

**PROGRAMA DE EDUCACION A DISTANCIA  
CARRERA DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA  
CATEDRA DE TALLER DE TRABAJO FINAL  
SEDE JUJUY**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**EXPECTATIVAS Y EXPERIENCIAS EN EL USO DE MÉTODOS  
ANTICONCEPTIVOS**

Estudio con adolescentes puérperas que concurren al Centro de Especialidades Sur, del barrio de Alto Comedero, San Salvador de Jujuy, durante el periodo de julio - diciembre del año 2022

**Asesora Metodológica**

**Prof. Esp. Soria Valeria**

**Autores:**

Argote, Marcela Cristina

Celaya, Ariel Edgardo

Vera, Flavia Pamela A.

Vilte, Sandra Griselda

**San Salvador de Jujuy, 2021**

## DATOS DE LOS AUTORES

---

- **Argote, Marcela Cristina.**

Enfermera profesional, egresada en el año 2008 en la escuela de enfermería “Dr. Guillermo Paterson”, de la Provincia de Jujuy. Desempeñó sus funciones en la clínica privada Nuestra Señora del Rosario como enfermera operativa. Actualmente trabaja como enfermera operativa en el servicio de guardia del Centro de Especialidades Sur de Alto Comedero de la provincia de Jujuy.

- **Celaya, Ariel Edgardo.**

Enfermero Profesional, egresado en el año 2010 del Instituto Superior “Myriam B. Gloss”, de la Provincia de Jujuy. Desempeña sus funciones como enfermero operativo en el servicio de Neonatología, en el Hospital Materno Infantil “Dr. Héctor Quintana”, hasta la actualidad.

- **Vera, Flavia Pamela Alejandra**

Enfermera profesional, egresada en el año 2013 del Instituto Superior “Dr. Ramón Carrillo”, de la provincia de Salta. Desempeño sus funciones como enfermera operativa en el Sanatorio del Carmen y en el Hospital Privado de Tres Cerritos. Actualmente en internaciones domiciliarias.

- **Vilte, Sandra Gisela**

Enfermero Profesional, egresado en el año 2016 del Instituto Superior “Myriam B. Gloss”, de la Provincia de Jujuy. Actualmente desempeña sus funciones en la Dirección de Sanidad Policial y Medicina Legal de la Policía de la Provincia de Jujuy.

## AGRADECIMIENTOS

---

Queremos agradecer en primer lugar a **Dios**, por guiarnos en el camino y fortalecernos espiritualmente en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.

A nuestra asesora Licenciada Valeria Soria, por habernos brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico, durante todo el desarrollo de este proceso.

Por último, queremos agradecer a nuestras familias por su apoyo constante que de manera incondicional entendieron nuestros momentos de ausencia y que quienes con sus consejos fueron el motor de arranque.

Muchas gracias por su paciencia, comprensión y sobre todo por su amor.

## ÍNDICE

PRÓLOGO.....	1
CAPITULO 1.....	3
TEMA DE INVESTIGACION .....	3
1.1 AREA TEMATICA .....	3
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	15
1.3. REFERENCIAL TEORICO.....	16
1.4 DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE.....	44
CAPITULO 2.....	46
ENCUADRE METODOLOGICO .....	46
2.1. ENFOQUE.....	46
2.2. ESQUEMA DE VARIABLES .....	46
2.3. SUJETOS.....	47
2.4. TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.....	48
2.5. INGRESO A CAMPO, PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACION PRESENTACION DE LA INFORMACION.....	48
2.6. CRONOGRAMA.....	53
2.7. PRESUPUESTO .....	54
2.8. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.....	55
ANEXO I.....	58
NOTA - AUTORIZACIÓN AL DTOR. DEL CENTRO DE ESPECIALIDADES SUR.....	58
ANEXO II.....	59
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN.....	59
ANEXO III.....	61
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION .....	61
ANEXO IV .....	64
MATRIZ DE DATOS.....	645

## PRÓLOGO

El embarazo adolescente constituye una materia pendiente en el actual sistema de salud y en este contexto, no queda exento el Barrio Alto Comedero, donde ha llegado a ser una problemática de gran incidencia que preocupa y pone alerta a los profesionales del equipo de salud del Centro de Especialidades Sur.

La realidad de los adolescentes y su exposición a situaciones de riesgo a la que se encuentran expuestos como las adicciones a sustancias psicoactivas, el alcohol y conductas como la iniciación de actividad sexual temprana y sin protección, puede desencadenar en un embarazo no deseado. Ello ha impulsado la creación de este proyecto investigativo para conocer las expectativas y experiencias sobre el uso de los Métodos Anticonceptivos en las adolescentes puérperas que asisten en al Centro de Especialidades Sur, para desarrollar tareas de prevención y promoción de la salud.

En cuanto a lo metodológico, se trata de un estudio cualitativo - fenomenológico, con un esquema de variables, dimensiones y subdimensiones. La población estará conformada por todas las puérperas adolescentes que asisten al consultorio de ginecología del Centro de Especialidades Sur de Alto Comedero, en tanto que la muestra será intencional y se conformará por 30 adolescentes.

La técnica de recolección de la información será la entrevista semiestructurada y los resultados serán presentados en gráficos, cuadros de contenidos y texto narrativo

El diseño de investigación se estructura de la siguiente manera:

**Capítulo 1**, que contiene el tema de investigación, el área temática y la justificación e importancia de conocer las expectativas y experiencias de mujeres adolescentes puérperas.

