

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE
AREQUIPA
ESCUELA DE POSGRADO
UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE MEDICINA**



**“Barreras culturales en el acceso de adolescentes a los
métodos anticonceptivos. Microred Mariscal Castilla
Arequipa 2017”**

**Tesis elaborada por la:
Bachiller KATIUSCA MARÍA LINARES LINARES
Para Optar el Grado Académico de
Magíster en Ciencias: Salud Pública
Con Mención en: Gerencia de Servicios de Salud**

**Tutora:
Dra. María Luz Viza Butron.**

Arequipa – Perú

2018

DEDICATORIA

Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía siempre.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por bendecirme, por guiarme a lo largo de mi existencia, ser el apoyo y fortaleza en cada momento.

A mis padres, por ser promotores de mis sueños, por confiar y creer en mis expectativas, por los consejos, valores y principios que me han inculcado.

A mi esposo e hijas por su apoyo y comprensión en cada paso y anhelo trazado en mi vida profesional, por su amor incondicional, por estar a mi lado siempre en el éxito y en la adversidad y ser el soporte invaluable para llegar a culminar mis metas a lo largo de mi existir.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I FUNDAMENTO TEÓRICO.....	4
CAPÍTULO II MÉTODOS.....	27
CAPÍTULO III RESULTADOS.....	30
CAPÍTULO IV DISCUSIÓN.....	39
CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45
ANEXOS.....	48

RESUMEN

Antecedente: Los embarazos en adolescentes pueden deberse en parte a limitaciones en el acceso a métodos anticonceptivos.

Objetivo: Identificar la presencia de barreras culturales en el acceso de adolescentes a los métodos anticonceptivos. Micro red Mariscal Castilla, Arequipa 2017.

Métodos: Se estudió una muestra de 400 adolescentes de la Micro red, aplicando una ficha de datos, un cuestionario de conocimientos y un cuestionario de barreras culturales previamente validados. Se muestran resultados mediante estadística descriptiva y se comparan resultados con la prueba chi cuadrado.

Resultados: El 27.75% fueron varones y 72.25% mujeres, con edad predominante de 16 años (26.251%). El 90.50% fueron solteros, con 9% de convivientes y 0.25% de casados o separados. La ocupación predominante fue estudiante (89%), el 11% del total de adolescentes tuvieron hijos. Entre las mujeres que no tuvieron hijos un 2.76% tuvo un embarazo previo, 1.25% tuvo antecedente de ETS. El nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos fue deficiente en 41.75%, regular en 32.75%, bueno en 16.25% y muy bueno en solo 9.25% de casos. Se identificaron barreras culturales para el acceso a métodos anticonceptivos en 75% de adolescentes. Entre los que tenían barreras para el acceso, el 46% tenían al menos un embarazo, lo que ocurrió en 15% de los adolescentes que no presentaron barreras ($p < 0.05$). Ninguno de los adolescentes sin barreras tuvo ETS, y se presentaron en 1.67% de adolescentes con barreras socioculturales ($p > 0.05$).

Conclusión: Una proporción importante de adolescentes tiene barreras para acceder a métodos anticonceptivos en establecimientos de salud, y esto influye en el embarazo o la presencia de enfermedades de transmisión sexual.

PALABRAS CLAVE: Adolescentes – métodos anticonceptivos – barreras culturales.

ABSTRACT

Background: Teenage pregnancies may be due in part to limitations in access to contraceptive methods.

Objective: To identify the presence of cultural barriers in adolescents' access to contraceptive methods. Microrred Mariscal Castilla, Arequipa 2017.

Methods: A representative sample of 400 adolescents of the Microrred was studied, applying a data sheet, a knowledge questionnaire and a questionnaire of previously validated cultural barriers. Results are shown by descriptive statistics and results are compared with chi-squared test.

Results: A 27.75% of teenagers were male and 72.25% female, with a predominant age of 16 years (26.25%). 90.50% were single, with 9% of cohabitants and 0.25% of married or separated. The predominant occupation was student (89%), 11% of all adolescents had children. Among women who did not have children, 2.76% had a previous pregnancy, 1.25% had a history of STD. The level of knowledge about contraceptive methods was deficient in 41.75%, regular in 32.75%, good in 16.25% and very good in only 9.25% of cases. Cultural barriers for access to contraceptive methods were identified in 75% of adolescents. Among those who had barriers to access, 46% had at least one pregnancy, which occurred in 15% of adolescents who did not present barriers ($p < 0.05$). None of the adolescents without barriers had STDs, and were present in 1.67% of adolescents with sociocultural barriers ($p > 0.05$).

Conclusion: A significant proportion of adolescents have barriers to access to contraceptive methods in health facilities, and this influences pregnancy or the presence of sexually transmitted diseases.

KEY WORDS: Adolescents - contraceptive methods - cultural barriers.

INTRODUCCIÓN

Los métodos anticonceptivos son aquellos que impiden o reducen de manera significativa la posibilidad de la fecundación en las mujeres. El acceso a los métodos anticonceptivos puede contribuir a disminuir el riesgo de embarazos no deseados, a disminuir el riesgo de adquisición de enfermedades de transmisión sexual, o a espaciar los embarazos en parejas estables, aportando de manera importante en mejorar diferentes aspectos de la salud pública, sobre todo en adolescentes (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a los adolescentes como un grupo de riesgo en materia sexual. Esto es así porque, muchos de ellos, no se protegen adecuadamente mediante el uso de anticonceptivos cuando mantienen relaciones sexuales, lo que puede ocasionar embarazos no deseados y contagio de enfermedades, como las de transmisión sexual o el *virus de inmunodeficiencia humana* "VIH" (2).

Puesto que es innegable e inevitable, que los adolescentes inicien en forma temprana su vida sexual activa, una medida importante sería brindar un acceso adecuado a los métodos anticonceptivos, así como proveerlos de una educación adecuada, para una libre elección del método más adecuado. Sin embargo, en la práctica, se aprecia que muchos adolescentes que acuden a los establecimientos de salud para control prenatal, atención de parto o para atención de enfermedades de transmisión sexual, desconocen cómo acceder a los métodos o han experimentado dificultades o incluso vergüenza al momento de intentar acceder a estos.

El término Barreras Culturales está basado en las creencias, ideas, valores, hábitos que se transmiten de generación en generación, lo que dificulta a las personas una falta de la capacidad de comprensión intercultural, barreras que probablemente influyen en las actitudes de las personas con respecto a desarrollar estilos de vida saludables, los cuales van a ser generadores de calidad de vida, de sociedades saludables. Son entonces, estos factores los que evitan que las personas asuman de forma adecuada la responsabilidad de su propia salud y con las mismas oportunidades que los demás (3).

Las barreras socioculturales pueden depender desde dificultades en el idioma de los consultantes al servicio de salud y los proveedores del servicio, hasta machismo por parte de la pareja, que no ve con buenos ojos que la mujer use métodos anticonceptivos, así como el temor a los posibles daños o efectos secundarios de los medicamentos, y conflictos religiosos (3).

Se plantea entonces realizar un estudio que identifique las barreras culturales que pueden experimentar los adolescentes en su intento de acceder a métodos anticonceptivos que permitan disminuir su riesgo de embarazo o de adquirir enfermedades de transmisión sexual, para poder mejorarlas y lograr mejor calidad de vida en este grupo importante de la población.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las barreras culturales en el acceso a los métodos anticonceptivos en adolescentes que se atienden en la Microred Mariscal Castilla, Arequipa?

HIPÓTESIS

No se requiere por tratarse de un estudio descriptivo.

OBJETIVOS

Objetivo específico

Identificar las Barreras Culturales en el acceso a los métodos anticonceptivos en adolescentes que se atienden en la Micro red Mariscal Castilla, Arequipa.

Objetivos operacionales.

- a) Conocer la frecuencia de uso de métodos anticonceptivos en adolescentes que se atienden en la Micro red Mariscal Castilla, Arequipa.
- b) Identificar las Barreras Culturales para el acceso a los métodos anticonceptivos en adolescentes que se atienden en la Micro red

Mariscal Castilla, Arequipa.

- c) Establecer la relación entre la existencia de Barreras Culturales para el acceso a métodos anticonceptivos con el antecedente de embarazo o enfermedades de transmisión sexual en adolescentes que se atienden en la Micro red Mariscal Castilla, Arequipa.

CAPÍTULO I

FUNDAMENTO TEÓRICO

1. Adolescencia

La OMS define como adolescencia al “Periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita por los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio económica” y fija sus límites entre los 13 y 19 años (2).

Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es en muchos aspectos, un caso especial (2).

En muchos países, los adolescentes llegan a representar del 20 al 25 % de su población. La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementado la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años.

Por los matices según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas (2):

a) *Adolescencia Temprana (10 a 13 años)*

Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquia.

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.

b) *Adolescencia Media (14 a 16 años)*

Es la adolescencia propiamente dicha, cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.

Psicológicamente es el periodo de máxima relación con sus padres, compartiendo valores propios y conflictos con ellos.

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

c) *Adolescencia Tardía (17 a 19 años)*

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

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que una adolescente que se embaraza se comportara como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada.

1.1. PERFIL DE LOS ADOLESCENTES A NIVEL MUNDIAL

Resumimos algunos datos importantes que tienen que ver con los/as adolescentes a nivel mundial cada año.

