



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

Adherencia al control de Planificación Familiar y Embarazo en  
adolescentes atendidas en el Primer Nivel de Atención

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
Médico Cirujano**

**AUTORA:**

Montes Lopez, Sandy Rocio (orcid.org/0000-0002-0821-2302)

**ASESOR:**

Dr. Espinola Sanchez, Marcos Augusto (orcid.org/0000-0002-1005-5158)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Salud Materna

**LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:**

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

**TRUJILLO – PERÚ**

**2023**

## **DEDICATORIA**

“Dedico este trabajo de investigación a Dios, mi guía inquebrantable, por otorgarme la fortaleza y la inspiración para llevar a cabo este proyecto académico. A mis amados padres, cuyo amor incondicional y sacrificios han sido mi mayor inspiración y motivación aliento y apoyo han sido pilares fundamentales en la realización de esta tesis”.

## **AGRADECIMIENTO**

“Al asesor de tesis, la Dr. Espínola Sanchez, Marcos Augusto, por su dedicación incansable y su capacidad para inspirar un compromiso riguroso con la investigación. Su guía experta y perspicaz ha sido la brújula que ha dirigido cada paso de este proyecto. Quiero expresar mi gratitud a los miembros de mi comité de tesis, cuya experiencia y visión crítica han enriquecido enormemente este trabajo. Sus comentarios constructivos han sido esenciales para perfeccionar cada aspecto de la investigación.”

# ÍNDICE DE CONTENIDOS

## Carátula

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento .....	iii
Índice de contenidos.....	iv
Índice de tablas .....	v
Resumen .....	vi
Abstract.....	vii
<b>I. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>II. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>4</b>
<b>III. METODOLOGÍA.....</b>	<b>9</b>
3.1 Tipo y diseño de la investigación .....	9
3.1.1. Tipo de investigación.....	9
3.1.2. Diseño de investigación.....	9
3.2 Variables y operacionalización.....	9
3.2.1 Variables: .....	9
3.2.2 Operacionalización de variable .....	9
3.3 Población, muestra y muestreo .....	9
3.3. 1 población: .....	9
3.3.2 Muestra:.....	9
3.3.3 Muestreo:.....	10
3.3.4 Unidad de análisis: .....	10
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	10
3.5 Procedimientos .....	11
3.6 Método de análisis de datos.....	12
3.7 Aspectos éticos .....	12
<b>IV. RESULTADOS .....</b>	<b>14</b>
<b>V. DISCUSIÓN .....</b>	<b>19</b>
<b>VI. CONCLUSIONES.....</b>	<b>24</b>
<b>VII. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>25</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>26</b>
<b>ANEXOS</b>	

## Índice de tablas

Tabla 1. Descripción de características de adolescente según adherencia a programa de planificación familiar .....	14
tabla 2. Descripción de tipo de métodos anticonceptivos usados en el programa de planificación familiar .....	16
Tabla 3. Asociación entre no adherencia a planificación familiar y embarazo adolescentes en adolescentes, en análisis de regresión múltiple .....	17

## Resumen

**Objetivo:** Analizar la asociación entre adherencia al control de planificación familiar y embarazo en adolescentes. **Metodología:** es no experimental, observacional analítico de tipo cohorte retrospectiva. La población de esta investigación está constituida por adolescentes de 10 a 19 años del centro de salud que acuden a planificación familiar. Con una muestra mínimo de 93 participantes en cada grupo, siendo un total mínimo de 186 adolescentes que acuden a control de planificación familiar. **Resultados:** en cuanto a las características de las variables se tuvo como resultados que la edad promedio de las no adheridas es menor a las adheridas, la asociación es significativa ( $p=0.007$ ). según la variable embarazo actual se encontró que las no adheridas a planificación familiar tienen más riesgo de embarazo actual a comparación de las adheridas, esta asociación es significativa ( $p=0.032$ ). **Conclusión:** En conclusión, nuestros resultados indican una asociación significativa entre la no adherencia al programa de planificación familiar y los embarazos actuales ( $p=0.032$ ).

**Palabras clave:** Anticoncepción, adolescente, Planificación Familiar, Métodos Anticonceptivos.

## Abstract

**Objective:** analyze the association between adherence to family planning control and adolescent pregnancy. **Methodology:** It is a non-experimental, observational, analytical, retrospective cohort type. The population of this research is made up of adolescents aged 10 to 19 years from the health center who attend family planning. With a minimum sample of 93 participants in each group, with a minimum total of 186 adolescents attending family planning controls. **Results:** Regarding the characteristics of the variables, the average age of the non-adherents is younger than the adherents, the association is significant ( $p=0.007$ ). According to the current pregnancy variable, it was found that those who did not adhere to family planning had a higher risk of current pregnancy compared to those who adhered to it. This association is significant ( $p=0.032$ ). **Conclusion:** In conclusion, our results indicate a significant association between non-adherence to the family planning program and current pregnancies ( $p=0.032$ ).

**Keywords:** Contraception, adolescent, Family Planning, Contraceptive methods.

## I. INTRODUCCIÓN

El embarazo adolescente (EA) es un problema global significativo en el ámbito de salud pública, por estar dentro de las causas principales de fallecimiento de gente joven de 15 a 19 años y triplica su riesgo en menores de 15 años, que en las mujeres adultas. Las etiologías del embarazo adolescente son múltiples, siendo las causas más frecuentes el estatus económico, la pobreza, el nivel educativo, la discriminación social, carencia o uso inadecuado de los métodos anticonceptivo, novias infantiles, obstáculos en el sistema de salud, etc., provocando gran impacto en la sociedad, sistema sanitario, familias, comunidades y países en bajos y medianos ingresos.<sup>1</sup>

Se estima que a nivel mundial en los años 2010 al 2014 hubo un 44% de embarazos adolescentes.<sup>2</sup> Según la Organización mundial de salud (OMS), en 2019 la cantidad de embarazos no planificados se incrementaron a un 50% entre jóvenes de 15-19 años en los países mediano bajos ingresos, de las cuales el 55% terminan en abortos inseguros. En el año 2020, las edades de 10 a 14 años se estima que aproximadamente superan 10 nacidos vivos por cada 1000 adolescentes. A pesar que la tasa de natalidad en la adolescencia ha descendido de un 64,5% en el año 2000 a un 42,5% en el 2021 por cada 1000 adolescentes, la tasa de natalidad más alta se mantiene en los países de Asia meridional, África subsahariana, Caribe y América latina.<sup>3</sup>

América latina y caribe, a pesar del crecimiento socioeconómico ocupa el segundo lugar en la tasa de fecundidad más alta a nivel mundial en las edades 15 a 19 años, pero ocupa el primer lugar en las niñas menores de 15 años. En América Latina, las niñas de 15 a 19 años ocupan la cuarta causa de mortalidad, mientras las menores de 15 años tienen tres veces más la probabilidad de fallecer<sup>4</sup>, porque tienen más riesgo de obtener enfermedades como la endometritis puerperal, preeclamsia, infecciones sistémicas que las adultas jóvenes y los neonatos tienen más probabilidad de ser prematuros, obtener bajo



peso al nacer, etc. Esto conlleva a que la madre presente deterioro de su salud mental, fracaso en la culminación de sus estudios, violencia doméstica, etc.<sup>5</sup> En Perú, en menores 14 años, mediante la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), ocurren 4 nacimientos al día y en las edades de 15 a 19 años hay 6 nacimientos por cada hora. Además, se registró en el año 2017, 13 de 100 adolescentes eran madres o estaban gestando por primera vez en las edades de 15 a 19 años, las cuales 2000 partos anuales fueron en menores de 15 años.<sup>6</sup> Los departamentos con más tasas de gestantes adolescentes en nuestro país en el año 2017 se encuentran, Amazonas con 23.8%, luego está Cajamarca con 18.5%, en tercer lugar, Ayacucho y la Libertad con 16.8%.<sup>6</sup> La Libertad en el 2021; sufrió un retroceso evidenciándose un mayor ascenso de porcentaje de adolescentes gestantes por primera vez de un 2.3% a 5.3%, siendo la provincia de Trujillo y Sánchez Carrión con mayor tasa de nacidos vivos en ese periodo.<sup>6,7</sup>