En el mismo capítulo, se desarrolla el Marco Teórico Referencial, la conceptualización de las variables Expectativas y Experiencias sobre los MAC y los objetivos.

**En el Segundo Capítulo**, se presentan aspectos del Diseño Metodológico, integrado por un enfoque cualitativo, estudio descriptivo de tipo fenomenológico-hermenéutico, la población, la muestra y el esquema de variables.

El mismo capítulo contiene los sujetos, las técnicas de recolección de información, el ingreso al campo, procesamiento y análisis de la información, la presentación de los resultados a través de gráficos, cuadros de contenidos, cronograma y presupuesto.

**Finalmente, el documento posee el apartado de anexos:** instrumento de recolección, consentimiento informado, matriz de datos que se utilizará para volcar los datos que surjan de la investigación.

## CAPITULO 1: TEMA DE INVESTIGACION

### 1.1 AREA TEMATICA

*“La adolescencia, una etapa crucial en el desarrollo de toda persona. En ella se alcanza la madurez cognitiva a través de la consecución del pensamiento formal, aparecen avances importantes en la personalidad que se evidenciarán en conductas y actitudes sociales”* (Fernández & Fernández, 2014, p.572).

Además de la rebeldía y la escasa percepción del riesgo, la familia se enfrenta a serias preocupaciones ante las conductas adolescentes; *uso inadecuado de su tiempo libre o conductas peligrosas respecto al consumo de sustancias tóxicas, accidentes o aspectos de la sexualidad.* (Castellano Barca, 2013, p.109)

Lozano (2014) afirma: *“Es por ello por lo que, la adolescencia es un tema actual y recurrente en nuestras sociedades que sigue provocando un intenso intercambio de opiniones entre científicos sociales, educadores, padres de familia e instituciones ciudadanas y políticas”*. También señala que:

La adolescencia constituye el campo de estudio de la antropología, la psicología, la biología del desarrollo, la sociología, la historia y, por supuesto, también aparece como un concepto mundano de la realidad familiar, educativa y social del presente. Desde cada una de estas disciplinas se ofrecen definiciones de la adolescencia que configuran los enfoques conceptuales imprescindibles para la investigación y práctica social. (2014, p.13)

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

En este sentido, la disociación entre la madurez morfológica-fisiológica y el desarrollo cognitivo les enfrenta a riesgos no reconocidos, como así también el contexto cultural,

social, económico, etc. Por lo general, los jóvenes no reconocen la necesidad de protegerse porque no tienen integrada la noción del riesgo, ya que es un concepto abstracto que no lo vive como propio. A menudo perciben el comportamiento de exposición al riesgo como un reto o una solución y no como un problema. En este marco;

Un/a adolescente con problemas psico-afectivos puede sentirse atraído fácilmente a probar sustancias que le estimulen y le ayuden a desinhibirse, tener poca o ninguna motivación para evitar un embarazo, y poca capacidad para determinar riesgos en general y adoptar las correspondientes medidas preventivas. (Ros Rahola, 2001, p.132)

En el caso del embarazo adolescente o embarazo precoz es aquel que ocurre entre la adolescencia inicial o pubertad, comienzo de la edad fértil y el final de la adolescencia. En esta etapa, comúnmente se han diferenciado dos intervalos que comprenden, a adolescencia precoz de los 10 a los 14 años y la adolescencia tardía de los 15 a los 19 años. (Calderón, 2020, p. 179)

Al respecto, Blázquez Morales (citado por Gómez, Olivera, Amores & Soto, 2019) menciona que:

Sea cual fuere la situación individual o grupo social al que pertenece la joven, un embarazo en la adolescencia implica repercusiones biológicas, sociales, económicas y psicológicas que clasifican la situación como de muy alto riesgo. Esto amerita que sea visualizado desde una perspectiva integral considerando la familia, la sociedad, los medios de comunicación, el sector salud y educativo, entre otros. (2019, p.17)

Según la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMADA) y Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) del Ministerio de Salud de la Nación (MSN, 2014), durante el puerperio la anticoncepción adquiere una dimensión especial, si se tiene en cuenta que el método seleccionado debe garantizar el mantenimiento de la lactancia y la salud del binomio madre-hijo. Además de la importancia de un adecuado espaciamiento de los embarazos. Para lo cual deben incorporarse métodos anticonceptivos (MAC) eficaces, ellos son todos aquellos capaces de evitar o reducir las posibilidades de un embarazo.

A través de estos programas se propone promover e informar sobre su utilización desde la primera relación sexual y durante toda la vida fértil de la persona y que el uso del preservativo o de métodos de barreras es considerado esencial por su cobertura integral, prevención de embarazo y de enfermedades de transmisión sexual. (AMADA, 2019, p 12)

Desde la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (2003) se ha instalado *la anticoncepción* en las políticas públicas nacionales y provinciales, con la provisión y distribución de insumos garantizada en todo el país. Por lo tanto, el cuidado de la salud sexual y reproductiva, incluyendo la información y los servicios de planificación familiar, se reconoce no sólo como una intervención clave para mejorar la salud de las mujeres y los y las niños/as, sino también como un derecho humano. (OMS, 2005)

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2018) la tasa mundial de embarazo adolescente se estimaba en 46 nacimientos por cada 1.000 niñas, mientras que las tasas de embarazo adolescente en América Latina y el Caribe continúan siendo las segundas más altas en el mundo, estimadas en 66.5 nacimientos por cada 1.000 niñas de entre 15 y 19 años.

