ARTÍCULO ORIGINAL / *ORIGINAL ARTICLE*

Planificación familiar en adolescentes que consultan en el Servicio de Ginecobstetricia Instituto de Previsión Social. Hospital Central, Paraguay, 2012/2015

Family planning in adolescents who consult in the Obstetrics-Gynecology Service. "Hospital Central Instituto de Previsión Social". Paraguay, 2012/2015

Moral L[1], Espínola-Canata M[2], Ferreira-Gaona MI[3], Díaz-Reissner CV [3].

RESUMEN

Introducción: En nuestra región, en general la comunicación sobre educación sexual y la planificación familiar es deficiente y las adolescentes que tienen relaciones sexuales sin conocimiento adecuado sobre métodos de planificación familiar se exponen a consecuencias no deseadas. **Objetivo:** Caracterizar el uso de métodos de planificación familiar en adolescentes sexualmente activas que consultaron en el Servicio de Ginecobstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, años 2012 al 2015. **Metodología**: Estudio observacional, descriptivo de corte transversal por medio de revisión de las historias clínicas. **Resultados:** De 100 adolescentes sexualmente activas con edades de 11 a 17 años. El 88% provenía de zona urbana y nivel secundario 96%. La menarca ocurrió en promedio a los 12 años y la edad que iniciaron relaciones sexuales fue 14,7 años. El tiempo promedio entre la menarca y la edad de inicio de relaciones sexuales fue 2,7 años. El 96% refirió no haber sufrido violencia intrafamiliar. Tuvieron información previa a las relaciones sexuales sobre métodos de planificación familiar 66% y no 34%. No utilizaron ningún método 34%. Uso de Preservativo 43%. Uso de Anticonceptivo oral 24%. En la adolescencia intermedia y cuando iniciaron sus relaciones sexuales en esta etapa fue con mayor frecuencia de uso de preservativos. Las adolescentes que recibieron información previa, utilizaron con mayor frecuencia el anticonceptivo oral.

Palabras clave: Planificación familiar; Adolescentes; Embarazo; Factores de riesgo; Educación sexual.

ABSTRACT

Introduction: *In our region, communication regarding sex education and family planning is generally poor, and adolescents who have sex without adequate knowledge about family planning methods are exposed to undesirable consequences.* ***Objective:*** *To characterize the use of family planning methods in sexually active adolescents who consulted in the Obstetrics-Gynecology Service "Hospital Central Instituto de Previsión Social". Paraguay, from 2012 to 2015.* ***Methodology:*** *This was an observational, cross-sectional, descriptive study through a review of medical records.* ***Results:*** *We evaluated the records of 100 sexually active adolescents aged 11 to 17 years. 88% came from urban areas and 96% were at the high school education level. Menarche occurred on average at age 12 and the age of first intercourse was 14.7 years. The mean time between menarche and the age of onset of sexual intercourse was 2.7 years. Ninety-six percent reported not having suffered intra-family violence. 66% reported having information about family planning prior to initiating sexual activity and 34% reported having no information. 34% did not use any contraceptive methods. 43% reported using condoms. 24% reported using oral contraceptives. Condom use was reportedly higher when subjects were in the mid-adolescence age range and when sexual activity first began during this time period. Adolescents who received family planning information prior to onset of sexual activity used oral contraceptives more frequently.*

Keywords: *Family planning; Adolescents; Pregnancy; Risk factors; Sex education.*

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un proceso de transición entre la niñez y la edad adulta. Es la etapa de la vida que experimenta cambios físicos y psicológicos afectando todos los aspectos de la personalidad: dimensión biológica, estructura intelectual, mundo afectivo, imagen del mundo y su propio sentido de la existencia. Convencionalmente la Organización Mundial de la Salud (OMS), estableció su aparición entre los 10 a 19 años, dividida en tres etapas: temprana (10-14), intermedia (15-16) y

Recibido el 14 de febrero de 2017, aceptado para publicación el 19 de junio de 2017.
[1]Posgrado de Especialización en Medicina Familiar. Hospital Central. Instituto de Previsión Social. Asunción, Paraguay
[2]Médico Pediatra. Departamento de Educación Médica. Hospital Central. Instituto de Previsión Social. Asunción, Paraguay
[3]Odontóloga. Posgrado de Especialidades Médicas. Universidad Católica. Asunción, Paraguay
Correspondencia: Espínola-Canata M.: mecanata@gmail.com

tardía (17–19) cada una de ellas con sus características peculiares[1-4].