La planificación familiar (PPFF), brinda dentro de sus paquetes intervenciones, procedimientos y actividades específicas para ambos sexos en edad fértil,<sup>8</sup> que permite la libre decisión de cuantos hijos, cuando y en qué tiempo tenerlos, facilitándonos de esa manera la libre elección del MA a utilizar.<sup>9</sup> Según la OMS en un estudio realizado en 36 países las mujeres en edad fértil dejaron de utilizar el MA por miedo a los efectos adversos, de las cuales el 85% quedaron embarazadas en el primer año, esto guarda relación con otro estudio realizado también por la OMS donde 4794 mujeres que abandonaron el MA, el 56% estuvieron gestando y el 9.9% hubo los embarazos debido a los métodos tradicionales como coitos interrumpidos, método de Ogino, etc.<sup>10</sup>

En el Perú según la ENDES, el 54.5% de adolescentes usa un MAC moderno, el 16.9% MA tradicional y 28.7% no usa ningún MAC. Esto conllevó en el año 2021 un incremento en la zona urbana de un 8.3% a 8.6% y en el área rural de 12.4% a 15.6% a pesar de ser una prioridad a nivel nacional por la infancia y la adolescencia.<sup>4</sup> El fracaso a la planificación tiene muchas etiologías como estado civil, miedo a reacciones adversas, pobreza, acceso limitado a los servicios de

PPFF, inserción ineficaz de la educación sexual integral (ESI) en ámbito pedagógica, oposición cultural, perjuicios de la sociedad, etc.<sup>10</sup>

El problema planteado para el presente trabajo de investigación es conocer ¿Cuál es la asociación entre adherencia al control de planificación familiar y embarazo en adolescentes atendidos en el centro de salud Florencia De Mora Parte Alta entre 2021-2023? A pesar que el embarazo adolescente ha disminuido en los últimos años y es una prioridad a nivel nacional con programas ya establecidos de manera gratuita, la libertad sigue siendo el departamento con mayor aumento de embarazos no deseados en adolescentes primerizas; con proyección de incremento de adolescentes femeninas para el año 2030. Por tal motivo la presente investigación se centra como objetivo general en Analizar la asociación entre adherencia al control de planificación familiar y embarazo en adolescentes. Como objetivos específicos: Describir la adherencia al control de planificación familiar, tipo de método de planificación familiar y frecuencia de embarazo en adolescentes; Describir el estado civil, antecedentes de embarazos , antecedentes de abortos; Estimar la asociación entre adherencia al control de planificación familiar y embarazo en adolescentes ; Estimar la asociación entre adherencia al control de planificación familiar y embarazo en adolescentes controlado por edad, estado civil, , embarazos previos, antecedentes de abortos. Generando la siguiente hipótesis: En la población de adolescentes, la no adherencia al control de planificación familiar se asocia al embarazo adolescente.

## II. MARCO TEÓRICO

**Anthony A et al.<sup>11</sup> (Kenia,2021)** determinaron la prevalencia, los factores asociados y las razones del embarazo no deseado entre las adolescentes sexualmente activas. Se realizó un diseño de métodos mixto y participaron con 1110 niñas adolescentes sexualmente activas y 19 niñas que estaban embarazadas o amamantando a un niño. Se midió utilizando los datos de la evaluación de referencia del programa "En sus manos" (ITH). Encontraron que el 42 % de las encuestadas ha tenido un embarazo no deseado; sin embargo, se observaron mayores proporciones entre las niñas de 19 años (49,4%), doble huérfanas (53,6%), nunca usaron anticonceptivos (49,9%), no escolarizadas (53,8%) y casadas (55,6%). Después de ajustar las covariables relevantes, las probabilidades de embarazo no deseado fueron mayores entre las niñas que residían en áreas rurales, las que tenían educación primaria o no formal y las que nunca habían usado anticonceptivos.

**Bellizzi S. Palestra F. Picherrí G.<sup>12</sup> (Países bajos y medianos,2020)** investigaron las razones de la interrupción del uso del método anticonceptivo usados en adolescentes que actualmente están experimentando un embarazo no deseado. Se realizó un diseño Demográfico y de salud, con un muestreo aleatorio por conglomerados en etapas múltiples, donde participaron 2173 niñas de 15 a 19 años con una gestación actual no planificado. En la investigación se midió el embarazo no deseado y métodos anticonceptivos utilizando encuestas. Obtuvieron como resultados que tres cuartas partes de las que participaron no usaban ningún MA antes de su embarazo no deseado, y menos del 1% de usaba un método moderno de acción prolongada. El 74% de las niñas que utilizaron el método tradicional en el pasado lo abandonaron por fracaso.

**Hultstrand J. Tanja T. Jonsson M. Malqvist M.<sup>13</sup> (Swazilandia,2019)** investigaron la prevalencia y los determinantes del uso de anticonceptivos y el

embarazo no planificado en una zona desfavorecida del Reino de eSwatini (Swazilandia), además se investigaron la asociación entre los embarazos no planificados y la asistencia a la atención prenatal. Se realizó un diseño transversal y participaron 1436 entre adolescentes y mayores de 35 años. Se midió utilizando datos de registros de clientes preexistentes en el área industrial periurbana. Encontraron que el 59% manifestó haber usado anticonceptivos antes de quedar embarazada, también Las adolescentes y las madres primerizas tenían menos probabilidades de haber usado métodos anticonceptivos y que el setenta por ciento (789/1124) de los embarazos no fueron planificados, además que las mujeres con embarazos no planificados tenían menos probabilidades de asistir al número recomendado de visitas de atención prenatal en comparación con las mujeres con embarazos planificados.

**Espinoza T.<sup>14</sup> (Perú,2019)** Investigaron el efecto de la consejería de PPF para prevenir el embarazo en la adolescencia en un establecimiento de salud en Lima. Se realizó un diseño no experimental de tipo transversal analítico, de enfoque cuantitativo y participaron 336 adolescentes de 12 a 17 años., se midió el efecto utilizando la encuesta sincrónica y el chi cuadrado. Encontraron un valor de alfa es 0.05 pero se obtuvo un resultado de 7.319 y el valor p fue 0.007, concluyendo que existe efecto entre consejería en PPF y la prevención del embarazo adolescente

**Rizvi F, Williams J, Hoban E.<sup>15</sup> (Tanzania,2019)** Identificaron las tendencias y los factores asociados con los embarazos adolescentes repetidos en Tanzania 2004-2016. Participaron adolescentes 15 a 29 años solteras y casadas, con población 3406 mujeres camboyanas. El embarazo y los factores de riesgo en la adolescencia se midieron utilizando la Encuesta demográfica y de salud (CDHS) del país en el año 2014. Obtuvieron como resultado un 12,3 % de tasa de embarazo, esto se asocia significativamente a edades jóvenes de 15 a 24 años, como también a la multiparidad, antecedentes de aborto y uso de métodos anticonceptivos modernos.

**Lindberg L. Santelli J.Desai S.<sup>16</sup> (EE.UU.2018)** Investigaron los efectos del uso de anticonceptivos y la actividad sexual en la disminución de los embarazos

en la adolescencia como las tasas de nacimientos entre el año 2007 al 2014. participaron adolescentes de 15 a 19 años. La actividad sexual y el uso de anticonceptivos se midió utilizando la encuesta nacional de Crecimiento Familiar (NSFG) y la encuesta de conducta de riesgo juvenil. Encontraron que entre los años 2007 al 2014, se produjeron aumentos en el uso de uno o más métodos anticonceptivos en la última relación sexual con el 78 % al 88 %, uso de métodos duales entre 24 % al 33 %, anticoncepción reversible de acción prolongada que incluye dispositivo intrauterino e implante un 1 % al 7 %, retirada 15 % al 26 %, retirada en combinación con otros métodos 7 % al 17 %. Finalmente, Las tasas de natalidad y embarazo tuvieron descensos anualizados del 7,6 % en los años 2007 a 2016 y del 7,7 % al 2007 a 2013. Concluyendo que la disminución del riesgo de embarazo en ese rango de años se atribuyó por completo a las mejoras en el uso de anticonceptivos.