La OMS (2020) señala que en Argentina se registraron 700 mil nacimientos por año, el 16% de estos proviene de madres adolescentes de entre 15 y 19 años (en algunas provincias equivale al 25%) y más de 3000 son de niñas de 10 a 13 años.

El Sistema Informático Perinatal (SIP, 2019) por su parte, informa que en el 2017 nacieron en la Argentina 94.079 hijos de madres adolescentes, lo que representa el 13,4 % de todos los nacimientos de ese año. Ese año, según cifras oficiales, 91.586 adolescentes de 15 a 19 años y 2.493 niñas menores de 15 años tuvieron un hijo o hija. Se releva que el 80% de las maternidades públicas del país, el 29% de las adolescentes fue madre por segunda o tercera vez antes de los 20 años. En los últimos 5 años este porcentaje se mantuvo estable alrededor del 15%. La situación empeora, en términos de brechas y desigualdades, si se analiza la información a nivel provincial, en provincias como Chaco, Formosa y Misiones, 1 de cada 4 nacimientos es de madres adolescentes.

En la Provincia de Jujuy, las cifras más elevadas se dieron en el 2015 con 13.265 embarazos, de los cuales un 19 % corresponde a madres menores de 20 años, de ese porcentaje un 18,5 % fueron madres de entre 15 a 19 años y un 0,5 % menores de 15 años. En el año 2017, los datos apuntan a 11.990 embarazos, de los cuales el 16,2 % se ubicó en menores de 20 años, el 15,9 % en jóvenes de entre 15 y 19 años y un 0,29 % en

madres menores de 15 años. Estas cifras surgen de un estudio realizado por la Dirección de Bioestadística de la Provincia (DB) En cuanto a la mortalidad materna, el total país se ubica en 3,9 muertes cada 10.000 nacidos vivos. En el Noroeste y Noreste es casi el doble: 5,3 y 6,0 y en Jujuy se ubica en un 3,2 % cada 10.000 nacidos vivos. (Dirección de Bioestadística de Jujuy, 2017)

A tal efecto, Jujuy adhiere a la Ley Nacional N°25.673 de Salud Sexual y Reproductiva, a fin de garantizar el asesoramiento y entrega de los Métodos Anticonceptivos en forma gratuita en todos los servicios de salud y a toda persona que pretenda una práctica de salud sexual y reproductiva segura. (MSN, 2017)

Las adolescentes puérperas del Barrio Alto Comedero de la provincia de Jujuy no están exentas de la realidad expuesta y a pesar de contar con disponibilidad y accesibilidad que la ley y el programa de métodos anticonceptivos (MAC) disponen, aun se observa que siguen existiendo barreras (individuales, socioculturales e institucionales) que limita a llevar a cabo una anticoncepción eficaz.

Por ubicación geográfica le compete al “Centro de Especialidades Sur” abastecer métodos anticonceptivos a las adolescentes puérperas. La continuidad, el control y el uso correcto de MAC, constituye un desafío institucional. Dicho centro se encuentra ubicado en el acceso sur de la ciudad de San Salvador de Jujuy, en el B° Alto Comedero situado en Av. Forestal esquina Dr. Carlos Snopek, y se encuentra clasificado por el Ministerio de Salud de la Provincia de Jujuy como Centro de Especialidades de primer nivel con perfil orientado a la Atención Primaria de la Salud. No cuenta con servicio de internación, pero si con guardia de 24 horas para consultas médicas ambulatorias agudas y crónicas. Este establecimiento presta atención a una comunidad aproximada de 120.000 habitantes de nivel socio económico medio a bajo.

El “Centro de Especialidades Sur” funciona como referente del sistema de salud de esta comunidad, garantizando los derechos a la salud de los pacientes que concurren. Implementando políticas y programas que contribuyen al cuidado integral y holístico de su población. Uno de estos programas es el de Salud Sexual y procreación responsable que contribuye a la asistencia y garantías de accesibilidad y libertad en la elección de métodos anticonceptivos.

Para ello cuenta con el servicio de tocoginecología y planificación familiar, con distribuciones estructurales independientes, que trabajan en conjunto para fomentar la salud sexual y reproductiva. El mismo tiene horario de atención de 07 a 19 hs, cuenta con

4 ginecólogos y 2 técnicos obstetra durante la mañana y 3 ginecólogos y 1 técnico obstetra en la tarde y 4 enfermeros profesionales distribuidos en los 2 turnos. No abre fines de semana, feriados ni días no laborables.

Durante enero - julio 2020 los registros de la atención muestran que, de un total de doscientas dieciséis puérperas, cuarenta y uno son adolescentes de entre 15 y 19 años, de las cuales, nueve optaron por los implantes subdérmicos, una por lactancia exclusiva, una con inyección trimestral intermuscular y treinta por ningún método anticonceptivo. Del total de puérperas adolescentes según rango etario descrito, veinticinco son primigesta, trece segundas gestas y tres con tercera gesta.