En los jóvenes la actividad sexual se inicia cada vez más temprano y generalmente sin el debido conocimiento lo que conduce a frecuentes conductas sexuales de riesgo. Estudios realizados indican que en la primera consulta para el control ginecológico o asesoramiento sobre métodos anticonceptivos, un número importante de adolescentes ya ha tenido experiencia sexual. A las adolescentes sexualmente activas, les cuesta hablar espontáneamente con el médico o el personal de salud sobre anticoncepción[5-7].

Existe un déficit en la comunicación sobre salud sexual y reproductiva entre adolescentes y padres en el hogar en América Latina. Esta situación fue corroborada en investigaciones realizadas en adolescentes con relaciones sexuales de riesgo cuyo denominador común representa conocimientos de sexualidad deficientes y pobre comunicación familiar, atribuibles a múltiples causas: económicas, culturales, grado de escolaridad, y funcionalidad de la familia[8-10].

Los factores con probabilidad de daño para la salud integral de los adolescentes son conductas sexuales de riesgo, menarca temprana, familias disfuncionales, violencia intrafamiliar, deserción escolar, accidentes, consumo de alcohol y drogas, desigualdad en términos de acceso a los sistemas de salud, educación, trabajo, empleo del tiempo libre y bienestar social, condiciones ambientales insalubres, marginales y pocos seguras[11]. Debe mencionarse además el embarazo de la adolescente con un riesgo más elevado de mortalidad durante el parto que el resto de las mujeres en general[12-14].

Los responsables de lograr una mejor educación para la salud y educación sexual son los ginecólogos, obstetras y pediatras; y cualquier otro profesional de la salud, quienes deberían estar atentos para prepararles sobre el inicio de la sexualidad y sus cuidados[15-16]. Sin embargo, hay evidencias de que los adolescentes obtienen de sus amistades la mayor cantidad de información sobre la sexualidad y el último lugar ocupa el médico de familia[17].

El estudio ENFES, México (1993), menciona que la obtención del primer anticonceptivo para el inicio de las relaciones sexuales proviene por orden de frecuencia de la farmacia, de un amigo, nivel privado y en las clínicas de salud[18]. Estos datos demuestran que el asesoramiento médico se encuentra en el último eslabón.

El 33% de la población paraguaya está conformada por menores de 15 años y el 20% de los embarazos corresponde a las adolescentes. Dos partos diarios que se registran en nuestro país corresponden a adolescentes de 10 a 14 años. Cuatro de cada 10 adolescentes mujeres de entre 15 a 19 años ya tienen relaciones sexuales, y sólo cuatro utilizan el condón[19-20] . La Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva del 2008, reveló que las adolescentes de 15 a 19 años presentaban una frecuencia de uso de anticonceptivos inferior, con respecto a las mujeres de 20 a 34 años[21].

En un estudio realizado en Asunción en el año 2009, en una población de jóvenes entre 15 a 19 años, los hallazgos dejan ver que los condones y anticonceptivos están disponibles en las farmacias libremente y sin prescripción, que sienten vergüenza para comprarlos y que les preocupa los costos. La carencia de comunicación entre los adolescentes y adultos señala que es debida a la vergüenza, los juicios negativos y desaprobatorios y que también prefieren la farmacia como lugar de provisión de anticonceptivos por ser un sitio anónimo y accesible[22-23].

En nuestro país, la educación y planificación familiar son considerados derechos, expresados en la Constitución Nacional y en el Código de la Niñez y la Adolescencia[24-25].