**Guevara Y.<sup>17</sup> (Perú.2018)** Investigaron el PPF y la efectividad en prevención del embarazo adolescente en Paruro en el 2017. mediante un diseño de tipo transversal analítico descriptivo, explicativo lineal compuesto y participaron 72 adolescentes de dicha provincia. Se midió la eficacia de PPF y prevención de embarazo adolescente con el instrumento del cuestionario y el chi cuadrado. Encontraron 74.5 % presenta uso inadecuado de los servicios PAF, además 85% presenta un uso inadecuado de los MA, concluyendo que existe un efecto entre PAF y la prevención del embarazo adolescente.

La PPF en sus servicios brinda intervenciones, actividades y procedimientos dirigidos a ambos géneros, además en sus paquetes de prestación brindada es informar, educar, orientar/ aconsejar, prescribir y proveer de MA, contribuyendo a elegir libremente la decisión de cuantos hijos, cuando y en qué tiempo tenerlos. Sus servicios serán obtenidos de manera gratuita, en todos los establecimientos incluyendo la obtención de la historia clínica, orientación y consejería, así como los MA y el MA de emergencia.<sup>8</sup>

Williams clasifica los MA de acuerdo a su eficacia, donde los métodos del primer nivel se caracterizan por ser más eficaces, de fácil uso, de más duración con visitas a obstetricia de menor frecuencia. Presenta una tasa de fallo en

embarazo con menos de 2 por cada 100 mujeres en el primer año de su utilización. En los métodos del primer nivel o primer tipo se encuentran los dispositivos intrauterinos (DIU), los implantes y las esterilizaciones. Los métodos del segundo tipo están los anticonceptivos hormonales sistémicos como píldoras, inyecciones intramusculares, parches o anillos transvaginales y presenta una tasa de ineficiencia de 3 a 9% por cada 100 mujeres durante su primer año. Finalmente, los métodos del tercer tipo están los métodos de barrera, estos presentan una tasa de ineficiencia de 10 a 20% por 100 usuarias al año.<sup>18</sup>

Las píldoras anticonceptivas combinados (AOC) que contienen dosis bajas de progesterona y estrógeno, su mecanismo de acción es impedir la ovulación. La efectividad que presentan depende mucho de la usuaria como el uso regular y continuo del método. El riesgo de embarazo es de 7 de cada 100 usuarias que uso correctamente AOC. Las píldoras anticonceptivas de progestágenos solo (AOP), contiene progestágeno solo a bajas dosis, su acción es engrosar la mucosa cervical y evitar la fecundación, además distorsiona el ciclo menstrual y la ovulación. Los AOP son aptas en la lactancia o contraindicaciones a los MA con estrógenos. El riesgo de fallar es 1 de cada 100 usuarias. Los inyectables de progestágenos solo, también están indicados en la lactancia, contraindicaciones a los MA con estrógenos, a diferencia de los inyectables mensuales que contienen las dos hormonas y actúan igual que los AOC.<sup>19</sup>

El DIU de cobre, son pequeños y formados de plástico flexibles, rodeados de alambre de cobre o de manguitos, su mecanismo es dañar a los espermatozoides mediante una modificación química y así evitar la unión con el óvulo. Se encuentra dentro de los Métodos de larga duración y son más efectivos, representando una tasa fallo en el embarazo de menos de 1 por cada 100 usuarias .<sup>12</sup> Los implantes subdérmicos de progestágenos al igual a los otros MA solo de progestágeno actúan impidiendo la ovulación y a la vez aumentando la viscosidad del moco cervical provocando un engrosamiento del endometrio, la colocación se hace 6 a 8 cm desde el codo hacia el surco del bíceps de la cara interna.<sup>18</sup>

La OMS define las edades 10 a 19 años como adolescentes y las clasifica en dos etapas, donde la adolescencia temprana comprende las niñas de edades de 10 a 14 y 15 a 19 años es la adolescencia tardía, Por lo tanto, el embarazo en adolescentes comprende de los 10 a 19 años clasificándose de igual manera en dos fases con correlación a la edad. Por parte del Ministerio De Salud la adolescencia comprende las etapas de la vida de los 12 a los 17 años, 11 meses y 29 días y dentro de ese rango se considera un embarazo en adolescentes.<sup>20</sup>

El embarazo en el ser humano en promedio dura 280 días equivalente a 40 semanas o 10 meses lunares, pero desde la embriología la gestación dura aproximadamente 266 días contabilizándose desde el momento de la fecundación hasta el nacimiento.<sup>21</sup> Después del proceso de embriogénesis, el ovulo ya fertilizado se forma luego en blastocito para ser implantado después en el endometrio materno causando la decidualización del estroma para finalmente acomodar al embrión. Además, al momento de la implantación, la gonadotropina coriónica humana (hCG) comienza a secretarse, lo que permite el sustento del embarazo.<sup>22</sup>

Durante la gestación, el cuerpo de la madre sufre enormes cambios que afectan a todos los sistemas de órganos que sustentan al feto en crecimiento. Los cambios más evidentes en la evolución son aumento de peso y crecimiento mamas y abdomen, presencia de poliaquiuria, estreñimiento, hiperpigmentación de la piel, pirosis, etc. Los cambios más notorios en el examen físico se evidencia la disminución presión arterial, taquicardia, presencia del ruido cardiaco S3 y los cambios encontrados por laboratorio está el cambio en biometría hemática, reducción de urea y creatinina, presencia de glucosuria. A nivel gastrointestinal están presentes las náusea y vómitos, afecta aproximadamente a 50% a 90% de las gestantes. Esto es ocasionado por el aumento HCG, estrógenos y la progesterona, los problemas sintomáticos se resuelve a las 2<sup>o</sup> semanas de gestación en la mayoría de las embarazadas, sin embargo, algunas mujeres perduran la sintomatología hasta el final del embarazo.<sup>23</sup>

### **III. METODOLOGÍA**

#### **3.1 Tipo y diseño de la investigación**

3.1.1. Tipo de investigación: Aplicada

3.1.2. Diseño de investigación: No experimental, observacional analítico de tipo cohorte retrospectiva.

#### **3.2 Variables y operacionalización**

3.2.1 Variables:

- ✓ independiente: Adherencia al control de planificación familiar
- ✓ Variable dependiente: Embarazo

3.2.2 Operacionalización de variable: se encontrará en el (Anexo 1)

#### **3.3 Población, muestra y muestreo**

3.3. 1 población:

Adolescentes de 10 a 19 años del centro de salud que acuden a planificación familiar.

##### **- Criterios de inclusión en expuestos:**

- ✓ Adolescentes no adheridos al control de planificación familiar.
- ✓ Adolescentes que hayan iniciado planificación familiar
- ✓ Adolescentes atendidas desde el año 2021 hasta 2023

##### **- Criterios de inclusión en no expuestos**

- ✓ Adolescentes adheridos al control de planificación familiar.
- ✓ Adolescentes que hayan iniciado planificación familiar
- ✓ Adolescentes atendidas desde el año 2021 hasta el año 2023

##### **- Criterios de exclusión:**

- ✓ Adolescentes cuya historia clínica contenga datos incompletos para el desarrollo de la investigación.

3.3.2 Muestra:



Adolescentes de 10 a 19 años que acuden al centro de salud por planificación familiar, y que cumplan los criterios de selección.