Tras la descripción estadística y del contexto previamente mencionado en el caso de las adolescentes puérpera que asisten a este servicio se detectó una baja adherencia a la elección de métodos anticonceptivos posparto desencadenando en varias ocasiones un segundo y hasta un tercer embarazo. Así es que los investigadores destacan como observaciones:

- Limitación del uso de métodos anticonceptivo según religión que profesa.
- Creencias, mitos y tabúes sobre el uso de MAC
- Antecedentes familiares (Hija de madre con embarazo temprano)
- Falta de conocimientos en la provisión y accesibilidad a métodos anticonceptivos.
- Desinterés, miedo y/o vergüenza para iniciarse en la utilización de un método anticonceptivo.
- Nivel de escolaridad bajo.
- Abandono de estudios ante un embarazo.
- Violencia de género.
- Violencia familiar.
- Dependencia económica.
- Rechazo y exclusión del hogar frente a un embarazo.
- Periodo intergenésico corto.
- Aumento de la corbi-mortalidad materno infantil.
- Desempleo o empleo independiente.
- Horarios de atención reducida de la Institución
- Ausencia de espacios de consejería sexual y reproductiva
- Relación sexual precoz.

- Distorsión de la información (virtual, entre pares)
- Negativa de la pareja

A partir de las observaciones realizadas en el servicio de toco ginecología del Centro de Especialidades Sur, surgen los siguientes interrogantes:

1. ¿De qué manera, las experiencias negativas de adolescentes puérperas en la atención recibida por personal del centro sanitario, ha impactado en la concurrencia a solicitar métodos anticonceptivos?
2. ¿Cuáles son las expectativas de vida de las adolescentes puérperas?
3. ¿Cuáles son las vivencias de las adolescentes puérperas con respecto a la atención y cuidado de la salud?
4. ¿Cómo vivencian su puerperio?
5. ¿Qué experiencias tiene el equipo de salud con respecto a atención de las puérperas adolescentes? ¿Cuáles son sus observaciones con respecto a la realidad de ellas y el cuidado de su salud?
6. ¿Qué experiencia y expectativas tienen las adolescentes puérperas en la elección de algún método anticonceptivo en el Centro de Especialidades Sur?

Para responder al primer interrogante sobre las experiencias negativas de las adolescentes puérpera con el equipo de salud citamos el trabajo de investigación de Cupe Medina (2015) titulado ***“Percepción de la calidad de atención en planificación familiar de las adolescentes con reincidencia de embarazo en el Hospital San Juan De Lurigancho, Setiembre- Diciembre 2014”***, realizado en Lima - Perú concluye con lo siguiente:

- La percepción de la calidad de atención en planificación familiar de las adolescentes con reincidencia de embarazo del Hospital San Juan de Lurigancho fue “regular” (56,67%).
- La percepción de la calidad de atención en planificación familiar de las adolescentes con reincidencia de embarazo para la dimensión fiabilidad fue “regular” (66,67%).
- La percepción de la calidad de atención en planificación familiar de las adolescentes con reincidencia de embarazo para la dimensión capacidad de respuesta fue “regular” (66,67%).

- La percepción de la calidad de atención en planificación familiar de las adolescentes con reincidencia de embarazo para la dimensión seguridad fue “regular” (50%).
- La percepción de la calidad de atención en planificación familiar de las adolescentes con reincidencia de embarazo para la dimensión empatía, fue 111 “regular” (63,33%).
- La percepción de la calidad de atención en planificación familiar de las adolescentes con reincidencia de embarazo para la dimensión aspectos tangibles fue “regular” (80%)

El estudio denominado **“Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa”** realizado por Aduy (2013) en Base de datos Académicos Multidisciplinarios en texto completo (Academic Search Complete), PubMed, SciELO y LILACS, realizado en Santiago de Chile, determinaron que: la identificación de barreras y de elementos facilitadores en el acceso a la atención de salud contribuye a un monitoreo de la equidad en salud más efectivo y es un paso imprescindible para mejorar el acceso de toda la población y reducir las inequidades sociales y de salud.

El modelo de Tanahashi permite sistematizar barreras y facilitadores en dimensiones específicas, que al volcarse en un instrumento de chequeo podría resultar valioso al momento de evaluar el acceso a la atención de salud.

El presente estudio confirma la necesidad de diseñar y ejecutar políticas sanitarias participativas e intersectoriales, que reduzcan o eliminen las barreras que son responsabilidad de sectores distintos al sector salud, con el fin de lograr el acceso equitativo a la atención de salud. A su vez, es recomendable que los prestadores de salud adapten la provisión de servicios a las necesidades específicas de su población, diseñen e implementen estrategias de búsqueda de grupos que no contactan al sistema de salud e incorporen en la planificación de servicios los elementos facilitadores identificados.

En continuidad con esta línea de investigación, se requiere identificar barreras y facilitadores de la población que no toma contacto con los servicios de salud y determinar específicamente cuáles son los grupos excluidos de los sistemas de atención.

Para concluir, se cita el proyecto de investigación de Bravo & Cedeño, (2020) titulado **“Barreras de acceso a métodos anticonceptivos en adolescentes”** realizado en la ciudad de Quito – Ecuador, quienes sostienen que:

Las principales barreras de acceso a métodos anticonceptivos que se encontraron en los y las adolescentes fueron de tipo: geográfico, económico, psicológico y educativo y cultural.

En las barreras geográficas se determinó que la procedencia limita o impide el acceso a métodos anticonceptivos. La ubicación de los centros de salud puede convertirse en factor de riesgo para las y los adolescentes por su procedencia geográfica, debido a que en la zona rural existe carencia de centros de salud pública.