Con el objetivo de caracterizar el uso de métodos de planificación familiar en adolescentes sexualmente activas que consultaron en el Servicio de Ginecobstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, años 2012 al 2015, fue realizado el presente estudio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo de corte transversal, en pacientes adolescentes que acudieron al Servicio de Ginecobstetricia, años 2012 al 2015. Se obtuvo autorización del Jefe de Servicio. Se recogieron los datos en fichas colectoras de las historias clínicas de las pacientes y se diseñó una ficha de recogida de datos con las variables. El protocolo del estudio fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Se respetó la privacidad y la confidencialidad. Los datos fueron digitalizados en el programa *Microsoft Office Excel 2007* y para el tratamiento estadístico se utilizó *EpiInfo*. Se aplicó estadística descriptiva en el análisis de los datos y se empleó la prueba de chi cuadrado para relacionar las variables uso de anticonceptivo y preservativo con las variables demográficas, educación, inicio de relaciones sexuales y violencia intrafamiliar con un nivel de confianza de 95%. Para las variables cualitativas utilizando frecuencia y porcentaje y para las variables cuantitativas, promedio y DE.

RESULTADOS

Durante el período 2012-2015 acudieron al Consultorio de

Ginecobstetricia 100 adolescentes con edades comprendidas entre 11 a 17 años.

El 88% de la población era de zona urbana y el 12% de zona rural. Con respecto al nivel educativo correspondieron a nivel primario 6% y al nivel secundario 94%.

En relación a la preferencia por el método anticonceptivo, el preservativo fue seleccionado en el 51% de la población y el anticonceptivo oral en el 44%. No utilizaron ningún método de cuidado el 34%.Uso combinado de preservativo y anticonceptivo oral se registró en el 20%. El 66% recibió información previa sobre métodos de cuidado y solo un 4% manifestó haber vivido situaciones de violencia intrafamiliar. Tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas, antecedentes ginecológicos y uso de métodos anticonceptivos. Hospital Central. Instituto de Previsión Social. Periodo 2012-2015

DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDAD		
Adol. temprana (10-14 años)	39	39,0%
Adol. intermedia (15-16 años)	55	55,0%
Adol. tardía (17-19 años)	6	6,0%
PROCEDENCIA		
Urbana	88	88%
Rural	12	12%
EDUCACION		
Primaria	6	6%
Secundaria	94	94%
MENARCA		
Adol. temprana (10-14 años)	98	98,0%
Adol. intermedia (15-16 años)	2	2,0%
INICIO RELACION SEXUAL (IRS)		
Adol. temprana (10-14 años)	39	39,0%
Adol. intermedia (15-16 años)	55	55,0%
Adol. tardía (17-19 años)	6	6,0%
TIEMPO MEN/IRS		
1 a 3 años	73	73,0%
4 a 7 años	27	27,0%
USO MET. ANTICONCEPTIVOS		
Siempre	24	24%
A veces	20	20%
No usa	56	56%
PRESERVATIVO		
A veces	16	16%
No usa	41	41%
Si usa	43	43%
ANTICONCEPTIVO ORAL		
A veces	20	20%
No usa	55	55%
Si usa	25	25%
RECIBIÓ INFORMACIÓN PREVIA		
No	34	34%
Si	66	66%
SUFRIÓ VIOLENCIA (intrafamiliar)		
No	96	96%
Si	4	4%

El promedio de edad de la menarca fue 12 ±1,3 años. La edad de inicio de las relaciones sexuales, 14,7±1,3 años y la diferencia entre ésta y la menarca fue de 2,7± 1,3 años. Tabla 2.