Tamaño de la muestra:

Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó el programa EPIDAT, para la condición de tamaño de muestra para un estudio de cohorte. Se considero un nivel de confianza del 95% y una potencia del 80%; así mismo, se utilizó una proporción de embarazo del 50% en quienes no usan métodos de planificación (11) y del 30% en quienes usan métodos de planificación (18). Se obtuvo un tamaño mínimo de 93 participantes en cada grupo, siendo un total mínimo de 186 adolescentes que acuden a control de planificación familiar (anexo 2).

### **3.3.3 Muestreo:**

probabilístico, aleatorio simple: garantiza que toda la población obtenga la misma posibilidad de pertenecer a la muestra seleccionada.

### **3.3.4 Unidad de análisis:**

Adolescentes de 10 a 19 que acuden al programa de planificación familiar

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

### **3.4.1. Técnicas:**

- se utilizó análisis documental, que constó en revisar las historias clínicas que cumplieron con los criterios de selección, y se procedió a registrarlas en el instrumento de recolección de datos (Anexo 03)

### **3.4.2. Instrumento de recolección de datos:**

Ficha de recolección se dividió en tres partes:

- ✓ La parte superior contiene la información general del paciente como: número de parejas sexuales, edad, el número de historia clínica, sexo, fecha de nacimiento, y estado civil.
- ✓ En la segunda parte consignó los antecedentes obstétricos como: abortos y antecedentes de embarazos previos.

- ✓ La tercera parte consignó información correspondiente a la adherencia a la planificación familiar como: usuaria continuadora, paciente reingresaste usuarias nuevas con antecedente previo de consulta de planificación, así como la fecha de inicio de la planificación familiar, Tipo MAC a utilizar, fecha de fin de la planificación, si hubo o no embarazo y fecha de la pérdida del seguimiento.

### **3.5 Procedimientos**

- Se solicitó la aprobación de comité de ética de la universidad y autorización del director(a) del centro de Salud de Florencia de Mora Parte Alta (C.S FM-PA) para la realización del presente proyecto de investigación.
- se solicitó autorización del director (a) del C.S FM-PA para la obtención información de los HISS y revisión de las historias clínicas de la población seleccionada.
- Una vez obtenido la autorización, se presentó al área de estadística e informática del CS FM-PA para la búsqueda de los números de las historias clínicas y La obtención de datos de los hiss de las adolescentes, para su respectiva búsqueda en archivos.
- Ingresaron al estudio todas las adolescentes que acudieron al consultorio de PFFF entre las fechas enero del 2021 a julio del 2023 y tuvieron sus controles de planificación familiar mediante el programa adolescentes del establecimiento de salud, a través del Hiss. A partir de Hiss en Excel, se identificaron las historias clínicas y números telefónicos de los adolescentes que acudieron a planificación familiar.
- Se procedió a la revisión de los HISS y las historias clínicas, cumpliendo con los criterios de selección de inclusión y exclusión establecidos para la presente investigación.
- Las seleccionadas en la revisión se procedió a hacer un muestreo aleatorio simple y las que quedaron seleccionadas se empleó el

instrumento de recolección de datos (Anexo 03), la cual se almacenó en la base de datos SPSS 28.0 en español.

- Finalmente se procedió al análisis estadístico correspondiente.
- Terminado la tesis se solicitó la viabilidad de sustentación del mismo y la asignación de jurados correspondientes.

### **3.6 Método de análisis de datos**

#### **Análisis analítico**

Se registraron y procesaron los resultados obtenidos tras la revisión de historias clínicas en la base de datos SPSS versión 28.0, los datos obtenidos de la revisión.

Para la comparación de la relación entre la no adherencia al control de planificación familiar y al embarazo adolescente se presentaron en frecuencias relativas y absolutas los datos, se aplicó la estadística inferencial con un valor de 0,05. Se comparó la distribución de las frecuencias de embarazo entre los grupos de adherencia y no adherencia al control de planificación familiar mediante el chi cuadrado. Para estimar el riesgo relativo crudo se utilizó regresión simple de POISSON con varianza robusta, mientras que la relación de riesgo relativo ajustado se utilizó la regresión múltiple de POISSON con varianza robusta.

#### **Análisis de validación eficacia**

La ficha de recolección de datos busca recoger información de las historias clínicas y no dar un puntaje a criterios, tampoco busca clasificar ni asignar puntajes. Por lo que no requiere de un proceso de validación ni de medición de confiabilidad, dado que no es un instrumento de métricas.

### **3.7 Aspectos éticos**

- El proyecto de investigación está sujeto a la aprobación del comité de investigación de la Universidad César Vallejo SAC como el centro de salud Florencia de Mora Parte Alta para su aprobación y a su vez garantizar los

aspectos éticos antes de comenzar su desarrollo establecido en el artículo 82° del Código de Ética del Colegio Médico Del Perú (CMP).

- Se respetarán los principios éticos internacionales de la Investigación Biomédica en Humanos propuestos por CIOMS especialmente las pautas 1,22<sup>24</sup> y por el código de ética y deontología del CMP.<sup>25</sup>
- Se respetará y protegerá la integridad de toda la información recibida y no se alterará el contenido de los resultados obtenidos procedentes de las historias clínicas normado por el Código de Ética del CMP en el artículo 86°.
- Se mantendrá el anonimato y la confidencialidad de los pacientes del grupo de estudio según lo normado por el artículo 95° del Código de Ética del CMP.
- No se aplicará consentimiento informado, porque la presente investigación, no es un estudio experimental y no pone en peligro la salud de las pacientes. Solo basará en la recopilación de datos provenientes de historias clínicas.
- Se respetará la confidencialidad de la información obtenida de las historias clínicas de las adolescentes

#### IV. RESULTADOS

Tabla 1. Descripción de características de adolescente según adherencia a programa de planificación familiar

Características	Adherencia		p
	No (n=108) n (%)	Si (n=94) n (%)	
Edad (años)*	17.4 ± 1.64	17.9 ± 0.9	0.007
Estado civil			0.062
Soltera	102 (94.4)	94 (100)	
Casada	2 (1.9)	0 (0)	
unión libre	4 (3.7)	0 (0)	
Antecedente aborto			0.045
No	108 (100)	90 (95.7)	
Si		4 (4.3)	
Antecedentes de embarazo			0.830
No	90 (88.0)	81 (86.2)	
Si	13 (12.0)	13 (13.8)	
Embarazo actual			0.032
No	96(88.9)	90 (95.7)	
Si	12 (11.1)	4 (4.3)	

\* Media ± desviación estándar.

En la tabla 1 el promedio de la edad en el grupo de adolescentes que tienen no adherencia al programa de Planificación familiar es 17.4 ( $\pm$  1.64) menor que en el grupo de las adheridas a planificación familiar con edad promedio de 17.9 ( $\pm$  0.9), esta asociación es significativa ( $p=0.007$ ).

Del total de adolescentes que no tienen adherencia a planificación familiar, 94.4% son de estado civil soltera, 1.9% son casadas y 3.7% son de unión libre, en comparación del total de adolescentes que tienen adherencia a planificación familiar el estado civil

de soltera representa el 100%, sin embargo, esta asociación no es significativa ( $p=0.062$ )

Del total de las adolescentes que no tienen adherencia a planificación familiar, el 100% no tienen antecedente de abortos, a comparación del total de las adolescentes que tienen adherencia a planificación familiar, el 95.7% no tienen antecedente de abortos y el 4.3% tienen antecedentes de aborto, esta asociación es significativa ( $p=0.045$ ).

Del total de la muestra que no tienen adherencia a planificación familiar, el 88% no tienen antecedente de embarazo y 12% si tienen antecedentes de embarazo, a comparación del total de la muestra que tienen adherencia a planificación familiar el 86.2 % no tienen antecedente de embarazo y el 13.8% tienen antecedente de aborto, sin embargo, esta asociación no es significativa ( $p=0.830$ ).