Por otra parte, las y los adolescentes de la zona urbana presentan dificultades en el acceso a métodos anticonceptivos relacionadas al horario de atención y a su necesidad por recibir atención inmediata.

En cuanto a las barreras económicas que limitan el acceso a métodos anticonceptivos en este grupo etario, se logró identificar factores como la dependencia económica de las y los adolescentes, ya que en su mayoría no tienen solvencia económica y dependen del apoyo de su familia para poder acceder a los métodos anticonceptivos.

Con respecto a las barreras psicológicas presentes en las y los adolescentes que dificultan el acceso a los métodos anticonceptivos, se encuentran los temores con relación a la eficacia del método y los efectos secundarios a la salud. Otro de los factores característicos de esta barrera es la capacidad de toma de decisiones poco desarrollada en este grupo etario, reflejando que las decisiones son tomadas en base a factores externos como la opinión e influencia de la pareja.

Las barreras educativas y culturales de acceso a métodos anticonceptivos encontradas demuestran que existe un nivel bajo en la calidad de la información que ha recibido este grupo etario sobre los métodos anticonceptivos y su uso. Además, a esta barrera se suman las concepciones de educación sexual moralista, religiosas, tradicionales y la cultura que considera el uso de métodos anticonceptivos como inapropiado y pecaminoso.

En relación al segundo interrogante referido a las expectativas de vida de las adolescentes púerperas el trabajo de Ospina Romero (2017), titulado ***“El futuro para la madre adolescente: reorganizando mi vida y mis expectativas”***, realizado en Bogotá – Colombia, refieren que el planteamiento teórico permitió explicar cómo las adolescentes construyen su futuro a partir del hecho de ser madres. La categoría central ***“Cambiando la vida, pero no destruyéndola”*** integra de forma representativa las categorías generales y recopila las variaciones en los patrones de comportamiento. Aceptar que la vida cambió,

pero que no se destruyó, es saber que nada volverá a ser igual que antes, pero que se debe trabajar desde ya para que el futuro sea mejor.

El cambio le implica afrontar a la madre adolescente dos aspectos: las circunstancias que la rodean y la reestructuración de sus expectativas. La primera circunstancia que debe asumir es que un hijo es para toda la vida y que la crianza responsable la involucra directamente a ella. La segunda circunstancia es su contexto familiar, con una realidad pasada y presente que afectará su futuro. La tercera son las circunstancias personales, la edad, las dificultades económicas, un nuevo embarazo, su pareja. Todas ellas la afectarán o favorecerán de acuerdo a como las asuma.

El segundo aspecto, la reestructuración de sus expectativas está regulado por ellas mismas, con relación a lo que ellas creen que lograrán. Como resultado de esto y de las circunstancias, algunas madres adolescentes están calmadas y pueden esperar para avanzar, mientras otras están trabajando y actuando para mejorar. Los resultados dependen, en gran medida, del apoyo y la motivación. –

El significado que la madre adolescente da a su futuro surge de la interacción entre los acontecimientos del pasado y la reacción al presente. El pasado le da a la madre la experiencia para aprender de los errores y mejorar con ellos, a la vez que la lleva a madurar para asumir de forma responsable los hechos. El presente se convierte en la fabricación constante del futuro.

La experiencia, unida a circunstancias únicas que cada madre adolescente ha tenido, las lleva a una interpretación especial de la realidad. Este significado lo han construido en la interacción con otros, con su hijo, la familia, el padre del niño, la comunidad donde vive, el sistema escolar, el sistema de salud, las leyes que la rigen, todo en conjunto genera en la madre adolescente una manera de ver la vida, que proviene del procesamiento de estas experiencias.

Esto permite concluir que la maternidad le ha dado un nuevo sentido a la vida de las adolescentes y las motiva a progresar, las ha llevado a cambiar de pensamiento, despojándose aceleradamente de las ideas infantiles, para asumir con responsabilidad la crianza del niño. La adaptación puede ser una mezcla entre lo fácil y lo difícil; poco a poco se dan cuenta de que el mismo compromiso las impulsa a mejorar y les genera sentimientos de satisfacción, unidos a la identidad que van construyendo. El hijo las motiva a salir adelante, sin importar si era o no esperado. Conocerlo cada vez más, las

lleva a establecer un vínculo que las ayuda a crecer en medio de la necesidad, los aciertos y desaciertos como madres.

El padre del niño cobra significado como padre y como pareja; si las circunstancias son favorables y cumple con las expectativas de la madre, la relación de pareja se convierte en un proyecto de familia. Cuando las circunstancias no favorecen la relación, continuar sola se convierte en la mejor opción.

Finalmente, asumir la planificación familiar significa controlar su vida con relación al espaciamiento de los nacimientos y al número de hijos que la madre desea tener. Con el proceso la madre adolescente demuestra la capacidad para responder y organizar las circunstancias que la rodean y afectan su vida. Ante el problema de cómo seguir hacia el futuro siendo madre adolescente, ellas responden “reorganizando su vida y sus expectativas”. Es por esto que, las madres comienzan alejándose de las expectativas pasadas y empiezan a aceptar que tienen un hijo. El proceso puede ser difícil, en especial al comienzo, cuando la maternidad está llena de nuevas circunstancias que la pueden abrumar. El pasar del tiempo y dejar atrás el pasado, la lleva a la siguiente etapa

Para responder al tercer interrogante referido a las vivencias de las adolescentes puérperas con respecto a la atención y cuidado de la salud se cita, el trabajo realizado por Silva & Roldan (2009), titulado “**Adolescentes en puerperio y sus prácticas de cuidado**”, realizado en el Hospital San Rafael de Girardot Colombia. Dicho estudio expresa que las prácticas de cuidado en las puérperas adolescentes, están orientadas aún, por un conjunto de ritos y tradiciones. Sin embargo, este protagonismo es compartido con las recomendaciones del personal de salud y en especial el de enfermería, cuando expresan tener en cuenta las orientaciones dadas antes del alta hospitalaria; ejemplo de ello son las prácticas asertivas de higiene y cuidados personales, consumo de medicamentos formulados, no consumo de sustancias psicoactivas, entre otras.