Hay más de mil millones de adolescentes, 85% en los países en desarrollo. Más de la mitad ha tenido relaciones sexuales antes de los 16 años

Existen 111 millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual curables en menores de 25 años. Más de la mitad de casos nuevos de infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) más de 7000 por día ocurre en jóvenes. La violación e incesto ocurre en 7 a 34% de las niñas y en 3 a 29 % de los niños (2).

El 10% de los partos acontece en adolescentes. La morbilidad materna es de 2 a 5 veces más alta en las mujeres menores de 18 años que en las de 20 a 29 años. Hay 4.4 millones de abortos inducidos, la mayoría en condiciones de riesgo. Un tercio de las hospitalizaciones son por complicaciones de aborto. Cada 5 minutos se produce un suicidio por problemas inherentes a sus salud sexual y reproductiva (2).

1.2. SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES

En una sociedad con patrones culturales tradicionales, como la peruana, ni la familia, ni la escuela, ni en general la sociedad acepta fácilmente la idea de la sexualidad en la adolescencia.

Por esa razón no se educa a los adolescentes sobre la vida familiar o sexual o solamente se les da una educación insuficiente y sin relación con sus necesidades reales. Asimismo, las adolescentes raramente acceden a servicio de salud reproductiva y anticoncepción (5).

La sexualidad de las adolescentes se caracteriza por la dificultad de acordar un modelo de comportamiento con sus parejas, así como por relaciones inestables, conflictos emocionales, secretos, actitudes rebeldes y, con frecuencia, relaciones no protegidas (5, 6).

2. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La planificación familiar es permitir a las parejas y las personas ejercer libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos y obtener la información y el medio necesario para hacerlo, asegurando que se ejerza sus acciones con conocimiento de causa y tenga a su disposición una gama de métodos seguros y eficaces (7).

El acceso a la planificación familiar está concebido como un derecho sin distinción de cultura, condición social, raza, estado civil, religión o género. Sin embargo, este servicio no se brinda a todos por igual, siendo el período de la adolescencia el más expuesto a la falta de información y servicios de contracepción (6).

Existen políticas discriminativas sobre todo hacia la mujer adolescente, que favorecen los altos niveles de embarazo precoz, tasas significativas de aborto, etc.

La anticoncepción es poco accesible para la población adolescente a causa de tabúes sociales que la obstaculizan, barreras económicas, falta de servicios confidenciales y por el inadecuado conocimiento acerca de los métodos y dónde obtenerlos. También persisten temores respecto a los efectos secundarios de los métodos, lo que puede desincentivar a las adolescentes que quieren regular su fecundidad (7).

Por otra parte, tomando en cuenta que las relaciones sexuales en esta etapa de la vida son frecuentemente esporádicas y de una naturaleza no planificada, esto también constituye un obstáculo para el uso consistente de los métodos y predispone a adquirir enfermedades de transmisión sexual y el Sida (7).

Los servicios de planificación familiar están diseñados para atender a mujeres adultas y los proveedores no siempre acogen a las adolescentes que buscan orientación y ayuda. Por otro lado, en los servicios no se cuenta con los instrumentos necesarios y adecuados para examinar a las adolescentes.

Muchas veces, para la adolescente usar un método anticonceptivo significa asumir la regularidad de su actividad sexual con todas las repercusiones emocionales y en el ámbito familiar que esto significa (6).

Las explicaciones más comunes para la no utilización de anticonceptivos fueron: falta de conocimientos, dificultades en el acceso a anticonceptivos, ambivalencia y miedo a discutir aspectos sexuales con los adultos.

En un estudio realizado en Paraguay se encontró que un número considerable de adolescentes conoce algún método anticonceptivo, pero muy pocas explicaron correctamente su uso. Hay una actitud positiva con respecto al uso y desean mayor información (7).

En Brasil, se realizó un estudio con 32 adolescentes y encontraron que 30 de ellas conocían algún método al momento de la primera relación sexual, pero sólo 15 usaron alguna protección (7).

El uso de anticonceptivos en la adolescencia es poco frecuente, irregular y

esporádico. La elección de un método contraceptivo exige colocar en un platillo de la balanza la seguridad del mismo y en el otro platillo los riesgos que produce. No obstante, en todo caso, los contraceptivos tienen menos riesgo que la gestación que justamente tratan de evitar, es decir, que dejando a la naturaleza obrar espontáneamente y tener todos los hijos que quiera hay más riesgo para la mujer que regulando la natalidad aun cuando los procedimientos reguladores puedan tener inconvenientes (7).

Es evidente que los contraceptivos constituyen un hecho social de nuestro tiempo. No está ni mucho menos resuelto el contraceptivo perfecto y las objeciones que se puedan hacer a los mismos son tanto morales, como sociales y también médicas muy importantes (6).

2.1. PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES

Las técnicas anticonceptivas actuales tratan de interrumpir el proceso de la concepción actuando de distintos modos. Algunas poseen más de un mecanismo de acción contraceptiva, como es el caso de los preparados hormonales.

Se pueden clasificar los métodos anticonceptivos de diferentes maneras: como naturales, de barrera, hormonales y quirúrgicos, o como *reversibles* e *irreversibles* o *definitivos* (8, 9).

A. MÉTODOS TEMPORALES NATURALES

a.1 Abstinencia periódica:

Como su nombre lo indica, es tener relaciones sexuales en forma esporádica.

a.- Método del calendario ritmo

Este método sólo pueden utilizarlo aquellas mujeres con ciclos menstruales muy regulares (28 a 30 días). Dado que en ciclos regulares la ovulación se presenta entre el día 14 y 15 del ciclo y el ritmo consiste en abstenerse de relaciones sexuales durante los días fértiles (4 días antes y 4 días después de la ovulación).

El ritmo no es muy recomendado porque de que limita mucho la

espontaneidad sexual, se deben hacer cálculos un tanto complicados.

Para practicarlo correctamente se tiene que apuntar por lo menos durante doce meses las fechas del ciclo menstrual.

En la gran mayoría de las mujeres el período más fértil se da en el día número catorce, contando desde el primer día que vino la regla; y a partir de éste se cuentan siete días que son en los que la mujer está más propensa a quedar embarazada (8, 9).

El óvulo vive durante 12 horas y los espermatozoides, de 48 a 72 horas en el interior del útero, por lo tanto, hay que evitar las relaciones sexuales durante los días de la ovulación.

La posibilidad de error o fallas de este método se debe a causas de trastornos del ciclo, como son: sangrado menstrual irregular, ya sea prolongado o muy frecuente. Estos pueden ser producidos por alteraciones hormonales e, incluso, por situaciones cotidianas como lo es un viaje, una enfermedad sistémica, una cirugía y esfuerzos físicos, incluyendo el estrés.

La aceptabilidad de este método es escasa, ya que impone limitaciones a la vida sexual, que se acrecientan más por la falta de seguridad que la pareja necesita en su relación cotidiana. La tasa de fracasos en términos generales es de un 15% (8, 9).

b.- Método de la temperatura basal

La seguridad de este método, aplicándolo correctamente, es muy buena (índice de Pearl: 0,5-3) y se basa en el hecho de que el curso de la temperatura en el ciclo ovulatorio es bifásica y la fase hipertérmica (temperatura elevada) indica que ha ocurrido la ovulación. El desprendimiento del folículo se registra como ocurrido el día anterior al ascenso de la temperatura (8, 9).

El ascenso ovulatorio de la temperatura implica un incremento de la temperatura basal de 0.4-0.6°C (en promedio 0.5°C) dentro de 1-2 días (8).

c. Método del moco cervical-Billings.

Este método consiste en determinar los días fértiles mediante la observación de los cambios que se producen en el moco cervical.

Después de la regla hay unos días en que no hay presencia de moco cervical.

Luego empieza a aparecer una mucosidad pegajosa que provoca sensación de humedad. Esto significa que ha empezado el período fértil (8, 9).

El moco va volviéndose cada día más elástico y lubricante, estos son los días de máxima fertilidad, después el moco se vuelve más opaco y pegajoso; estos son los días menos fértiles.

Durante los días fértiles debe evitarse la relación sexual. Para usar este método correctamente no deben utilizarse ni preservativos, ni diafragmas, ni cremas espermicidas, DIU o pastilla, pues todos ellos producen alteraciones en el moco, lo que traería confusión (8, 9).

Este no es método muy seguro, ya que existen varios factores que pueden afectar la aparición o aspecto del moco. El estrés puede retrasar la ovulación o eliminarla de un ciclo; los viajes también pueden atrasarla.

Es una infección u otra enfermedad, el moco cervical aumenta en cantidad o cambia de olor o color. Algunos medicamentos, duchas vaginales y aerosoles, también pueden afectar el uso correcto de este método.

Los autores de este método describen las características de la secreción vaginal, dividiendo el ciclo en varias fases (8, 9):

- Fase 1. Llamada de "días secos", inmediatamente después de la menstruación, sin secreción vaginal.
- Fase 2. Se percibe un aumento de la secreción con la emisión de un fluido blanquecino y pegajoso. La duración de esta fase es variable, de 2 a 5 días.
- Fase 3. A continuación se presenta una secreción clara, fluida (como clara de huevo), transparente, que se considera signo de ovulación y que, habitualmente, persiste durante los dos o tres días siguientes a ella. Este moco es muy elástico (filante).