Del total de la muestra que no tienen adherencia a planificación familiar, el 88.9% no tienen embarazo actual y 11.1 % si tienen embarazo actual, a comparación del total de la muestra que tienen adherencia a planificación familiar el 95.7 % no tienen embarazo actual y el 4.3% tienen embarazo, esta asociación es significativa ( $p=0.032$ ).

tabla 2. Descripción de tipo de métodos anticonceptivos usados en el programa de planificación familiar

Características	Métodos anticonceptivos	
	N (202)	n (%)
Ampolla trimestral	61.00	30.20
Ampolla mensual	9.00	4.46
ACO	20.00	9.90
Preservativos	36.00	17.82
Consejería	72.000	35.64
Otros	4.00	1.98

En la tabla 2 del total de la población, hay 61 adolescentes que utilizaron ampolla trimestral, 9 adolescentes utilizaron la ampolla mensual, 20 adolescentes utilizaron los anticonceptivos orales combinados, 36 adolescentes utilizaron preservativos, 72 adolescentes que solo recibieron consejería en planificación familiar y 4 adolescentes que utilizaron otro tipo de método anticonceptivo.

Tabla 3. Asociación entre no adherencia a planificación familiar y embarazo adolescentes en adolescentes, en análisis de regresión múltiple

Características	Regresión múltiple		
	RR	IC 95%	p
<b>Adherencia</b>			
Si	Ref.		
No	1.67	0.64 - 4.32	0.286
<b>Edad</b>			
Adherida	Ref.		
No adherida	1.02	0.78 - 1.34	0.839
<b>Estado Civil</b>			
Soltera	Ref.		
Casada	2.32	1.90 - 4.95	<0.001
Unión libre	2.08	0.31- 14.03	0.449
<b>Antecedente aborto</b>			
No	Ref.		
Si	4.05	1.11 - 1.47	<0.001
<b>Antecedente de embarazo</b>			
No	Ref.		
Si	1.86	0.65 - 5.32	0.246

\* ajustado por: edad, estado civil, antecedente de abortos, antecedente de embarazo, adherencia planificación familiar

RR: Riesgo relativo IC 95%: Intervalo de confianza al 95%

En la tabla 3, se aprecia que las adolescentes que tienen no adherencia al programa de Planificación familiar tienen 1.67 veces (IC95% 0.64 a 4.32) el riesgo de embarazo en comparación a las adolescentes que, si se adhieren al programa de planificación



familiar, sin embargo, esta asociación, es no significativa ( $p=0.286$ ) y se encuentra controlado por edad, estado civil, antecedente de aborto y antecedente de embarazo. las adolescentes según la edad en el grupo de no adherencia al programa de Planificación familiar tienen 1.02 veces (IC 95% 0.78 - 1.34) el riesgo de embarazo en comparación a las adolescentes adheridas al programa de planificación familiar, sin embargo, esta asociación, es no significativa ( $p=0.839$ ) y se encuentra controlado por adherencia a planificación familiar, estado civil, antecedente de aborto y antecedente de embarazo.

En adolescentes que están casadas tienen 2.32 veces (IC95% 1.90 a 4.95) el riesgo de quedar embarazadas en comparación a las adolescentes de estado civil soltera, esta asociación es significativa ( $p= < 0.001$ ). En el grupo de adolescentes que tienen un estado civil de conviviente tienen 2.08 veces (IC95% 0.31 a 14.33) el riesgo de embarazo en comparación a las adolescentes de estado civil soltera, sin embargo, esta asociación es no significativa ( $p=0.449$ ) y se encuentra controlado por edad, adherencia a planificación familiar, antecedente de aborto y antecedente de embarazo.

En adolescentes que tienen antecedente de aborto tienen 4.05 veces (IC95% 1.11 a 1.47) el riesgo de embarazo en comparación a las adolescentes que no tienen antecedente de aborto, esta asociación es significativa ( $p= < 0.001$ ) y se encuentra controlado por edad, estado civil, adherencia planificación familiar, antecedente de embarazo.

Las adolescentes con antecedente de embarazo tienen 1.86 veces (IC95% 0.65 a 5.32) el riesgo de embarazo en comparación a las adolescentes que, no tienen antecedente de embarazo, sin embargo, esta asociación es no significativa ( $p=0.246$ ) y se encuentra controlado por edad, estado civil, adherencia planificación familiar, antecedente de aborto.

## V. DISCUSIÓN

En esta investigación, se identificó que la edad desempeña un papel crucial en la determinación de la adherencia a programas de planificación familiar y en la incidencia de embarazos no deseados en adolescentes. La Tabla 1 presenta hallazgos que destacan una diferencia estadísticamente significativa en la edad promedio ( $p=0.007$ ) entre las adolescentes no adherentes, que abarcan un rango de edad desde los 15 hasta los 19 años, y aquellas que tienen adherencia al programa de planificación familiar, entre las edades de 17 a 19 años, con los embarazos no deseados obteniendo que las adolescentes que no tienen adherencia a planificación familiar, representan 11.1 %, que tienen un embarazo actual, a comparación de las adolescentes adheridas a planificación familiar que tienen el 4.3% de embarazo durante la planificación familiar, se asoció significativamente (0.032), del mismo modo en Guevara Y.<sup>17</sup> en su estudio se encontró que existe un efecto entre planificación familiar y la prevención del embarazo adolescente. mediante la encuesta ENDES Perú<sup>6</sup>, se encontró 13 de 100 adolescentes eran madres o estaban gestando por primera vez en las edades de 15 a 19 años. la edad puede estar asociada con diferentes niveles de madurez y toma de decisiones, lo cual podría influir en la participación y adherencia a programas de planificación familiar; relacionada con factores sociales y culturales que influyen en la percepción y aceptación de la planificación familia.<sup>1</sup> Además Según la OMS en un estudio realizado en 36 países las mujeres en edad fértil dejaron de utilizar el MA por miedo a los efectos adversas, de las cuales el 85% quedaron embarazo en el primer año, esto guardo relación con otro estudio realizado también por la OMS donde 4794 mujeres que abandonaron el MA, el 56% estuvieron gestando y el 9.9% hubo los embarazos debido a los métodos tradicionales como coitos interrumpidos, método de ogino,etc.<sup>10</sup>

Continuando con las siguientes variables, en el grupo de adolescentes sin adherencia al programa de planificación familiar, se encontró que el 1.9% está casado, y el 3.7%

se encuentra en unión libre. Estos resultados se alinean con estudios previos que destacan la oposición de los esposos a la anticoncepción como una barrera para el uso de métodos de planificación familiar.<sup>13,14,16</sup> Estos resultados se refuerzan al compararlo con el estudio de Cortez G<sup>26</sup>. donde se encontró que las adolescentes en unión libre presentan 1.05 veces más riesgo de no adherirse a los métodos de planificación en comparación con las adheridas al programa de planificación familiar. Nuestros hallazgos respaldan esta tendencia, enfatizando la influencia del estado civil en la adherencia a la planificación familiar. Sin embargo, en el grupo de adolescentes con adherencia, el 100% son solteras. A diferencia del grupo sin adherencia, el 94.4% son solteras. Aunque asociación es notable, sin embargo, esta asociación no es significativa ( $p=0.062$ ), dato no contrastado con otros estudios debido a la falta de estudios de este tema.

En esta investigación, se identificó que los antecedentes de aborto desempeñan un papel crucial en la determinación de la adherencia a programas de planificación familiar, a comparación con las no adheridas con una asociación estadísticamente significativa ( $p=0.045$ ). En esta investigación, se identificó que el grupo de adolescentes no adheridas a PFFF, el 100% no tiene antecedentes de abortos, en comparación con el grupo de adheridas el 4.3% de las adolescentes tienen antecedentes de aborto y el 95.7% del mismo grupo carece de antecedentes de abortos. los datos no fueron contrastados con otros estudios debido a los escasos de estudios de este tema. De acuerdo a los resultados encontrados se pueden deducir que adolescentes con antecedentes aborto adquieran mayor conciencia sobre la importancia de la planificación familiar, el control de la fertilidad, que buscan asesoramiento médico y orientación en temas de planificación familiar.