Además, destaca que es evidente la falta de claridad en una buena parte de las encuestadas respecto a la justificación de las prácticas de cuidado basadas en el legado cultural, las cuales realizan por recomendación, mas no por una convicción propia acerca de los beneficios. Este es probablemente un factor que contribuye a la progresiva desaparición de esos cuidados orientados por las creencias, las costumbres y las tradiciones (pérdida del legado cultural).

Dentro de las prácticas tradicionales que aún se conservan están el uso de las plantas con propiedades medicinales como la caléndula, la manzanilla y el hinojo (27%), las

cuales son suministradas por el cuidador familiar; esta es una práctica asertiva debido a que efectivamente contribuye a la recuperación y adaptación satisfactoria de la joven madre a su nuevo rol y a las exigencias propias del puerperio.

En cuanto a la fuente de apoyo espiritual, la totalidad de las madres adolescentes tiene fe y confianza en un ser espiritual representado en Dios, los santos y los seres queridos muertos que consideran les ayudan a recuperarse satisfactoriamente para así poder desempeñar su rol de madres. Este es un referente a tener en cuenta por enfermería, en la identificación de las redes de apoyo de la puérpera, debido a que contribuye a generar autocontrol y seguridad ante la situación que experimenta la madre y el estrés que puede llegar a producir en ella.

Para responder al cuarto interrogante referido a las vivencias del puerperio, la tesis doctoral de Pizaña (2019), titulada **“Vivencias de las adolescentes sobre su maternidad en una comunidad”**, realizada en la comunidad de Tetecala, Morelos – México, concluye que el profesional de enfermería debe de contribuir identificando junto con la madre situaciones que dificultan o fuentes de apoyo que contribuyen en este proceso, para plantear acciones que favorezcan la adopción del rol materno. De acuerdo a las categorías y subcategorías, destaca el apoyo brindado a las madres adolescentes por sus familiares más cercanos, el cual es una situación con dos vértices, por un lado, la adolescente puede tomar mayor confianza que le facilite la asunción de su rol materno, pero esto a su vez, se vio en la investigación que la adolescente por su corta edad y la inmadurez emocional su prioridad es satisfacer sus propias necesidades, actuación de una forma egoísta propia de los adolescentes.

Otra categoría preponderante en este estudio fue el rol socioeconómico, la cual, ya que al no establecer su estado civil con su pareja se mantienen con un estatus de hijas de familia, dependientes de las decisiones y de lo económico de sus familiares cercanos. La autonomía y la posibilidad de ser económicamente autosuficiente se desvanecen con la deserción escolar lo que conlleva a la falta de acceso al trabajo formal, lo cual se intensifica con la llegada del segundo bebe por el periodo intergenésico corto que presenta este grupo de edad. Por todo lo anterior se puede evidenciar que las madres adolescentes no perciben el rol materno por la búsqueda de su propia identidad.

En cuanto al quinto interrogante referido a las experiencias que tiene el equipo de salud con respecto a la atención de las puérperas adolescentes y sus observaciones con respecto a la realidad de ellas y su cuidado de la salud, el siguiente trabajo de

investigación de Machado & Zagonel (2011) titulado **“El proceso de cuidar al adolescente que vivencia la transición al rol materno”**, menciona que según Murphy, es importante darse cuenta de que hay recursos puerperales de la adolescencia, dimensiones que pueden desarrollarse frente a la transición, una forma existencial abierta a la comprensión de la experiencia del ser existente como una posibilidad. La transición a la maternidad debe ser anticipada por la enfermería aún en el prenatal, como foco primario, porque a medida que se anticipan las transiciones, la preparación para el cambio de roles y la prevención de sus efectos negativos se puede instituir desde las primeras etapas de la maternidad. Brindar apoyo y orientación a las mujeres en su adaptación a la maternidad, así como la enseñanza eficaz y conductual de las habilidades maternas puede facilitar la transposición al rol materno.

Según Wall, a transición a la maternidad es repentina, llega de repente y muchas veces la preparación es insuficiente. Corroborando esta realidad, la mujer-madre suele permanecer poco tiempo en el hospital, necesita apoyo y orientación, los cuales deben ser transmitidos rápidamente durante la hospitalización, dificultando la asimilación por parte del adolescente puerperal, ya que implican cuidar al bebé y cuidarse a sí mismos. Debido a la importancia de adquirir estos nuevos conocimientos, es necesario que los profesionales de enfermería tengan en cuenta que los lineamientos no se agotan en el período hospitalario, sino que deben extenderse al hogar, al ambulatorio o la unidad básica de salud

Para Coates & Sant'anna, el papel materno, la primera consulta posparto de la madre adolescente y su hijo debe ser lo más temprano posible. En este procedimiento, además de la consulta general, se evalúa la madurez de la joven, buscando brindar apoyo y seguridad, valorando su capacidad para ser madre.