El período de riesgo de embarazo se supone empieza el primer día en que se observa secreción postmenstrual (fase 2), y continúa hasta el cuarto día después de la aparición del moco claro, fluido y transparente (fase 3). La técnica del moco cervical se califica como poco efectiva, dado su alto índice de Pearl: 1.4 – 25 (8, 9).

d.- Método de Lactancia Materna

Basada en el hecho en que durante la lactancia se produce en la mujer un aumento de la hormona llamado prolactina, que suprime la ovulación, por tanto, se impide el embarazo durante este periodo, requiere que la mujer cumpla condiciones durante la lactancia. Amamantar de 10 - 12 veces durante el día y la noche (lactancia exclusiva). No menstruar. Estar en los primeros 6 meses posteriores del parto (8, 9).

El método de la amenorrea de la lactancia (MELA) es el uso de la lactancia como método anticonceptivo. Este se basa en el efecto fisiológico de amamantar para suprimir la ovulación. Con el fin de utilizar la lactancia como método anticonceptivo eficaz, se requiere que la madre alimente a su bebe sólo leche materna o, que por lo menos, amamante en casi todas comidas. Además, el/la bebe debe tener menos de seis meses.

Indicación

Toda mujer que amamante plenamente que este en amenorrea, utiliza este método el cual es efectivo hasta 6 meses después del parto. Puede utilizarse como método introductivo de planificación familiar, desde el post - parto inmediato y durante la lactancia, protegiendo a esta y obteniendo los beneficios de la infertilidad material que ella provoca, a través de la supresión hormonal de la ovulación (8, 9).

Ventajas

- Está disponible universalmente.
- Es muy eficaz en por lo menos un 98 %.

- La protección comienza inmediatamente después del parto.
- Ofrece múltiples beneficios de salud a la madre y al lactante.
- Se considera una conexión para el uso de otros anticonceptivos.
- Se basa en prácticas religiosas y culturales establecidas universalmente.
- Mejora los factores de lactancia materna y destete.
- Postpone el uso de esteroides hasta que el lactante este más desarrollado.

Desventajas

- El patrón de lactancia puede ser difícil de mantener.
- No protege contra los ITS (Infección de Transmisión Sexual). Incluida la infección por el Virus de inmunodeficiencia Humana (VIH).
- La duración del método es limitada.
- Es útil solo para mujeres en el posparto que estén amamantando (8).

e. Coito interrumpido (coitus interruptus)

Sabida es la dificultad de practicar la anticoncepción por y en el hombre. su largo ciclo reproductor de 60 a 80 días hace difícil el poder aplicar un método efectivo y sin efectos secundarios graves.

Hasta el momento, no se dispone de ningún método natural para controlar la fecundidad del varón.

El coito interrumpido (CI) es el método más antiguo conocido y puesto en práctica por el varón para el control de la natalidad. Este método consiste en retirar el pene de la vagina antes de que se produzca la eyaculación (8, 9).

Ventajas. Es un método natural que no precisa de adiestramiento por parte de técnicos ni del uso de procedimientos químicos o mecánicos.

Indicaciones y contraindicaciones. Desde el punto de vista de la contracepción, es un método poco recomendable, ya que la lubricación del

pene previa a la eyaculación lleva espermatozoides, dando un alto porcentaje de fracasos, así como la facilidad de inducir insatisfacción sexual o neurosis. El líquido seminal que se secreta antes de la eyaculación, también tiene espermatozoides, lo que incrementa su alto índice de fracasos y prostatitis (8, 9).

B. MÉTODOS TEMPORALES DE BARRERA

a. El preservativo o condón

Es una pequeña bolsa de hule lubricada que se coloca en el pene, antes de la relación sexual. Hay que colocarlo de forma que quede espacio en la punta para recoger el semen y evitar así el embarazo.

El condón se pone desde el momento en que le pene está erecto. Una vez que el hombre haya eyaculado es necesario sujetarlo por la base con la punta de los dedos para evitar que se desenrolle y salga el semen. El condón debe retirarse antes de que haya desaparecido del todo la erección (8, 9).

Este es un método seguro si se usa correctamente, además que es uno de los poquísimos anticonceptivos que existen para los hombres. Protege contra las enfermedades de transmisión sexual.

El preservativo o condón no produce trastornos en la salud, se consigue en casi todos los establecimientos y cualquier hombre lo puede usar.

Para cada relación sexual se debe usar un preservativo nuevo, no debe inflarse, ni estirarse, debe guardarse en un lugar fresco y revisar la fecha en que fue fabricado, si tiene más de cinco años no se debe usar (8, 9).

En la actualidad, el uso del condón tiene otras funciones, además de las antes mencionadas: prevenir las enfermedades de transmisión sexual como la infección por virus del papiloma humano (VPH), o la infección por virus del sida (VIH), lo que ha dado gran relevancia a su uso, aunque existe controversia sobre su efectividad.

Es uno de los métodos más publicitarios para tratar de disminuir los contagios por contacto sexual (8, 9).

PRESERVATIVO MASCULINO:

Consiste en una especie de funda de látex que el hombre se coloca cubriendo el pene durante la relación sexual, y que impide que el semen penetre en la vagina.

Se recomienda su utilización en toda relación sexual, sobre todo cuando la misma se produzca fuera de una pareja estable y confiable, ya que evita el contagio de las ETS (8, 9).

MODO DE USO:

Abrir el sobre con los dedos, ya que los dientes o las tijeras pueden dañarlo. Para evitar que se rompa, hay que apretar la punta del mismo para quitarle el aire. El pene debe estar erecto y debes colocarlo al principio de la relación. Sin soltar la punta del preservativo desenróllalo completamente de forma que cubra el pene hasta su base. Al terminar la relación, y antes de que el pene esté flácido, retira el preservativo cuidando que no se derrame semen. Hacerle un nudito y tirarlo (8, 9).

PRESERVATIVO FEMENINO:

Este método es menos común que el masculino. Consiste en una especie de "funda" de poliuretano (en el caso de tener alergia al látex, esta podría ser una buena opción), suave y posee dos aros flexibles. En su extremo abierto tiene un aro en forma de ala que cubre los labios vulvares y en el extremo cerrado otro que se ajusta al cuello del útero, tal como lo hace el diafragma. Viene en tamaño único, es inodoro, biológicamente inerte y no produce alergia (8).

DIAFRAGMA

Es una tapita de hule flexible que se introduce en la vagina, de tal forma que quede cubierto el cuello del útero, debe usarse siempre con una crema espermicida.

Se utiliza en cada relación sexual, debe colocarse diez minutos antes del acto sexual y permanece colocado ocho horas después (8, 9).

C. MÉTODOS HORMONALES

- **Anticonceptivos orales.**

La anticoncepción hormonal con anticonceptivos orales (AO) pueden contener sólo progestágenos (minipíldoras) o en combinando estrógeno y progestágeno, que proporcionan concentraciones constantes de hormonas que evitan el pico de hormona luteinizante que induce la ovulación (8, 9).

- **Progestágenos de acción prolongada.**

Tanto los implantes dérmicos como los progestágenos de depósito se pueden usar con gran seguridad. Los efectos secundarios son retención de agua, aumento de peso, sangrado irregular (8, 9).

- **Implantes dérmicos**

Los implantes dérmicos se pueden insertar debajo de la piel con una duración aproximada de 6 meses. Esto es importante en los países con deficientes servicios de salud donde las mujeres no asisten a controles en forma periódica (8, 9).

D. DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)

Tiene una eficacia de 0,6 a 0,8 embarazos por cada 100 mujeres durante el primer año de uso (1 en cada 125 a 170). Los DIU actualmente utilizados se denominan medicados o bioactivos. Los dispositivos medicados a su vez pueden ser (8, 9):

- Medicados con cobre; con cobre y plata; o con cobre y oro.
- Sistemas liberadores de hormonas.

- Dispositivos intrauterinos con cobre; con cobre y plata o con cobre y oro.

El DIU más ampliamente disponible, llamado TCU-380 A, dura por lo menos 10 años.

Mecanismo de acción

La variedad en el diseño se relaciona con la duración de la acción anticonceptiva (proporcional a la superficie de cobre), y a la frecuencia de efectos adversos como la expulsión, el aumento del sangrado menstrual y la dismenorrea. Son múltiples las evidencias científicas que demuestran que el mecanismo de acción del DIU es similar en todos los modelos medicados con metales, y se basa en prevenir la fecundación al crear un medio intrauterino hostil que resulta espermicida. La presencia de cobre en el fluido intrauterino junto con la reacción de cuerpo extraño endometrial que induce el dispositivo crea un medio hostil que paraliza a los espermatozoides impidiendo su ascenso por el tracto genital superior, previo al encuentro con el óvulo. Además de esta paralización de los espermatozoides, se acorta el tiempo de supervivencia de los mismos, así como del óvulo, en ambos casos previamente al encuentro de los gametos (8, 9).

Los dispositivos intrauterinos medicados con hormonas las liberan lentamente a la luz de la cavidad uterina, alcanzando una acción local con mínimo pasaje de la sustancia a la circulación sistémica. Se describen principalmente dos modelos: uno que contiene progesterona, utilizado en USA, cuya duración es de un año (Progestasert®) y otro, recientemente introducido en nuestro país, que libera Levonorgestrel (14 mg/día) y cuya duración es de cinco años (Mirena®) (8, 9).