En cuanto a los antecedentes de embarazo, en el grupo sin adherencia al programa de PFFF, el 88% no tiene antecedentes de embarazo, mientras que el 12% sí los tiene, a comparación de grupo de adherencia al programa de PFFF, el 86.2% no tiene antecedentes y el 13.8% sí tiene antecedentes. Sin embargo, esta asociación no es significativa ( $p=0.830$ ). los datos no fueron contrastados con otros estudios debido a los escasos de estudios de este tema.

De acuerdo a los resultados encontrados se pueden deducir que adolescentes con antecedentes embarazos no adheridas estarían relacionado con el estado civil casada o en unión libre, así como la edad promedio encontrado en el estudio que es menor a las sí adheridas a diferencia de las adolescentes adheridas PPF estarían relacionado con estado civil soltera, presentar antecedentes de abortos, tener una edad promedio mayor a las no adheridas.

El uso de los métodos anticonceptivos más utilizados en esta investigación son los métodos de segundo nivel donde el 30.2% de los adolescentes utilizaron ampolla trimestral y 4,46% la ampolla mensual y 9,9 % los anticonceptivos orales combinados. Los métodos de barrera están en tercer lugar 17.82% de adolescentes que utilizaron preservativos y 1.98 que utilizaron otros métodos de barrera y las adolescentes que solo recibieron consejería a planificación familiar 35.64%. estos resultados se refuerzan con la encuesta de ENDES que el 54.5% de adolescentes usa un MAC moderno, el 16.9% MA tradicional y 28,7% no usa ningún MAC.<sup>10</sup>

Las adolescentes que tiene no adherencia a planificación familiar tienen 1.67 veces (IC95% 0.64 a 4.32) el riesgo de embarazo en comparación a las adolescentes que, si se adhieren al programa de planificación familiar, aunque la asociación es notable, sin embargo, esta asociación no es significativa ( $p=0.286$ ), esta disparidad no es lo suficientemente robusta para alcanzar la significancia en nuestra muestra. De manera contrastante, Espinoza T.<sup>14</sup> encontró que la consejería en planificación familiar tiene una efectividad significativa, con una reducción de 7.319 veces en la incidencia de embarazos adolescentes ( $p=0.007$ ). Estos hallazgos respaldan la existencia de un impacto positivo y estadísticamente significativo entre la consejería en planificación familiar y la prevención del embarazo en la adolescencia. Asimismo, Guevara Y.<sup>17</sup>, en su investigación, también identificó un efecto significativo entre la planificación familiar y la prevención del embarazo adolescente. Aunque la asociación no alcanza significancia estadística, la identificación de un riesgo relativo mayor sugiere que la no adherencia podría tener un impacto potencial en el riesgo de embarazo entre las adolescentes.

las adolescentes según la edad en el grupo de no adherencia al programa de Planificación familiar tienen 1.02 veces (IC 95% 0.78 - 1.34) el riesgo de embarazo en comparación a las adolescentes adheridas al programa de planificación familiar, aunque la asociación es notable, sin embargo, esta asociación no es significativa ( $p=0.839$ ), esta disparidad no es lo suficientemente robusta para alcanzar la significancia en nuestra muestra. Aunque la asociación no alcanza significancia estadística, es relevante considerar la importancia clínica y práctica de la diferencia observada. La disparidad de 1.02 veces podría tener implicaciones sutiles en la prevención del embarazo adolescente, pero su magnitud y consistencia deben evaluarse en contextos más amplios.

En cuanto a los factores Civiles las adolescentes que están casadas tienen 2.32 veces el riesgo de quedar embarazadas en comparación a las adolescentes de estado civil soltera, esta asociación es significativa ( $p < 0.001$ ). Estos resultados se alinean con estudios previos que destacan la oposición de los esposos a la anticoncepción como una barrera para el uso de métodos de planificación familiar, relacionados a las costumbres, cultura y el nivel educativo<sup>13,14,16</sup>. Esta disparidad es lo suficientemente robusta para alcanzar la significancia en nuestra muestra.

El estado civil de conviviente tiene 2.08 veces el riesgo de embarazo en comparación a las adolescentes de estado civil soltera, Sin embargo, el intervalo de confianza y la falta de significancia estadística ( $p=0.449$ ) sugieren una variabilidad que no permite establecer una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos. El estudio de Cortez G<sup>26</sup> revela una perspectiva diferente, indicando que las adolescentes en unión libre tienen 1.05 veces más riesgo de no adherirse a los métodos de planificación, aumentando así la probabilidad de experimentar un embarazo no deseado. Los resultados de este estudio demuestran que las adheridas y no adheridas a planificación familiar de estado civil casada durante la adolescencia aumenta el riesgo de quedar embarazada, a diferencia de las que están solteras.

En esta investigación, se identificó que adolescentes con antecedente de aborto tienen 4.05 veces el riesgo de embarazo en comparación a las adolescentes que no tienen antecedente de aborto con una significancia estadística ( $p < 0.001$ ). La observación de

este indicador sugiere una posible asociación entre los antecedentes de aborto en adolescentes y el estado civil casado, así como la falta de educación sobre la anticoncepción. Estos factores podrían ejercer influencia en las decisiones y comportamientos asociados con la planificación familiar. En contraste, se destaca que las adolescentes en estado civil soltera tienden a mostrar una mayor adherencia al programa de planificación familiar. Continuando con las siguientes variables, Los hallazgos revelan que las adolescentes con antecedentes de embarazo tienen un riesgo 1.86 veces mayor de experimentar un nuevo embarazo en comparación con aquellas sin antecedentes. Aun que se evidencia, el intervalo de confianza (IC) del 95% incluye el valor 1.0, indicando que no hay una diferencia estadísticamente significativa. esta disparidad no es lo suficientemente robusta para alcanzar la significancia en nuestra muestra. los datos no fueron contrastados con otros estudios debido a los escasos de estudios de este tema.

La falta de significancia estadística en nuestro estudio podría atribuirse a diversos factores, subrayando la importancia de reconocer las siguientes limitaciones: La muestra utilizada en este estudio puede haber sido limitada en tamaño, lo que podría haber afectado la capacidad para detectar diferencias significativas. La ampliación del tamaño de la muestra en futuras investigaciones podría proporcionar una base más sólida para evaluar la relación entre la no adherencia y el riesgo de embarazo. Los Factores socioeconómicos, inicio de relaciones sexuales o incluso diferencias culturales podrían influir en la relación entre la no adherencia y el riesgo de embarazo. La carencia de información concerniente a ciertas variables en esta investigación refleja una limitación sustancial. En algunos casos, la falta de datos suficientes acerca de variables específicas ha sido evidente, lo que ha afectado la profundidad de nuestra comprensión en dichos aspectos de la investigación. Esta ausencia de información relevante puede influir en la capacidad para realizar análisis exhaustivos y generalizar completamente los resultados. La recopilación de datos se vio limitada por restricciones temporales.

## VI. CONCLUSIONES

1. Que los factores como la edad ( $p=0.007$ ), antecedente de aborto( $p=0.045$ ), embarazo actual ( $p=0.032$ ), se asociaron significativamente a la adherencia de planificación familiar.
2. En conclusión, nuestros resultados indican una asociación significativa entre la no adherencia al programa de planificación familiar y los embarazos actuales ( $p=0.032$ )
3. El estado civil casada ( $p<0.001$ ), antecedente de aborto ( $p<0.001$ ) mediado por regresión múltiple, se asocia significativamente al embarazo adolescente.
4. Los métodos anticonceptivos más utilizados por población adolescentes en los grupos adheridas como no adheridas son los métodos de segundo nivel como: ampolla trimestral, ampolla mensual y los ACOS.
5. Se puede concluir que pesar de no alcanzar significancia estadística entre la no adherencia al programa de planificación familiar y el embarazo adolescente por regresión múltiple, los resultados sugieren una posible asociación entre la no adherencia al programa de planificación familiar y un aumento en el riesgo de embarazo.