Sin embargo, se observa que los profesionales de la salud prestan poca atención a los aspectos emocionales de este ser que vive la adaptación simultánea de la adolescencia y el rol de madre, tanto en el ámbito hospitalario como en el ambulatorio. El abordaje se limita a los cambios físicos de la puérpera.

En tanto que Martins considera que en la consulta de enfermería, el profesional de la salud debe actuar a través del cuidado educativo y humanizado para sensibilizar a la puérpera adolescente para que cuide a su hijo de manera efectiva y efectiva, valorando sus habilidades y competencias, interactuando positivamente, brindando Fortalecimiento

del vínculo afectivo entre la díada o tríada, considerando la presencia del padre, cuestionando sus facilidades y dificultades con respecto al cuidado brindado.

Se convierte en una prioridad para el cuidador-enfermero, en el desarrollo de su cuidado transicional, respetar la historia, la cultura, los conocimientos preexistentes del alumno, la experiencia de ser un adolescente puerperal en todos los aspectos que permean las relaciones en el contexto familiar desde la perspectiva del cuidado de enfermería.

Finalmente, luego de la exploración y análisis científico, se visualizó la falta de investigaciones sobre las experiencias y expectativas de las adolescentes puérperas en el uso de métodos anticonceptivos, razón por la cual se planteó como interrogante a estudiar:

¿Cuáles son expectativas y experiencias en el uso de métodos anticonceptivos de las adolescentes puérperas que concurren al Centro Especialidades Sur, durante el periodo julio a diciembre 2022?

## **1.2 JUSTIFICACIÓN**

La planificación familiar es uno de los elementos clave en la atención de calidad durante el posparto, se ha demostrado que los intervalos cortos entre los embarazos aumentan el riesgo de morbilidad y de mortalidad para la madre y su hijo. Existen estudios que señalan que habría un 10 % menos de muerte maternas y 500.000 menos de muerte en niños durante el primer año de vida si se asegurara que todos los embarazos tuvieran intervalos mínimos de 2 años (MSN, 2019).

Razón por la cual, es imperiosa la necesidad de brindar un cuidado integral y de calidad por parte del personal de enfermería y del equipo de salud, centrado en las diversas necesidades de las pacientes desde un enfoque holístico de la salud.

Por lo expuesto, los autores consideran necesario el presente proyecto de investigación que enfoca a conocer expectativas y experiencias en el uso de métodos anticonceptivos de las adolescentes puérperas.

El valor de esta investigación para la institución radica en el aporte de información sobre la temática, ya que no se han encontrado estudios locales previos sobre la problemática en la Institución contribuyendo de manera significativa a la misión y visión de la misma y a los valores que imparte en su atención.

Además, pretende incentivar a la reflexión y el cambio optimizando de la atención a las adolescentes que asisten a dicho Centro.

Con respecto a la profesión de enfermería constituye un gran aporte para pensar y repensar estrategias preventivas que permitan el fortalecimiento de un cuidado integral, el cual debe caracterizarse por ser oportuno y realizarse con humildad y respeto a las necesidades emocionales, culturales y sociales de las adolescentes puérperas que asisten al consultorio del Centro de Especialidades Sur.

Desde el punto de vista de los sujetos de atención y cuidado, puede permitir obtener grandes beneficios a mediano y largo plazo en la implementación de medidas preventivas, en la asistencia, el tratamiento, la adaptación al entorno y la familiarización con el personal que favorezca la elección de un método anticonceptivo.

### **1.3. REFERENCIAL TEORICO**

#### **Adolescencia**

La palabra adolescente proviene del latín: *adolescere*. Este vocablo está conformado por "*adolere*", que significa "*crecer*", y el sufijo - *scere*, que indica el comienzo de algo. A su vez, *adolere* proviene de *alere*, que tiene el significado de "*nutrir, alimentar*". Por lo tanto, adolescente, etimológicamente – por el origen de la palabra-, significa aquél que está en crecimiento o el que se nutre y alimenta para crecer.

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

Es así que los determinantes biológicos de la adolescencia son prácticamente universales; en cambio, la duración y las características propias de este periodo pueden variar a lo largo del tiempo, entre unas culturas y otras, y dependiendo de los contextos socioeconómicos. Así, se han registrado durante el pasado siglo muchos cambios en relación con esta etapa vital, en particular el inicio más temprano de la pubertad, la

postergación de la edad del matrimonio, la urbanización, la mundialización de la comunicación y la evolución de las actitudes y prácticas sexuales.

Cabe destacar que la adolescencia es un periodo de preparación para la edad adulta durante el cual se producen varias experiencias de desarrollo de suma importancia. Más allá de la maduración física y sexual, esas experiencias incluyen la transición hacia la independencia social y económica, el desarrollo de la identidad, la adquisición de las aptitudes necesarias para establecer relaciones de adulto y asumir funciones adultas y la capacidad de razonamiento abstracto. Aunque la adolescencia es sinónimo de crecimiento excepcional y gran potencial, constituye también una etapa de riesgos considerables, durante la cual el contexto social puede tener una influencia determinante.

