chile, UNPFA, CEPAL 2006.
14. Morais S, Stella R., et al. Factores asociados al abandono de la anticoncepción hormonal oral: Estudio en adolescentes de Rio de Janeiro In:Rev Chil Obstet Ginecol 2007; No. 72:26-32
15. Moreau C. Trussell j. et al. Factores de los fracasos de los métodos anticonceptivos. Revista Médica Francesa. 2009; 140; 70-76
16. Cromwell P.: Contraception for Adolescents Part I. Journal of Pediatric Health. California (EEUU). Care 2010; No. 18: 149 – 152.
17. Pardo C. Análisis del embarazo y la maternidad durante la adolescencia: Diferencias Socio Económicas. Revista Desarrollo y Sociedad. Colombia 2011; 122; 23-25

18. Díaz A., et al. Embarazo en la Adolescencia. Educación Sexual y Anticoncepción Previa, Revista Sogia. 2004; 11 Supl 3: 79-83
19. Jurado A, Lucas M. Satisfacción usuarias anticoncepción. Zaragoza, España 2010.
20. Rivas L. Programa de prevención de embarazo adolescente. Perú. Junio 2011
21. Barrios H. Promoción de la salud. Bases Jurídicas y Científicas para la consolidación de comunidades saludables. México. Marzo. 1999
22. Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENIPLA). Ecuador. 2012. Acceso junio 2013. www.desarrollosocial.gob.ec
23. Helsinki. Principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. Sudáfrica. Octubre 1996.
24. Fondo de Población de las Naciones Unidas, Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito UNANE, Organización Iberoamericana de Jóvenes, Family Care International, Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo. Plan Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. Bogotá: 2011 [Acceso enero 2013]. www.planandinopea.org

25. Sánchez V. Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos anticonceptivos posparto. Revista de Salud Pública de México. vol.45. 2003 Supl.
26. González E, Cruz C., et al. Factores asociados a la continuidad del uso anticonceptivo en adolescentes. Chile 2009.
27. Iglesia Mundial. Aclaración postura sobre el preservativo. [Acceso mayo 2013].
Disponible en: www.IglesiaMundial.org/temas/anticoncepcion/puntodevista