## VII. RECOMENDACIONES

- Se sugiere la realización de estudios longitudinales más amplios que aborden factores adicionales y exploren más a fondo la relación entre la no adherencia y el riesgo de embarazo en contextos específicos.
- Aunque la asociación no es significativa, los profesionales de la salud deben continuar promoviendo la adherencia al programa de planificación familiar para reducir el riesgo de embarazo en adolescentes.
- Aunque el aumento del riesgo es pequeño y no significativo, la inclusión de este resultado es valiosa para tener una comprensión más completa de la relación entre la edad y la no adherencia al programa de planificación familiar.
- La asociación significativa entre la no adherencia y la presencia de antecedentes de abortos destaca la importancia de abordar la falta de adherencia como parte de estrategias preventivas.
- la asociación significativa entre la adherencia a la planificación familiar y la menor incidencia de embarazos actuales enfatiza la relevancia de las decisiones reproductivas informadas y destaca la necesidad de intervenciones eficaces en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.
- La asociación significativa entre la edad y la adherencia destaca la necesidad de investigaciones futuras para comprender más a fondo los mecanismos subyacentes. Se podrían explorar aspectos psicosociales y culturales que podrían explicar cómo la edad impacta la participación en programas de planificación familiar.
- La diferencia de edades entre los grupos de adheridos y no adheridos en PPF subraya la importancia de diseñar estrategias específicas para abordar las necesidades de grupos etarios particulares. Los programas de planificación familiar pueden beneficiarse al adaptarse a las características y preocupaciones específicas de los adolescentes en diferentes rangos de edad



## REFERENCIAS

1. Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza de Arequipa. “Alerta N°01-2022: Embarazo adolescente en Arequipa 2018-2021”. Arequipa;2022. [Accesado: 21 may. 2023]. Disponible en: <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2022-02-03/alerta-n001-2022-embarazo-adolescente-en-arequipa-2018-2021.pdf>
2. Idowu A. Atieno S. Oduor C. Ramatou O. Boniface A.et al. I was tricked: understanding reasons for unintended pregnancy among sexually active adolescent girls. *Reprod Health*. 2021; 18 (1): 19. doi 10.1186/s12978-021-01078-y
3. Organización Mundial de la Salud. Embarazo en la adolescencia. Ginebra: OMS; 2022. [Accesado: 21 may. 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
4. Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza. “Perú: Prevenir el embarazo en niñas y adolescentes y reducir las muertes maternas, año 2022. Perú;2022. [Accesado: 21 may. 2023]. Disponible en: <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2022-09-27/mclcp-cartilla-prevenciondelembarazoenadolescentes-2022-vf6.pdf>
5. Organización Panamericana de Salud. El embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe.UNFPA; 2020. [Accesado: 21 may. 2023]. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53134/OPSFPLHL200019\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53134/OPSFPLHL200019_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
6. Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza. Embarazo en adolescentes y niñas en el Perú. Perú;2018 [Accesado: 21 may. 2023]. Disponible en: <https://peru.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Alerta%20embarazo%20en%20adolescentes%20y%20ni%C3%B1as%20en%20el%20Per%C3%BA.pdf>

7. The United Nations Population Fund. Tablero digital sobre el embarazo y la maternidad en niñas y adolescentes en el Perú. Perú: UNFPA;2022. [Accesado: 21 may. 2023]. Disponible en: <https://peru.unfpa.org/es/mapa-embarazo-y-maternidad-adolescentes-peru>
8. Ministerio de salud. Norma técnica de salud de planificación familiar. 1a ed. Perú: MINSA.; 2017
9. Rivera L. Factores asociados al Uso de Métodos Anticonceptivos Reversibles de Larga Duración en mujeres en edad fértil según Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES-2019. [tesis]. Universidad Nacional Mayor de SAN Marcos, Perú. 2023.
10. Organización Mundial de la Salud. Un nuevo estudio de la OMS relaciona las altas tasas de embarazos no planificados con las deficiencias de los servicios de planificación familiar. OMS; 2020. [Accesado: 21 may. 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/25-10-2019-high-rates-of-unintended-pregnancies-linked-to-gaps-in-family-planning-services-new-who-study>.
11. Anthony A. "I was tricked": understanding reasons for unintended pregnancy among sexually active adolescent girls. *Reprod Health*. 2021;18(1):19. doi: 10.1186/s12978-021-01078-y
12. Bellizzi S. Palestra F. Picherri G. Adolescent Women with Unintended Pregnancy in Low- and Middle-Income Countries: Reasons for Discontinuation of Contraception. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2020;33(2):144-148. 10.1016/j.jpag.2019.11.004
13. Hultstrand J. Tanja T. Jonsson M. Malqvist M. Contraception use and unplanned pregnancies in a peri-urban area of eSwatini (Swaziland). *Sex Reprod Healthc*. 2019; 20:1-6. doi: 10.1016/j.srhc.2019.01.004
14. Espinoza T. La consejería de planificación familiar en la prevención del embarazo en adolescentes del Centro de Salud Túpac Amaru, Lima 2016-2018. [ tesis]. Universidad Cesar Vallejo, Juliaca, Perú. 2019.

15. Rizvi F, Williams J, Hoban E. Factors Influencing Unintended Pregnancies amongst Adolescent Girls and Young Women in Cambodia. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(20):4006. doi: 10.3390/ijerph16204006.
16. Lindberg L. Santelli J. Desai S. Changing Patterns of Contraceptive Use and the Decline in Rates of Pregnancy and Birth Among U.S. Adolescents, 2007-2014. *J Adolesc Health*. 2018;63(2):253-256. doi: 10.1016/j.jadohealth.2018.05.017
17. Guevara Y. la Planificación familiar y su eficacia en la prevención de embarazos en adolescentes en la provincia de Paruro en el año 2017. [tesis]. Andina Néstor Cáceres Velásquez, Juliaca, Lima, Perú. 2018.
18. Hoffman S. Williams ginecología. 2da ed. México: Mc Graw Hill.2014
19. Organización Panamericana de Salud. Planificación familiar. 3era ed. Washington: CCP Y OPS.2019
20. Ministerio de salud. atención integral y diferenciada de la gestante adolescente durante el embarazo, parto y puerperio. 1a ed. Perú: MINSA.; 2019
21. Juan C. Alvarado A. Apuntes de obstetricia. 3era ed. Perú: Médicos del Perú E.I.R.L.2014.pag 31-32
22. Pascual Z. Langaker M. Physiology, Pregnancy. *Treasure .StatPearls*.2022. [Accesado 23 may. 2023]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559304/>
23. Carrillo P. et al. Cambios fisiológicos durante el embarazo.2021; 64(1): 39-48. doi: <http://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2021.64.1.07>
24. Elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médica. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. Ginebra, 2017 [Accesado 23 may. 2023]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34457/9789290360902-spa.pdf?sequence=>
25. Colegio Médico del Perú. Código de ética y deontología. Lima: Colegio Médico del Perú; 2007. [Accesado 23 may. 2023]. Disponible en:

<https://www.cmp.org.pe/wp-content/uploads/2020/01/CODIGO-DE-ETICA-Y-DEONTOLOG%C3%8DA.pdf>

26. Cortez G. El conocimiento sobre la no adherencia de métodos anticonceptivos ¿podría disminuir la mortalidad? Rev. Fac. Med. Hum. 2023; 20:1-6. doi<https://doi.org/10.25176/RFMH.v23i2.5651>