El mecanismo de acción anticonceptiva de ambos dispositivos se basa en dos acciones fundamentales: el espesamiento del moco cervical, que impide el ascenso de los espermatozoides a la cavidad uterina, y la atrofia del endometrio que crea un medio hostil a los espermatozoides y a su migración. Es decir, que impiden la fecundación al impedir el encuentro de los gametos (8, 9).

Ventajas

- No interfiere con las relaciones sexuales.

- Reversible en forma inmediata. Cuando se retira, la mujer puede quedar embarazada tan rápidamente como las que no lo han usado.
- No tienen ningún efecto sobre la cantidad o calidad de la leche materna.
- Pueden insertarse inmediatamente después del parto (a excepción de los DIU que liberan hormonas) o después de un aborto (cuando no hay indicio de infección).
- Ninguna interacción con otras medicinas.

Desventajas

- Efectos secundarios comunes (no son señal de enfermedad) como:
 - cambios menstruales (comunes en los primeros tres meses, que suelen disminuir posteriormente).
 - Sangrado vaginal abundante y más prolongado.
 - Sangrado o goteo vaginal entre períodos.
 - Más cólicos o dolor durante los períodos.
- No protege contra enfermedades de transmisión sexual (ETS).
- No es aconsejable en mujeres que han tenido recientemente una ETS.

Momento de la inserción

Como toda práctica médica, requiere la confección y firma de un consentimiento informado. El mismo garantiza que la mujer ha sido informada del procedimiento al que será sometida (la inserción) y acepta libremente que el profesional efectúe la maniobra. El período conveniente para la inserción del DIU es durante la menstruación o inmediatamente después de ella, ya que el canal del cuello uterino se dilata ligeramente, lo que facilita la inserción del dispositivo. La presencia de la menstruación reduce el riesgo de inserción a comienzos de un embarazo. También se puede colocar, aunque con mayores posibilidades de expulsión espontánea, inmediatamente después de un aborto espontáneo o parto, si no existe sospecha de infección (8, 9).

Controles o seguimiento.

El primer control se realizará 3 a 6 semanas después de la inserción. Anualmente, realizar un examen clínico ginecológico y Papanicolau. En cuanto al tiempo de duración o permanencia del DIU, se aconseja seguir las instrucciones del fabricante. Posibles problemas biológicos que pueden aparecer durante su uso (8, 9):

- **Expulsión:** antes de colocar un nuevo dispositivo se deberá reevaluar la indicación.
- **Perforación:** cuando ocurra durante la inserción deberá suspenderse el procedimiento.
- **Translocación:** deberá localizarse el dispositivo en el abdomen mediante radiografías simples, ecografía, etc. Si se dispone de laparoscopia podrá intentarse su extracción por vía endoscópica.
- **Hipermenorrea y dolor:** cuando su magnitud lo justifique, se tratarán con inhibidores de prostaglandinas, noresteroides, o acetato de norestisterona (2 comprimidos por día durante 10 a 20 días). Es bajo el porcentaje de casos en que se hace necesaria la extracción del dispositivo por la intensidad del síntoma.
- **Metrorragia intermenstrual:** si se presenta en forma reiterada intentar tratamiento antiinflamatorio, antibiótico u hormonal. Si no responde deberá evaluarse la posibilidad de retirar el DIU. Si la metrorragia persiste se practicará legrado biopsico.
- **Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI):** extracción del dispositivo previa cobertura con antibióticos durante 24 a 48 horas y se completará luego el tratamiento de acuerdo al cuadro clínico.
- **Citología oncológica positiva:** si el estudio citológico de rutina demuestra positividad, se deberá extraer el dispositivo y proceder de acuerdo a las normas del servicio.
- **Embarazo ectópico:** si bien el DIU disminuye la incidencia de embarazo ectópico en relación a las mujeres no protegidas, del total de usuarias de

DIU que se embarazan (0,6 a 0,8% durante el primer año de uso), el 3 al 9% corresponden a embarazos ectópicos.

Indicaciones para su remoción

- Solicitud de la mujer.
- Cualquier efecto secundario que hace a la mujer solicitar su remoción, incluyendo el dolor.
- Indicaciones médicas:
- Embarazo.
- Enfermedad pélvica inflamatoria aguda.
- Perforación del útero.
- DIU con expulsión parcial.
- Sangrado intermenstrual o muy abundante durante las menstruaciones.
- Cuando la vida útil del DIU ha terminado.
- Un año después de su último período premenopáusico (8, 9).

E. MÉTODOS PARCIALMENTE IRREVERSIBLES: ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA

Es un excelente método para las parejas que no desean tener más hijos y se puede realizar en cualquier momento.

a) Para la ligadura tubaria, se utiliza anestesia regional o local, con una pequeña incisión cerca del pubis o mediante incisión transversal suprapúbica tipo Pfannenstiel. En casos de cesárea, la esterilización quirúrgica es todavía más fácil porque se realiza en el mismo acto operatorio. Se inciden las trompas en su tercio medio y se ligan los extremos, en ocasiones obturando los cabos con electrocauterio (8, 9)

b) Vasectomía. Se inciden los conductos deferentes a nivel de las bolsas escrotales y se ligan los extremos, en ocasiones obturando los cabos con electrocauterio.

Se denominan parcialmente reversibles porque mediante microcirugía puede revertirse la obstrucción, aunque no en 100% de casos y en el caso de las mujeres, incrementa el riesgo de embarazo ectópico luego de la reversión (8, 9).

3. BARRERAS SOCIOCULTURALES.

El término “barreras culturales” se basa en las creencias, ideas, valores, hábitos que se transmiten de generación en generación, lo que niega a las personas una falta de la capacidad de comprensión intercultural, barreras que probablemente influyen en las actitudes de las personas con respecto a desarrollar estilos de vida saludables, los cuales van a ser generadores de calidad de vida, de sociedades saludables. Son entonces estos factores culturales, los que tienden a restringir el movimiento libre, la mezcla o interrelación cultural de individuos o grupos al proclamar el evangelio en una cultura diferente a la nuestra, por tanto evitar que las personas asuman de forma adecuada la responsabilidad de su propia salud, a lo que definimos como autocuidado y más aún si otras personas dependen de tal actitud para nacer sanos y con las mismas oportunidades que los demás (10).

A. Creencias.

La creencia ha sido considerada como la forma más simple de contenido mental representativo en la formación del pensamiento.

Frank P. Ramsey propone una metáfora para indicar cómo podemos entender lo que son las creencias en su relación con lo real. Dice que vienen a ser como un mapa grabado en el sistema (en el ADN, o en determinados aprendizajes) que nos guían o mejor nos orientan en el mundo para encontrar la satisfacción de nuestras necesidades. Tales mapas no nos dicen lo que son las cosas, sino que nos muestran las formas de la conducta adecuada hacia la satisfacción de nuestras necesidades en el campo del mundo percibido en la experiencia (11).

¿Dónde residen y cómo actúan tales mapas? la investigación biológica, la genética, la etología, la neurofisiología, incluso en los casos particulares la

psicología lo tendrá que ir desvelando. La lingüística en general, la Semiótica y la gramática generativa de Chomsky nos muestran ya un camino similar respecto a la formación del signo, el lenguaje y las lenguas. Es un tema de indudable transversalidad (12).

B. Ideas

Una idea es una representación mental que surge a partir del razonamiento o de la imaginación de una persona. Está considerada como el acto más básico del entendimiento, al contemplar la mera acción de conocer algo (11).

Una persona tiene una idea remota sobre alguna cosa cuando sus conocimientos al respecto carecen de precisión, posiblemente porque nunca se ha topado con ese tema, porque no ha investigado lo suficiente o bien porque se trata de un plan que aún no se sabe si será llevado a cabo: “Es probable que desarrolle un proyecto de inversión en estas tierras, aunque aún es una idea remota” (12).

C. Valores

En sentido humanista, se entiende por valor lo que hace que un hombre sea tal, sin lo cual perdería la humanidad o parte de ella. El valor se refiere a una excelencia o a una perfección. Por ejemplo, se considera un valor decir la verdad y ser honesto; ser sincero en vez de ser falso; es más valioso trabajar que robar. La práctica del valor desarrolla la humanidad de la persona, mientras que el contravalor lo despoja de esa cualidad. Desde un punto de vista socio-educativo, los valores son considerados referentes, pautas o abstracciones que orientan el comportamiento humano hacia la transformación social y la realización de la persona. Son guías que dan determinada orientación a la conducta y a la vida de cada individuo y de cada grupo social (11).

Todo valor supone la existencia de una cosa o persona que lo posee y de un sujeto que lo aprecia o descubre, pero no es ni lo uno ni lo otro. Los valores no tienen existencia real sino adherida a los objetos que lo sostienen.

D. Hábitos

Se denomina hábito a toda conducta que se repite en el tiempo de modo sistemático. Debe quedar claro que un hábito no es una mera conducta asidua, sino que debe ser de un grado de regularidad que se confunda con la vida del individuo que lo ostenta (10).

Todas las personas tienen arraigados una serie de hábitos que tienen notable influencia en sus vidas, hasta el punto de determinar los éxitos y los fracasos en diversas actividades. Es por ello que es de suma importancia fijar la atención en las conductas recurrentes que se han incorporado. Muchas de estas son totalmente inconscientes, por lo que es necesario algún grado de introspección para identificarlas. La mayoría, empero, puede vislumbrarse con facilidad, aunque es difícil tanto incorporar una como eliminarla si es necesario.