Tabla 2. Antecedentes Ginecológicos. Hospital Central. Instituto de Previsión Social. Periodo 2012-2015

MEDIDAS	EDAD	IRS(*)	MENARCA	TA(**)
PROMEDIO	15,5 años	14,7 años	12 años	2,7 años
MEDIANA	16,0 años	15,0 años	12 años	3 años
MODA	16,0 años	15,0 años	12 años	2 años
DE(***)	1,27 años	1,36 años	1,34 años	1,35 años
MAXIMA	17,0 años	17 años	15 años	7 años
MINIMA	11,0 años	11 años	9 años	1 año

(*) IRS: Edad de inicio de relaciones sexuales en años
(**) TA: Diferencia entre la edad de inicio de relaciones sexuales y la menarca en años
(***) DE: Desvío Estándar

Al relacionar el uso de métodos anticonceptivos con las variables demográficas, inicio de relaciones sexuales, información previa y violencia intrafamiliar se observó que, en el grupo de edad correspondiente a adolescencia intermedia (15-16 años) fue mayor el uso de preservativos. Así mismo, cuando las adolescentes iniciaron sus relaciones sexuales en la etapa de adolescencia intermedia, lo hicieron utilizando con mayor frecuencia preservativos. Por otro lado, las adolescentes que recibieron información previa, utilizaron con mayor frecuencia el anticonceptivo oral como método de planificación familiar en sus relaciones sexuales. Tabla 3.

Tabla 3. Relación del uso de métodos anticonceptivos con variables demográficas, inicio de relaciones sexuales, información previa y violencia intrafamiliar. Hospital Central. Instituto de Previsión Social. Periodo 2012-2015

DESCRIPCION	ANTICONC. ORAL		PRESERVATIVO	
	X2	VALOR DE P	X2	VALOR DE P
EDAD (años)	2,7	0,609	14,00	0,007*
PROCEDENCIA (urbana/rural)	0,66	0,719	1,99	0,370
NIVEL EDUCATIVO (primaria/secundaria)	2,42	0,298	4,84	0,089
INFORMACIÓN PREVIA (si/no)	40,48	0,00001***	74,13	0,0001
INICIO RELACIÓN SEXUAL (temprana/intermedia/tardía)	5,32	0,256	9,46	0,05**
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR (si/no)	1,32	0,517	2,16	0,340

*En la etapa de adolescencia intermedia (15-16 años) fue mayor el uso de preservativos
**Las que iniciaron su relación sexual en la adolescencia intermedia (15-16 años) utilizaron con mayor frecuencia preservativos
***Las adolescentes que recibieron información previa, utilizaron con mayor frecuencia anticonceptivo oral

DISCUSIÓN

Al consultorio de Ginecobstetricia acudió una población compuesta con mayor frecuencia por adolescentes sexualmente activas, de 15 a 16 años de edad, procedentes del área urbana y con escolaridad de nivel medio concluido, sin antecedentes de haber sufrido violencia intrafamiliar, que optó por el preservativo como método de planificación familiar. El estudio de la Encuesta Mundial de Salud Escolar, Chile (2004) realizado por el Ministerio de Salud en escolares de 13 a 15 años

mostró que el uso de condón en la primera relación sexual no excedía el 9%[22]. Sin embargo, la Quinta Encuesta Nacional de Juventud, Chile (2006) revelo que los métodos anticonceptivos utilizados más frecuentemente en la primera relación sexual fueron el preservativo masculino (85%)[26]. En nuestro trabajo su uso en general representa una cifra inferior con 44% y anticonceptivos orales fueron utilizados por el 25 % de los adolescentes.

Una teoría aceptada para explicar la menarca temprana como factor de riesgo es que, a los 10 a 14 años se producen rápidos cambios físicos y psicológicos, con una autopercepción deficiente, sumados al impulso de experimentación y búsqueda de identidad, que transcurre en un ámbito más alejado del entorno familiar. Diversas investigaciones en relación al tema fueron hechas en países de América Latina. Es así que en el DF de México[19] la edad promedio de aparición de la menarca es de 12,2 y 12,8 años, respectivamente, Lima (Perú) [27] reporta que la edad promedio de ocurrencia de la menarca fue de 12,7 años con un mínimo de 9 y un máximo de 11 años y Chile[28] en una muestra de 1844 adolescentes, la mediana y el promedio de edad fue de 16 años (rango: 12 - 19 años), la mediana de la menarca fue de 12 años (rango: 9 a 15 años) y el promedio 12,07 años con una desviación estándar de 0,03 años.