**ANEXOS:**

Anexo N°1: Operacionalización de variable

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>TIPO</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>
<b>ADHERENCIA AL CONTROL DE PLANIFICACIÓN FAMILIA</b>	Es un conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones integrales dirigidos para ambos sexos en edad fértil. <sup>8</sup>	Acude de forma continua y periódica a todos los controles de planificación familiar programados	SI: paciente continuadora o paciente que deja de acudir por motivos de embarazo dentro del primer mes de su ultimo control de planificación familiar  NO: paciente que deja de acudir a control de planificación familiar sin que ocurra el embarazo dentro del primer mes de su ultima fecha de control	Cualitativo	Nominal

			de planificación familiar		
<b>EMBARAZO ADOLESCENTE</b>	Según la definición de la OMS se presenta en las mujeres desde el inicio de sus años fértiles hasta el final de la adolescencia. <sup>1</sup>	mujer de 10 a 19 años que presenta gestación registrada en la historia clínica	Si/no	Cualitativa	nominal
<b>EDAD</b>	Años de vida cronológicos. <sup>10</sup>	Años de vida registrados al momento de la consulta de la historia clínica	Años cumplidos	Cuantitativa	RAZON
<b>ESTADO CIVIL</b>	Situación de una persona según el padrón de registro de la población, según tenga o no pareja. <sup>14</sup>	condición jurídica de la persona registrada en la historia clínica	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Soltera</li> <li>✓ Casada</li> <li>✓ Viuda</li> <li>✓ Divorciada</li> <li>✓ Union Libre</li> <li>✓ Separada</li> </ul>	Cualitativa	nominal

<b>EMBARAZOS PREVIOS</b>	Condición de mujer embarazada, y ocurre entre la fecundación del ovulo y el parto, dura 280 días aproximadamente, incluyendo el número de hijos nacidos vivos y los hijos fallecidos. <sup>17</sup>	En base de datos obtenidos del HIS o en la historia clínica	Sí/ No	Cualitativa	nominal
<b>ANTECEDENTES DE ABORTOS</b>	Número de abortos espontáneos o inducidos antes de las 20 semanas amenorrea, con un producto del embarazo que pesa menos de 500 g. <sup>21</sup>	En base de datos obtenidos del HIS o en la historia clínica	Sí/No	Cualitativa	nominal

## Anexo N°2: Tamaños de muestra. Proporción

### Datos

- ✓ Proporción esperada en:
- ✓ Población 1: 30%
- ✓ Población 2: 50%
- ✓ Nivel de confianza: 95%
- ✓ Efecto de diseño: 1,0

### Resultados

potencia (%)	Tamaño de muestra		
	Población 1	Población 2	total
80%	93	93	186

## Anexo N° 3: Instrumento de recolección de datos



<b>I. DATOS GENERALES</b>					
N° HISTÓRIA CLÍNICA				AÑO DE NACIMIENTO	
EDAD	SEXO		N° PAREJAS SEXUALES		
	F	M			
ESTADO CIVIL					
SOLTERA	CASADA	VIUDA	DIVORCIAD A	UNION LIBRE	SEPARADA
<b>II. ANTECEDENTES OSTÉTRICOS</b>					
EMBARAZOS PREVIOS		ABORTOS			
SI	NO	SI	NO		
<b>III. ADHERENCIA PLANIFICACIÓN FAMILIAR</b>					
USUARIAS CONTINUADORA		PACIENTE REINGRESANTE		USUARIAS NUEVAS CON ANTECEDENTE PREVIO DE CONSULTA DE PLANIFICACIÓN	
SI	NO	SI	NO	SI	NO
FECHA DE INICIO DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR			DÍA	MES	AÑO
TIPO DE MÉTODO			IMPLANTE	AMPOLLA 3 MESES	AOC(TABLET AS)
OTROS					
FECHA DEL FIN DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR			DÍA	MES	AÑO
EMBARAZO			SI (fecha)	NO	PÉRDIDA DEL SEGUMIENTO
					Fecha de ultima atención sin embarazo
			DÍA	MES	AÑO

<b>FECHA HASTA EL SEGUIMIENTO DEL EVENTO</b>			
--	--	--	--

Anexo n°4: Autorización para ejecución de tesis

"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"  
Florencia de Mora, 19 de octubre de 2023

OFICIO N° 0530-2023-GRLL-GGR/GS/UTES T.E/MRFM/CS.FMPA

Doctor  
**Miguel Ángel Tresierra Ayala**  
Responsable de la Unidad de Investigación  
Escuela de Medicina de la Universidad Cesar Vallejo de Trujillo

Presente

**Asunto:** Autorización para Ejecución de Tesis  
**Referencia:** Carta N° 282-2023-UI-EM-FCS-UCV

De mi especial consideración.

Por medio del presente me dirijo a Usted para saludarle cordialmente y a la vez para hacerle de conocimiento que esta Dirección, autoriza a la Srta. **SANDY ROCIO MONTES LOPEZ**, alumno del Ciclo XIV del Programa Académico de Medicina de la Universidad César Vallejo, para que realice su Proyecto de Investigación denominado: **Adherencia al control de planificación familiar y embarazo en adolescentes atendidas en el primer nivel de atención**, en nuestra institución.

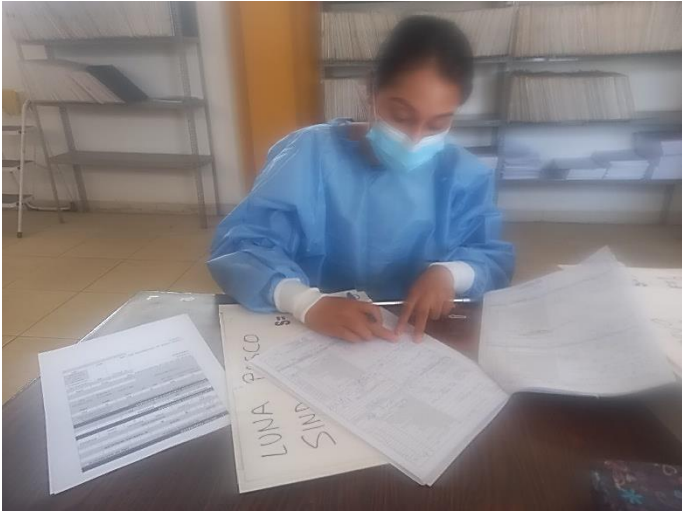
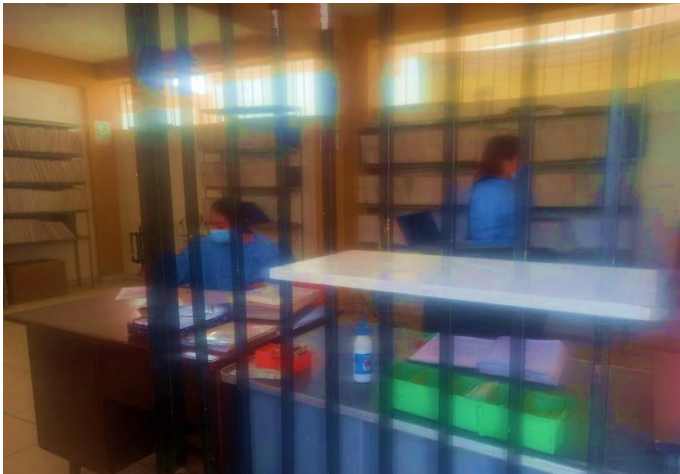
Hago propicia la oportunidad de renovar los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

atentamente.



  
Dra. María E. Moretti Vieyra  
Médico Cirujano  
CMP: 75953  
Jefa del C.S. Florencia de Mora Parte Alta

Anexo N° 5 Fotografías de la recolección de datos





**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

### **Declaratoria de Autenticidad del Asesor**

Yo, ESPINOLA SANCHEZ MARCOS AUGUSTO, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de MEDICINA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, asesor de Tesis titulada: "Adherencia al control de planificación familiar y embarazo en adolescentes atendidas en el primer nivel de atención", cuyo autor es MONTES LOPEZ SANDY ROCIO, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 10.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

TRUJILLO, 20 de Diciembre del 2023

<b>Apellidos y Nombres del Asesor:</b>	<b>Firma</b>
ESPINOLA SANCHEZ MARCOS AUGUSTO <b>DNI:</b> 43525806 <b>ORCID:</b> 0000-0002-1005-5158	Firmado electrónicamente por: MESPINOLASA el 27-12-2023 08:40:20

Código documento Trilce: TRI - 0702154