3.1. Factores asociados a las Barreras Culturales

Según Frank P. Ramsey, algunos de los factores que intervienen en el desarrollo de barreras culturales son (10, 12):

a. Valores

- **Tolerancia:** Es muy importante en el tema de las barreras culturales, por ejemplo, en un museo, hay que saber esperar la explicación y poder comprender, los objetos presentes en el museo.
- **Respeto:** Es importante ya que, si no sabemos o no tenemos conocimiento acerca del tema, guardar el debido respeto hacia el emisor sería la mejor opción para demostrar los valores que tenemos en la comunicación.
- **Empatía:** Es la capacidad de entender y asumir el papel de otra persona. Es meterse en los zapatos de la otra persona para ser capaz de entender y reconocer sus emociones.

- **Colaboración:** Es lo que comúnmente se conoce como ser servicial, esto significa dar sin pedir nada a cambio (12).

b. Actitudes

Es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo a las cosas. En este sentido puede considerarse como cierta forma de motivación social de carácter puede ser afectivo y conductual y cognoscitivo.

c. Educación

Existen barreras para tener una educación, y en muchos casos, estas las ponemos nosotros mismos al no tener el deseo de estudiar y superarnos, pero también hay barreras que las pone nuestra economía, ya que, en un poblado pueden existir que no hayan escuelas y sus habitantes no tengan los recursos necesarios para asistir a una (11).

d. Puentes de Comunicación

- **Puente para Barreras Culturales:** “Un puente para este tipo de barrera sería poder llegar a la solución para la comunicación ya sea entre personas con diferente rango social, académico o de actitudes. Por ejemplo, si en una conversación de dos idiomas diferentes podría haber algún traductor o aprender el idioma o si estamos hablando con una persona que tiene más preparación académica tendríamos que prepararnos para entender el mensaje que nos transmite o bien que la persona se baje al nivel de preparación de la otra persona” (12).
- **Puentes para Barreras Ambientales:** Uno de los puentes para la barrera ambiental podría ser por ejemplo si hace demasiado ruido pues retirarse a algún lugar donde se pueda escuchar más claro, estar en lugares con un clima agradable para el receptor y el emisor, un lugar con buena iluminación.

- **Puentes para Barreras Fisiológicas:** Podríamos ayudar a las personas con algún tipo de discapacidad a poder comunicarse por ejemplo con señas o las personas que están sordas o con sistema braille, a los ciegos, a los tartamudos tratar de escucharlos poniendo atención.
- **Puente para Barreras Psicológicas:** En este caso podría ser importante saber escuchar las opiniones o ideas de las otras personas para así poder llegar a un acuerdo o solución, ser tolerantes, positivos, tratar de estar de buen humor.
- **Puente para Barreras Técnicas:** Para este tipo de barrera podríamos estar preparados para cualquier tipo de falla ya sea con varios técnicos en los diferentes ramos con un ensayo previo al transmitir el mensaje, tratar de tener buena señal en un teléfono, televisión o ya sea por internet.

3.2. BARRERAS EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Los estudios que analizan como influyen los factores que predisponen características sociodemográficas, conocimientos, creencias y actitudes y las necesidades en salud en la utilización de servicios son escasos. Los factores que se incorporan con más frecuencia son las variables sociodemográficas. La mayoría de los estudios muestran que la probabilidad de utilizar los servicios curativos aumenta con el grado de escolaridad, la edad, niños y mayores, además del sexo femenino. El tamaño del hogar y las condiciones de trabajo también influyen (12-14).

Por otro lado, el déficit de conocimientos acerca de del riesgo potencial de ciertas patologías, hace incrédulas a las personas, respaldado en una carga cultural, que conlleva creencias y actitudes, que impiden que las personas asuman con responsabilidad su autocuidado y el de las personas que dependen de ellas (13, 14).

Otros obstáculos de la demanda y uso de servicios de salud, comprensión y configuración de imaginarios sociales, autocuidado y derecho en salud sexual y reproductiva son el nivel socioeconómico, puesto que muchas mujeres, sobre

todo adolescente, desconoce que los programas de salud son gratuitos y piensan que deberán cubrir costos de los servicios. Además, están los mitos, imaginarios y prejuicios, muchas veces transmitidos por amigas o familiares con experiencias similares de embarazo o enfermedades sexuales en la adolescencia. Además, los conceptos y valores sobre el cuidado de la salud vienen mermados desde la sociedad y la familia, donde es una costumbre no acudir a controles preventivos, sino buscar servicios de salud solo cuando hay enfermedad (13).

La identidad de género, el machismo, la orientación sexual, cultura, etnia, brecha generacional, entre otros, son también factores importantes limitantes de la salud sexual y reproductiva en la etapa de la adolescencia (12-14).

ANTECEDENTES:

- Lizarzaburu SH y Piñín LN (2005) evaluaron las barreras que impiden el uso de un método anticonceptivo a las adolescentes hospitalizadas en el IEMP en el periodo Octubre-diciembre del año 2005. Estudio descriptivo, transversal en 518 adolescentes hospitalizadas en el Instituto Especializado Materno Perinatal en los meses de octubre a diciembre del año 2005. Se realizó entrevista estructurada anónima, previa firma del consentimiento informado por parte del padre o apoderado. Se recabó datos generales de la adolescente y sobre las 4 barreras desglosadas en barreras personales, socioculturales, con los servicios de planificación familiar y con el profesional de salud. Se encontró que de las 518 adolescentes: 70,7% tienen entre 17-19 años; el 50,4% son conviviente y 46,1% son solteras; 58,6% no culminó su educación básica; 76,4% es ama de casa, 15,1% estudia y 8,5% trabaja; Dentro de las barreras personales predominó el desconocimiento del uso correcto de los método anticonceptivos; de las barreras socioculturales predominó la falta de temas relacionados con Salud Sexual y Reproductiva en la currícula de los colegios; de las barreras en los servicios de planificación familiar predominó los procesos engorrosos; de las barreras con el profesional de salud predominó el personal de Salud poco cordial, incomprensivo. Se encontró asociación entre: edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación y antecedente de embarazo y las barreras personales.

En edad y estado civil y barreras socioculturales. En edad y barreras con los servicios de planificación familiar; 19,7% tiene antecedente de embarazo anterior; la edad promedio de la primera relación coital es 15,4 años y un 16,2% asistió alguna vez a un servicio de planificación familiar (3).

- Cobos LE (2013) en Ecuador, en su trabajo “Factores que influyen en la Atención Prenatal en Adolescentes que acuden a la consulta del Subcentro de Salud Zapotal - Santa Elena”, realizado en la Universidad Estatal. Península de Santa Elena. La Libertad, abordó los factores que influyen en la atención prenatal de gestantes adolescentes. La población a estudiar fue de 30 gestantes que acuden a la consulta prenatal, de la cual no se utilizó más muestra debido a la inasistencia de sus consultas prenatales, cuyo objetivo principal es identificar los factores socioeconómicos, demográficos que influyen en la atención prenatal de gestantes que acuden a la consulta prenatal en el Subcentro de salud de Zapotal. También encontramos un amplio marco científico de un embarazo en adolescentes con fundamentos del marco legal y el marco conceptual. Se obtuvo como resultado, que el 70% de las gestantes se encuentran entre la edades de 15 a 17 años, el 77% de las gestantes adolescentes no ha recibido charlas por el personal de salud dentro de la institución, y el 40% desconoce sobre los riesgos que ocasionan al no asistir a las consultas prenatales periódicamente, el 60% no sabe la importancia de un control prenatal oportuno, y el 54% no acude a la institución por la distancia, lo económico y el tiempo que genera al llegar a la institución y le impide llevar un control por la distancia y el tiempo que se requiere llegar al Subcentro de salud. Para lo cual se plantea la propuesta de elaborar un programa continuo para madres adolescentes gestantes (4).

CAPÍTULO II

MÉTODOS

2.1. **Ámbito de estudio.**

El presente estudio se realizó en la Microred Mariscal Castilla, cuya población total de 51,001 habitantes de los cuales 8,606 son adolescentes, durante el último trimestre del año 2017.

2.2. **Población de estudio.**

La población de estudio estuvo conformada por adolescentes que se atienden en la Microred Mariscal Castilla, Arequipa.

Muestra: Se estudió una muestra cuyo tamaño se determinó mediante la fórmula de muestreo para proporciones en poblaciones finitas no conocidas:

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Donde:

n = tamaño de la muestra

Z α = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

p = frecuencia de barreras culturales en adolescentes; al no conocerse se establece como máxima = 0.50

q = 1 – p

E = error absoluto = 5% para estudios de ciencias de la salud = 0.05

Por tanto: n = 384,16 \approx 385 casos

El muestreo se hizo de manera no probabilística por conveniencia entre los primeros 400 adolescentes que además cumplieron los criterios de selección.

Criterios de elegibilidad:

- **De Inclusión**
 - Edad entre 12 a 19 años
 - De ambos sexos

- Usuario de la Microred Mariscal Castilla.
- Participación voluntaria en la investigación.

- **De Exclusión**

- Fichas de encuesta mal llenadas o incompletas.

2.3. Técnicas y procedimientos

a) Tipo de investigación:

El presente estudio es de tipo observacional, prospectivo y transversal. Según Altman Duglas.

b) Producción y registro de datos

Se establecieron coordinaciones con la Dirección de la Microred y las jefaturas de los centros y puestos de salud de la Microred para obtener la autorización correspondiente para la revisión de sus archivos.