Nuestro trabajo con una muestra selectiva de 100 adolescentes sexualmente activas presenta resultados similares a los de Chile y Perú. El promedio de edad fue de 15,5 años ligeramente inferior al promedio en Chile, el promedio de la menarca fue 12 igual (rango de 9 a 15 años) y la desviación estándar de 1,35.

El inicio de relaciones sexuales puede ser considerado un fenómeno que responde a múltiples factores y se encuentra en estrecha relación con el nivel de educación sexual impartida a las adolescentes, a mayor calidad educativa se retrasa la edad de inicio. En Nicaragua de acuerdo con la Endesa 2011-2012, revela que a nivel nacional la edad promedio en que las mujeres inician sus relaciones sexuales es de 16.8 años, pero en el área urbana es de 17.1 y en la rural es de 16.2.años[29]. En nuestra investigación, la edad que iniciaron relaciones sexuales es en promedio 14,7 años en las mujeres, cifras inferiores a todos los trabajos presentados, revelando una mayor precocidad, resultado que expresa la diversidad humana por un lado, y la diferencia de criterios en la toma de muestra en este trabajo o el tamaño de la misma, por otro.

Aun cuando un poco más de la mitad de nuestras jóvenes no emplea métodos de cuidado con sus parejas, cuando lo hicieron, optaron de preferencia por el preservativo, coincidente con la conducta de las adolescentes que en general no tienen relaciones sexuales frecuentes[13]. Al observar su uso en relación a los grupos de edad, observamos que, en el correspondiente a adolescencia intermedia (15-16 años) fue mayor el uso de preservativos. Así mismo, cuando las adolescentes iniciaron sus relaciones sexuales en esta etapa, también lo hicieron utilizando con mayor frecuencia preservativos.

Encontramos relación entre las adolescentes que recibieron información previa y la preferencia del anticonceptivo oral como método de planificación familiar en sus relaciones sexuales, coincidente con los hallazgos de González E, Molinas T, Luttges C. (2015), quienes consideran que la educación sexual temprana es una estrategia valiosa para la promoción de conductas sexuales seguras como inicio sexual tardío y uso más efectivo y sistemático de métodos anticonceptivos[30].

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kliegman S. Tratado de pediatría. 19a ed. Barcelona: Elsevier; 2013.

2. Organización Mundial de la Salud. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health [Internet]. Génova: OMS. [citado: 2016 Nov 10]. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf

3. Crocetti E, Erentaite R, Zukauskiene R. Identity styles, positive youth development, and civic engagement in adolescence. J Youth Adolescence. 2014; 43:1818–1828.

4. Mendoza Tascón LA, Claros Benítez DI, Peñaranda Ospina CB. Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. Rev Chil Obstet Ginecol. 2016; 81(3):243–253.

5. Rubinstein A. Medicina familiar y práctica ambulatoria. 2a ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2006.

6. Ramos Amorim M, Araújo Lima L de, Vigolvino Lopes C, Lopes de Araújo D, Guimarães J, César L, Oliveira Melo A. Fatores de risco para a gravidez na adolescência em uma maternidade-escola da Paraíba. Rev Bras Ginecol Obstet. 2009; 31(8):404-10.

7. Darney BG, Biani Saavedra-Avendano SG, Sosa-Rubi RL, Rodríguez MI. Comparison of family-planning service quality reported by adolescents and young adult women in Mexico. Int J Gynecol Obstetr. 2016; 134:22–28.

8. Salazar GA. Conocimientos de sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar en adolescentes de instituciones educativas nacionales del distrito de El Agustino, Lima Perú. Revista

Horizonte Médico Medicina [Internet]. 2007 [citado 2016 May 13]; 7(2):79-85. Disponible en: http://www.horizontemedicina.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/214

9. Domínguez Domínguez I. Influencia de la familia en la sexualidad adolescente. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2011;37(3):387-398.

10. González E, Molina T, Montero A, Martínez V. Factores familiares asociados al inicio sexual temprano en adolescentes consultantes en un centro de salud sexual y reproductiva en Santiago de Chile. Rev Med Chile. 2013; 141:313-319.