Se abordó a los adolescentes cuando acudieron a consulta de salud fue en servicios o en horarios diferenciados en los establecimientos de la Microred (Centro de Salud Mariscal Castilla, Centro de Salud Semirural Pachacútec, Puesto de Salud José Santos Atahualpa, y Puesto de Salud El Cural). Se verificó que cumplieran los criterios de inclusión y se les realizó una encuesta para identificar sus dificultades en el acceso a métodos anticonceptivos.

Los datos fueron registrados en forma manual en las fichas de investigación y posteriormente convertidos en códigos alfanuméricos que fueron ingresados en programas de bases de datos (SPSS v.22).

c) Instrumentos

Para el registro de los factores socio laborales se aplicó una Ficha de recolección de datos (Anexo 1), un cuestionario de conocimientos (Anexo 2), de 12 preguntas, con puntaje de 0 a 15, validado por juicio de expertos para estudio

previo realizado por la Lic. Enf. Xiomara Milusca Laura Cornejo (14), que llevado a escala vigesimal considerará un conocimiento deficiente entre 0 a 10 puntos, regular de 11 a 13, bueno de 14 a 16 y muy bueno de 17 a 20; además el Test de Barreras Culturales, (Anexo 3) adaptado del elaborado por Laura Cornejo M (14), que evalúa las Barreras Culturales (Creencias, Ideas, Valores y Hábitos), con 20 ítems, los cuales pueden ser respondidos según una escala de alternativas:

SI → 3 puntos.

NO → 1 punto.

La puntuación total oscila entre 20 a 60 puntos, resultando los criterios de: Si o No de existencia de Barreras Culturales, según el puntaje total obtenido:

- SI: Puntaje de 36 a 60.
- NO: Puntaje de 20 a 35.

d) Análisis Estadístico.

Se empleó estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentan como proporciones. Se comparan variables mediante prueba chi cuadrado. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.22.0.

e) Aspectos Bioéticos.

Cuestionario anónimo de participación voluntaria cuya información brindada por los adolescentes será exclusivamente para la investigación y después será eliminada.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

Tabla 1

DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES SEGÚN EDAD Y SEXO

Edad (años)	Varón		Mujer		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
13	7	1.75	12	3.00	19	4.75
14	12	3.00	40	10.00	52	13.00
15	18	4.50	75	18.75	93	23.25
16	20	5.00	85	21.25	105	26.25
17	20	5.00	46	11.50	66	16.50
18	18	4.50	18	4.50	36	9.00
19	16	4.00	13	3.25	29	7.25
Total	111	27.75	289	72.25	400	100.00

Edad promedio \pm D. estándar (mín – máx)

- Varón: 16.37 \pm 1.78 años (13 – 19 años)
- Mujer: 15.76 \pm 1.40 años (13 – 19 años)

Tabla 2

DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES SEGÚN ESTAD CIVIL Y OCUPACIÓN

		N°	%
E. civil	Soltero	362	90.50
	Conviviente	36	9.00
	Casado	1	0.25
	Separado	1	0.25
Ocupación	Estudiante	356	89.00
	Independiente	18	4.50
	Comerciante	12	3.00
	Empleado	12	3.00
	Obrero	2	0.50
Total		400	100.00

Tabla 3

**DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES SEGÚN CARACTERÍSTICAS DE
NATALIDAD**

		N°	%
Hijos	Sin hijos	356	89.00
	Uno	34	8.50
	Dos	10	2.50
Embarazo previo	Sin embarazo	247	97.24
	Con embarazo	7	2.76
Total		400	100.00

Tabla 4

DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES SEGÚN ANTECEDENTE DE ETS

ETS	N°	%
No	395	98.75
Trichomoniasis	2	0.50
Candidiasis	2	0.50
Condilomatosis	1	0.25
Total	400	100.00

Tabla 5

**ESTUDIO DE LA INFORMACIÓN Y CONOCIMIENTOS SOBRE METODOS
ANTICONCEPTIVOS EN LOS ADOLESCENTES**

		N°	%
Información	Con información	355	88.75
	Sin información	45	11.25
Conocimiento	Deficiente	167	41.75
	Regular	131	32.75
	Bueno	65	16.25
	Muy bueno	37	9.25
Total		400	100.00

Tabla 6

**ASPECTOS MEJOR CONOCIDOS SOBRE LOS MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS POR LOS ADOLESCENTES**

Categorías	N°	%
Concepto	298	74.50
Métodos naturales	123	30.75
Método del ritmo	187	46.75
Métodos de barrera	232	58.00
Uso de m. barrera	223	55.75
Frecuencia de uso	219	54.75
Forma de uso de antic. Orales	202	50.50
Forma de uso de antic. Inyectables	150	37.50
Mecanismo de m. hormonales	256	64.00
Métodos intrauterinos	251	62.75
Métodos definitivos	156	39.00

Tabla 7

**EXISTENCIA DE BARRERAS CULTURALES SEGÚN DIMENSIÓN Y
GLOBAL DE LOS ADOLESCENTES**

Dimensión	Sin barrera		Con barrera	
	N°	%	N°	%
Creencias	77	19.25	323	80.75
Ideas	165	41.25	235	58.75
Valores	148	37.00	252	63.00
Hábitos	98	24.50	302	75.50

Tabla 8

**INFLUENCIA DE LAS BARRERAS CULTURALES EN LA PRESENCIA DE
EMBARAZO EN ADOLESCENTE**

Embarazo	Con barrera		Sin barrera		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Con embarazo	138	46.00	15	15.00	153	38.25
Sin embarazo	162	54.00	85	85.00	247	61.75
Total	300	100.00	100	100.00	400	100.00

Chi² = 30.52

G. libertad = 1

p = 0.00000003 (p<0.05)

Tabla 9

**INFLUENCIA DE LAS BARRERAS CULTURALES EN LA PRESENCIA DE
ETS EN ADOLESCENTE**

ETS	Con barrera		Sin barrera		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Con ETS	5	1.67	0	0.00	5	1.25
Sin ETS	295	98.33	100	100.00	395	98.75
Total	300	100.00	100	100.00	400	100.00

Chi² = 1.69

G. libertad = 1

p = 0.19

CAPÍTULO IV DISCUSIÓN

En el **Tabla 1** se muestra la distribución de los adolescentes participantes según edad y género. Podemos observar que hay un predominio de mujeres con el 72.25% en relación a varones que solo fue el 27.75%, siendo la mujer y la edad de 16 años (26.25%) la que más acudió a la micro red y esto puede deberse a que la mujer es quien más accede a los servicios de salud porque ella muestra más interés en su cuidado, además el varón adolescente probablemente se dedique y de mayor importancia a su trabajo si es que este no está estudiando aun; solo un 4.75% de los consultantes tuvieron 13 años, 13% 14 años, y 23.25% 15 años, y 16.50% tenían 17 años. La edad promedio de los varones fue de 16.37 ± 1.78 años y para las mujeres fue de 15.76 ± 1.40 años.

En el estudio de Lizarzaburu SH y Piñín LN (3) realizado en 518 adolescentes hospitalizadas en el Instituto Especializado Materno Perinatal en Lima entre los meses de octubre a diciembre del año 2005, encontró que 70,7% tienen entre 17-19 años, lo que difiere de nuestra población de estudio; la mayor edad puede hacer que los adolescentes tengan mayor experiencia en la práctica de su sexualidad y por tanto tengan antecedentes de uso de métodos anticonceptivos, sobrepasando las barreras que pudieran tener a edades más tempranas como las de nuestro grupo de estudio, esto además considerando que las adolescentes del grupo de estudio de Lizarzaburu ya eran madres atendidas en el Instituto Materno Perinatal.

En la **Tabla 2** se muestra a los adolescentes según estado civil y ocupación se encontró que mayormente son solteros con un 90.50% y solo un, 9% convivientes y 0.25% de casados o separados. La ocupación predominante fue estudiante (89%), un 4.50% fueron independientes, 3% eran comerciantes o empleados y 0.50% obreros. Estos resultados difieren de los reportados por Lizarzaburu (3), donde el 50,4% de adolescentes son conviviente y 46,1% son solteras; 58,6% no culminó su educación básica; 76,4% es ama de casa, 15,1% estudia y 8,5% trabaja.

En cuanto al antecedente de hijos y embarazos (**Tabla 3**), 11% del total de adolescentes tuvieron hijos.

Entre las parejas que no tuvieron hijos un 2.76% tuvo un embarazo previo que probablemente no llegó a término por que culminó en aborto. Esto puede deberse a que no hay una buena comunicación con los padres por la idiosincrasia del adolescente ya que existe el temor a ser rechazado por la sociedad.

Según el estudio del grupo Provinfad encontró que en España la tasa de fecundidad en el año 2010 es de 2.5 por mil a los 15 años, mientras que la tasa de fecundidad de adolescentes extranjeras menores de 19 años es seis veces superior a la de las españolas. Se estima que entre un 60% y un 90% de estos embarazos no son deseados, pese a que existen variaciones según el entorno socio cultural analizado (16).

La **Tabla 4** muestra el antecedente de ETS en los adolescentes el 98.75%, no presentó ninguna ETS y solo un 1.25%, presento alguna patología compatible con ETS; todas las infecciones se presentaron en mujeres. Ello puede deberse a que probablemente los adolescentes encuestados no hayan presentado conductas de riesgo o que muchos de ellos no hayan referido en la encuesta por vergüenza o desconocimiento de que lo que han presentado sea una ETS, si alguna vez tuvieron síntomas.