11. Pineda PS. La adolescencia: manual de prácticas clínicas de atención en la adolescencia. La Habana: MINSAP; 1999.

12. Sánchez Valencia YA, Mendoza Tascón LA, Grisales López MB, Ceballos Molina LY, Bustamente Farfán JC, Muriel Castañeda E, Chaverra LA, Acuña Polo ME. Características poblacionales y factores asociados a embarazo en mujeres adolescentes de Tuluá, Colombia. Rev Chil Obstet Ginecol. 2013; 78(4):269–281.

13. Sam-Soto S, Osorio-Caballero M, Rodríguez- Guerrero RE, Pérez-Ramírez NP. Comportamiento sexual y anticoncepción en la adolescencia. Acta Pediátr Mex. 2014; 35:490-498.

14. Vieira Belo MA, Pinto e Silva JL. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. Rev Saúde Pública. 2004; 38(4):479-87.

15. Ruoti AM. Salud reproductiva: obstetricia y perinatología. 2a ed. Asunción: EFACIM-EDUNA; 1999.

16. Kostrzewa JD. The sexual and reproductive health of young people in Latin America: evidence from WHO case studies. Salud Pública Méx. 2008; 50 (1):10-16.

17. Abreu R, Reyes A, García G. Adolescencia e inicio precoz de las relaciones sexuales: algunos factores desencadenantes. Gaceta Médica Espirituana [Internet]. 2008 [citado 2015 Dic 2]; 10(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.10.(2)_01/p1.html

18. García BJ, Figueroa P, Reyes ZH. Características reproductivas de adolescentes y jóvenes de la ciudad de México. Salud Pública Méx. 1993; 35(6):682-691.

19. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (Paraguay). Resultados de la encuesta permanente de hogares (EPH) 2013: principales indicadores de empleo e ingresos. Asunción: DGEEC; 2013.

20. Fondo de Población de las Naciones Unidas: en Paraguay 2 de los partos diarios son de adolescentes [Internet]. Asunción: Fondo de Población de las Naciones Unidas [citado 2015 Marzo 27]. Disponible en: http://www.unfpa.org.py/noticias/template1.php?id=446

21. Ministerio de Salud (Chile). Encuesta mundial escolar Chile 2005. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2005.

22. Andes KL, Cisneros Puebla CA. Salud sexual y reproductiva en adolescentes en Asunción, Paraguay: una evaluación cualitativa de necesidades. Asunción: Centro Paraguayo de Estudios de Población; 2009.

23. Oliveira Gomes VL de, Da Fonseca AD, Oliveira DC de, Silva CD, Ferreira Acosta D, Weiss Pereira F. The representations of adolescents about gynecological consultation. Rev Esc Enferm USP. 2014; 48(3):438-45.

24. Constitución Nacional de la República del Paraguay. Asunción: Congreso Nacional; 1992.

25. Secretaría Nacional de la Niñez y Adolescencia (Paraguay). Código de la niñez y la adolescencia. Asunción: SNNyA; 1992.

26. Instituto Nacional de la Juventud (Chile). 5ta encuesta nacional de juventud. Santiago de Chile: Instituto Nacional de Juventud; 2008

27. Gamarra-Tenorio P, Iannacone J. Factores asociados que influyen en el inicio de actividad sexual en adolescentes escolares de Villa San Francisco-Santa Anita, Lima-Perú 2009. The Biologist (Lima). 2010;8(1):54-72.

28. Leal I, Stuardo V, Molina T, González E. Menarquia temprana y su asociación con conductas de riesgo en adolescentes. Rev Chil Obstet Ginecol. 2015; 80(1):41-47.

29. Instituto Nacional de Información y Desarrollo. Manual de encuesta y demografía nicaraguense. Nicaragua: INIDE; 2013.

30. González E, Molinas T, Luttges C. Características de la educación sexual escolar recibida y su asociación con la edad de inicio sexual y uso de anticonceptivos en adolescentes chilenas sexualmente activas. Rev Chil Obstet Ginecol. 2015; 80(1):24-32.