Según la revista Cubana de Medicina tropical, en Cuba anualmente se notifican entre 40y 50 mil casos solamente de sífilis y condiloma acuminado, con tendencia al incremento, principalmente en adolescentes. A pesar del sub registro que debe existir en algunas de ellas, no aparecen datos estadísticos sobre otras ITS, exceptuando el VIH, causante del Sida. Desde el inicio de la epidemia del VIH/SIDA, en 1986 hasta el año 2004, del total de casos diagnosticados como seropositivos, el 10.79% correspondió a los adolescentes de 10^a 19 años (15).

En la **Tabla 5** se muestra el antecedente de recepción de información en los adolescentes encuestados; un 88.75% de ellos refirió haber recibido información referente a los métodos anticonceptivos esto apoya la idea que los adolescentes cuentan con información sobre MAC al alcance de sus manos, sin embargo, es evidente que les hace falta una correcta orientación de la información obtenida ya que el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos es deficiente en 41.75%, regular en 32.75%, bueno en 16.25%

y muy bueno en solo 9.25% de casos. Los resultados expuestos evidencian que hay mucho por hacer aun con relación a la educación sexual y MAC en adolescentes por que el 11.25% no cuenta con esta información.

En el estudio de Castro P, realizado en Brasil en 32 adolescentes encontraron que 30 de ellas conocían algún método al momento de la primera relación sexual, pero solo 15 usaron alguna protección (7).

Los aspectos mejor conocidos sobre los anticonceptivos (**Tabla 6**) fueron: el concepto de métodos anticonceptivos (74.50%), es decir los adolescentes manejan conceptos básicos sobre los MAC Y el mecanismo de acción de los métodos hormonales (64%), los métodos intrauterinos (62.75%), los métodos de barrera (58%), la forma de uso de los métodos de barrera(55.75%) y la frecuencia de su uso (54.75%) con ello podemos observar que la mitad de los adolescentes encuestados no conocen no usan el condón uno de los métodos más usados probablemente por los adolescentes así como la forma de uso de los anticonceptivos orales (50.50%), y los menos conocidos fueron los métodos naturales (30.75%) esto se puede deber a que estos métodos para el adolescente pueden parecer no seguros por lo que no le dan importancia. La forma de uso de los anticonceptivos Inyectables (37.50%) y los métodos definitivos (39%).

En el estudio de Castro P, en Paraguay encontró que un número considerable de adolescentes conoce algún método anticonceptivo, pero muy pocos explicaron correctamente su uso. Hay una actitud positiva con respecto al uso y desean mayor información (7)..

En la evaluación de las dimensiones de las barreras culturales (**Tabla 7**) se encontraron barreras en las creencias en 80.75% de casos, probablemente porque el adolescente de esta jurisdicción gran parte son procedentes de Puno o regiones alto andinas donde las creencias están muy arraigadas de generación en generación, además barreras en las ideas en 58.75%, barreras en los valores en 63% y barreras en los hábitos en 75.50% de adolescentes. Con ello se identificaron barreras culturales para el acceso a métodos anticonceptivos en 75% de adolescentes.

Lizarzaburu SH y Piñín LN (3) identificaron barreras personales con desconocimiento del uso correcto del método anticonceptivo; de las barreras socioculturales predominó la falta de temas relacionados con Salud Sexual y Reproductiva en la currícula de los colegios; de las barreras en los servicios de planificación familiar predominó los procesos engorrosos; de las barreras con el profesional de salud predominó el personal de Salud poco cordial, incomprensivo (3).

En la **Tabla 8** se muestra la influencia de las barreras culturales en el desarrollo de embarazo en adolescentes; entre los que tenían barreras para el acceso, el 46% presentó al menos un embarazo, lo que ocurrió en 15% de los adolescentes que no presentaron barreras; las diferencias fueron significativas ($p < 0.05$). En contraste con el estudio de Lizarzaburu (3), realizado en adolescentes gestantes, el 19.7% tenía antecedente de embarazo anterior, lo que puede reflejarse en su embarazo al momento del estudio.

La **Tabla 9** muestran la influencia de las barreras culturales en la presencia de ETS en los adolescentes; entre aquellos sin barreras, ninguno tuvo ETS, y se presentaron en 1.67% de adolescentes con barreras socioculturales; las diferencias no obstante no resultaron significativas ($p > 0.05$).

Como hemos identificado en nuestro estudio, una importante proporción de adolescentes experimenta barreras o dificultades para el acceso a métodos anticonceptivos; probablemente estas barreras se relacionen no solo al pobre conocimiento sobre métodos anticonceptivos y cuál es su mejor opción al momento de su elección ante el inicio temprano de su vida sexual activa, sino también debido a su edad. Estas barreras pueden extenderse luego a la asistencia a los controles prenatales, donde la falta de conocimientos previos puede afectar también su decisión de acudir a los controles, como lo describe Cobos (4) en su estudio realizado en Ecuador en gestantes adolescentes, donde el 77% de las gestantes adolescentes no ha recibido charlas por el personal de salud dentro de la institución, y el 40% desconoce los riesgos que ocasionan el no asistir a las consultas prenatales periódicamente, el 60% no sabe la importancia de un control prenatal oportuno, y el 54% no acude a la institución por la distancia, lo económico y el tiempo que genera al llegar a la institución.

Como se observa en este estudio, también puede haber desinterés del personal de salud, puesto que no se actúa al identificar a los adolescentes que acuden a consulta y que pueden tener temor para expresar sus problemas de salud, más aún cuando se relaciona a su sexualidad.

Queda como tarea a corto plazo para la Micro red Mariscal Castilla realizar acciones para mejorar la atención a los adolescentes en salud sexual y reproductiva, sobre todo con capacitación a nivel del personal de salud y en la misma población, abarcando no solo a las instituciones educativas sino también a la población en general.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIÓN

Se identificaron barreras culturales como creencias, ideas, valores y hábitos para el acceso a métodos anticonceptivos en 75% de adolescentes que se atienden en la Micro red Mariscal Castilla, Arequipa; predominando las ideas y valores.

5.2. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a la dirección de la Micro red Mariscal Castilla realizar la implementación de áreas u horarios diferenciados de consulta en salud sexual y reproductiva para adolescentes de su ámbito de referencia.
2. Es aconsejable que, en coordinación con el Ministerio de Educación y las unidades locales de gestión educativa, el Ministerio de Salud brinde capacitación permanente a los adolescentes y sus padres acerca de sexualidad y la prevención de ETS y de embarazos no deseados.
3. Que se realicen más estudios de investigación para identificar las barreras culturales que pueden experimentar los adolescentes al acceso a métodos anticonceptivos ya que ello permitirá disminuir el riesgo de embarazos, así como de adquirir una ETS y con ello mejorar la calidad de vida del mismo

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Brindis C. La importancia de los programas de acceso a anticonceptivos: Mejora del acceso de los adolescentes a los métodos anticonceptivos. Volumen IV, 2001: Serie de Advocates for Youth. www.palho.org.oms.com
- 2) OMS/OPS. La salud del adolescente y el joven de las Américas. Publicación N°489. Twenty Third Street. New York. Washington D.C. 2005
- 3) Lizarzaburu SH, Piñín LN. Barreras que impiden el uso de un método anticonceptivo a las adolescentes hospitalizadas en el IEMP en el periodo Octubre-Diciembre del año 2005. Tesis para optar el título de licenciadas en obstetricia. Facultad de Medicina Humana, escuela académico profesional de Obstetricia. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2006
- 4) Cobos LE. Factores que influyen en la Atención Prenatal en Adolescentes que acuden a la consulta del Subcentro de Salud Zapotal - Santa Elena. Carrera de Enfermería. Escuela de Ciencias de la Salud. Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud. Universidad Estatal. Península de Santa Elena. La Libertad. Ecuador. 2013
- 5) Gascón J. Comportamiento sexual de los escolares adolescentes en la ciudad de Córdoba. Dirección General de Coordinación, Docencia e Investigación de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. 2003.
- 6) Rodríguez A. Percepciones y comportamientos de riesgos en la vida sexual y reproductiva de los adolescentes. Rev. Cubana Salud Pública. 2006; 32 (1):1.
- 7) Castro P. Opiniones de los Diversos Actores Sobre la Participación Comunitaria en Salud y Planificación Familiar. Revista de Salud Pública de México, 2003;35 (4).
- 8) Schwarcz R, Castro R, Galimberti D, Martínez I, García O y cols. Guía para el uso de Métodos Anticonceptivos. Ministerio de salud. unidad coordinadora ejecutora de programas materno infantiles y nutricionales. Tegucigalpa: México, 2000.

- 9) MINSA. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Lima. Perú. 2011. Disponible en: <http://ftp2.minsa.gob.pe/download/esn/ssr/GuiasAtencionIntegraYSSR.pdf> con acceso el 15 de Enero del 2018.
- 10) Vergara J. Influencia de la consulta de planificación familiar sobre los factores de riesgo reproductivo preconcepcional en el área de salud del Policlínico "Playa" Revista Avanzada Científica, 2006; 9(1). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5074595>, con acceso el 15 de Enero del 2018.
- 11) Núñez G. Alanís MJ, Alanís J. Diferencias en la utilización de métodos de planificación familiar por mujeres adolescentes en Monterrey, México, según el modelo de educación utilizado. Revista Española de Salud Pública 2005; 79 (1):69-77
- 12) Vargas I. Barreras en el acceso a la Atención en Salud en modelos de competencia gestionada: Un estudio de caso en Colombia. Programa Doctoral de Medicina Preventiva y Salud Pública. Departamento de Pediatría, Obstetricia, Ginecología y Medicina Preventiva. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Barcelona. España. 2010
- 13) Álvarez CA. Castro YA. Identificación de las barreras socioculturales e institucionales para el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva de la ESE Hospital Local Mahates que perciben los adolescentes y jóvenes de la Institución Educativa Camilo Torres del Municipio de Mahates en el primer periodo del 2013. Tesis para optar el título de especialista en gerencia de salud, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Cartagena, 2013
- 14) Laura XM. Barreras culturales en el cumplimiento de los controles prenatales en puérperas multíparas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2014. Tesis presentada para obtener el título Profesional de Licenciada en Enfermería. Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud, Escuela Académico Profesional de Enfermería, Universidad Alas Peruanas Filial Arequipa, 2014
- 15) Revista Cubana de Medicina Tropical 2014;66(2):295-304. Nivel de conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual y conductas en

adolescentes. Disponible en: <http://scielo.sld.cu>, con acceso el 17 de Julio de 2018.

16) Grupo Previnfad, Prevención en la Infancia y Adolescencia. Disponible en: <http://previnfad.aepap.org/monografia/embarazo-ITS>. Con acceso el 17 de Julio del 2018.

ANEXOS**Anexo 1. Ficha de recolección de Datos**

Nº de Ficha: _____

Edad: ____ años

Sexo: Varón Mujer Estado civil: Soltero Conviviente Casado Separado

Instrucción:

Iletrado Primaria Secundaria Técnica Superior

Ocupación:

Estudiante Independiente Comerciante Empleado Obrero

Tiene hijos:

No Sí Cuántos? _____Si no tiene hijos, tuvo algún embarazo previo: No sí ¿Ha tenido alguna infección de transmisión sexual? No sí ¿Cuál? _____

Anexo 2. Cuestionario de conocimientos.

Conocimiento sobre métodos anticonceptivos:

- 1) ¿Recibiste información acerca de los métodos anticonceptivos?
Si () No ()
- 2) ¿Qué es un método anticonceptivo? (Responda lo correcto)
 - a. Es evitar tener relaciones sexuales
 - b. Es un conjunto de medidas para la planificación familiar
 - c. Desconoce

MÉTODOS NATURALES

- 3) ¿Cuáles son los métodos naturales?
 - a. Método del calendario o ritmo
 - b. Método de la temperatura basal
 - c. Método del moco cervical (Billings)
 - d. Método de la lactancia materna
 - e. Todos los mencionados
 - f. Ninguna de las anteriores
- 4) ¿Quiénes pueden utilizar el método del ritmo?
 - a. Ciclo menstrual regular
 - b. Ciclo irregular
 - c. Cualquier mujer
 - d. No sabe

MÉTODOS DE BARRERA

- 5) ¿Cuáles son los métodos de barrera
 - a. Vasectomía
 - b. Preservativos masculino y femenino
 - c. Espermicida
 - d. Otros
 - e. No sabe
- 6) ¿En qué momentos se deben utilizar?
 - a. Antes del coito

- b. Después del coito
 - c. En cualquier momento
 - d. No sabe
- 7) ¿Cuántas veces deben utilizarse?
- a. Uso permanente
 - b. Una sola vez
 - c. Todas las veces
 - d. Hasta que se deteriore

MÉTODOS HORMONALES

- 8) ¿Cuándo deben tomarse los anticonceptivos orales?
- a. Todos los días
 - b. Interdiario
 - c. A veces
 - d. No sabe
- 9) ¿Cuándo se debe aplicar el anticonceptivo inyectable?
- a. Cada mes o cada 3 meses dependiendo del inyectable
 - b. Cada año de ser posible
 - c. Cada vez que tenga relaciones
 - d. Todos los días
 - e. No sabe
- 10) Los anticonceptivos orales e inyectables actúan evitando
- a. La menstruación
 - b. La fecundación
 - c. No sabe

MÉTODOS INTRAUTERINOS

- 11) ¿Sabe Ud. ¿Cuál es el método anticonceptivo intrauterino?
- a. Píldoras
 - b. Preservativos
 - c. T de cobre
 - d. Espermicidas
 - e. No sabe

MÉTODOS DEFINITIVOS

12) ¿Cuáles son los métodos definitivos?

- a. Vasectomía
- b. Ligadura de trompas
- c. Ambos
- d. Inyectables
- e. No sabe

Puntaje total 15 puntos

OBSERVACIONES:

.....

.....

Anexo 3: Test de BARRERAS CULTURALES

Nº	ITEMS	NO	SI
CREENCIAS			
1	¿Crees que es necesario usar métodos anticonceptivos?	1	3
2	¿Cree que el personal de Salud se interesa por brindarte información o facilidades para usar métodos anticonceptivos?	1	3
3	¿Crees que la atención brindada del personal de salud para acceder a información o uso de métodos anticonceptivos es buena?	1	3
4	¿Cree que es mejor la atención con el personal de salud o en una farmacia para conseguir métodos anticonceptivos?	1	3
5	¿Crees que es necesario acudir al centro de salud para conseguir información o que te den los métodos anticonceptivos?	1	3
IDEAS			
6	¿Cree que al acudir al centro salud para pedir métodos anticonceptivos lo tratarán bien?	1	3
7	¿Cree que no es necesario acudir por información o por métodos anticonceptivos periódicamente en el centro de salud?	1	3
8	¿Cree usted que la información y los consejos que le brindan los profesionales de salud son necesarios?	1	3
9	¿Cree que los profesionales de la salud te respetan cuando acudes por información o para conseguir métodos anticonceptivos?	1	3
10	¿Crees tener un adecuado conocimiento de la importancia de los métodos anticonceptivos?	1	3
VALORES			
11	¿Cree usted que la atención que le brindan es respetuosa?	1	3
12	¿Cree usted que le brindan la misma atención que le dan a otras personas que no sean adolescentes?	1	3
13	¿Cree usted que los profesionales que la brindan la atención toman en consideración su opinión?	1	3
14	¿Cree que en el Establecimiento de Salud la atención que le brindan es realizada con la mejor disposición?	1	3
15	¿Cree que durante la atención le brindan toda la información para decidir cuál es la mejor opción para elegir un método anticonceptivo?	1	3
HÁBITOS			
16	¿Cree usted que por más que se esfuerce no va poder cumplir con todos los controles para obtener métodos anticonceptivos?	1	3
17	¿Cree usted que si acude al centro de salud por métodos anticonceptivos se los darán en forma gratuita cada vez que acuda?	1	3
18	¿Cree usted que es necesario que le realicen seguimiento por parte de los profesionales de salud para conseguir los métodos anticonceptivos?	1	3

19	¿Cree que debió haberse informado antes para comenzar a usar métodos anticonceptivos?	1	3
20	¿Cree que la consecuencia de no haberse informado antes para comenzar a usar métodos anticonceptivos es el adquirir infecciones sexuales o embarazo?	1	3

Muchas Gracias...

Calificación:

La puntuación total oscila entre 20 a 60 puntos.

La calificación se realiza adjudicando puntos según la opción seleccionada en escala:

SI = 3 puntos.

NO = 1 punto.

Validez y Confiabilidad del Test de Barreras Culturales - Miracle

El siguiente Test de Barreras Culturales, fue sometido a validación por juicio de expertos para estudio previo realizado por la Lic. Enf. Xiomara Milusca Laura Cornejo (14) para establecer su validez y confiabilidad.

Lo que se busca con su construcción es que se convierta en una prueba de evaluación de la presencia de Barreras Culturales, aportando información válida y confiable. El test cuenta con indicadores como: Creencias, Ideas, Valores y Hábitos.

Criterios para asignar el valor final a la Variable

SI. - Cuando la puntuación según el Test se encuentre entre 36 y 60 puntos, significa que las Barreras Culturales no influyen para que la Puérpera Multípara cumpla con sus Controles Prenatales.

NO.- Cuando la puntuación según el Test se encuentre entre 20 y 35 puntos, significa que las Barreras Culturales si influyen para que la Puérpera Multípara cumpla con sus Controles Prenatales.

Anexo 4: Definición operacional de variables.

Variable	Indicador	Unidad / Categoría	Escala
<i>Características epidemiológicas</i>			
Edad	Fecha de nacimiento	Años	De razón
Sexo	Caracteres sexuales secundarios	Femenino, masculino	Nominal
Estado civil	Unión civil declarada	Soltero, conviviente, casado	Nominal
Nivel de instrucción	Año de estudios culminado	Primaria, secundaria, superior	Ordinal
Antecedente de ITS	Historia clínica	Presente, Ausente	Nominal
Antecedente de embarazo	Historia clínica	Presente, Ausente	Nominal
<i>Barreras culturales</i>			
Creencias	Experiencias y conocimientos errados sobre los métodos anticonceptivos	Presente, Ausente	Nominal
Ideas	Razonamiento y reflexión equivocados sobre los MAC	Presente / Ausente	Nominal
Valores	Organización de la sociedad que limita el acceso a los MAC	Presente / Ausente	Nominal
Hábitos	Entorno social y uso de los MAC	Presente / Ausente	Nominal