Issler (2011, p.11-23) considera que a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas:

- La adolescencia temprana: que comprende entre los 10 a 13 años:
  - a) Biológicamente, es el periodo peri puberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca.
  - b) Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.
  - c) Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales.
  - d) Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.
  
- La adolescencia media: que comprende entre los 14 a 16 años:
  - a) Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.
  - b) Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.
  - c) 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.

d) Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

- La adolescencia tardía: que comprende entre los 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.

El autor considera 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 comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes"*. (Issler, 2011, p.24)

De Vargas (2013, pp. 78-80) afirma que los cambios que se producen en los adolescentes son desde:

- Desde el punto de vista biológico.

La pubertad es la etapa en la cual se producen los cambios necesarios que conducirán al sujeto a la madurez sexual. La endocrinología ha descubierto la relación entre la glándula pituitaria, ubicada en la base del cerebro, y las gónadas o glándulas sexuales, desde este punto de vista, podría subdividirse a su vez en tres etapas. Una primera etapa inmadura, comienzan los cambios corporales y no hay función reproductora. Una segunda etapa de maduración, comienzan a producirse las células sexuales en los órganos reproductores, pero aún sin completarse los cambios corporales. Una tercera etapa, ya madura, los órganos sexuales funcionan adecuadamente y las características sexuales secundarias ya se han desarrollado.

1. *Función de la glándula pituitaria.* Produce dos hormonas: la del crecimiento y la gonadotropina, que estimula la actividad de las gónadas para su maduración. Durante

la pubertad se produce un aumento gradual de la hormona gonadotropina. Las gónadas se hacen más sensibles a esta hormona. La combinación de estas dos condiciones marca el comienzo de la pubertad.

2. *Función de las gónadas.* Son glándulas endócrinas que cumplen función activa en los cambios puberales, son las glándulas sexuales. Gónadas femeninas: ovarios. Gónadas masculinas: testículos.

En la mujer: cuando los ovarios alcanzan la madurez producen las células germinales (óvulos), destinadas a la perpetuación de la especie, que llevarán a la menarca.

En el varón: el desarrollo masculino se da cuando los testículos producen las células germinales masculinas (espermatozoides) que dan lugar a las primeras poluciones espérmicas. Los testículos también generan otras hormonas que controlan los ajustes físicos y psicológicos requeridos para llevar a cabo la función reproductora.

Los cambios biológicos en la pubertad se inician en ambos sexos en los 8 o 9 años, pero pueden adelantarse o retrasarse por la influencia de distintas variables.

3. *Transformaciones físicas en la pubertad.* Se dan cambios en el interior y exterior del cuerpo, son pronunciados y se dan en un lapso de 2 o 3 años.
  - Aumento del tamaño corporal (estatura y peso).
  - Cambios en las proporciones del cuerpo (interior y exterior), que se realizan de manera asincrónica y manifiesta.
  - Desarrollo de las características sexuales primarias.
  - Desarrollo de las características sexuales secundarias.

Con respecto al tamaño corporal, la estatura es regulada por la hormona de crecimiento. Si es deficiente, ocurre el fenómeno llamado “enanismo”, producida en exceso, conduce al “gigantismo”.

El peso aumenta fundamentalmente por huesos y músculos. La masa corporal está en función de la estatura y el peso, y determina un número constante que alerta sobre el sobrepeso, la delgadez o la desnutrición.

En cuanto a los cambios en las proporciones del cuerpo, incluye modificaciones en el interior y exterior del mismo. En relación con las modificaciones en el interior, el crecimiento también es asincrónico y conduce a una inestabilidad fisiológica.

Desarrollo de las características sexuales primarias: en el varón crecen los testículos y el pene y aparece el vello pubiano y se producen las primeras poluciones nocturnas. En la niña, los ovarios y el útero crecen hasta que se da la menarca.

En cuanto a las características sexuales secundarias: En los varones se ensanchan los hombros, hay una forma bien definida de brazos y piernas, aparecen leves protuberancias alrededor de las tetillas, aparece el vello púbico y hay cambios en la voz y en la piel. En las niñas se ensanchan los hombros y se incrementa la redondez de las caderas que delimita la cintura, desarrollo del busto, aparece el vello púbico y el cambio en la voz.

Todos estos cambios biológicos, determinados por la herencia filogenética, no comportan una significación propia, sino aquella que les es dada a través de la cultura en la cual se insertan. Algunos ejemplos se observan en las distintas actitudes que toman ciertas sociedades frente a la menstruación.

- Desde el punto de vista antropológico.

El fenómeno adolescente está inserto en una estructura social que pertenece a un tiempo histórico y un espacio geográfico específico. Toda estructura social posee una cultura. La forma en que una cultura determina la estructura social se debe a que cada cultura se ubica dentro de una cadena de significaciones que está dada por los llamados “*mitos de origen*” o “fundacionales” de esa determinada cultura.

La cultura adolescente, además de estar ubicada en un “*espacio de origen*”, contiene su propia historia y ella, a su vez, va variando con las distintas épocas. Cada cultura propone para la adolescencia, a través de formas determinadas llamadas “*ritos*”, un momento de inicio, que se apoya en el hecho biológico del despertar pulsional y de un momento de fin, que es altamente variable.

El concepto de adolescencia también dependerá de cierto grupo de valores, que son expresados a través del mito de los orígenes y proponen un modelo de organización estructural que le da sentido al contexto. Desde el psicoanálisis, este contexto tendrá influencia en la conformación de la realidad psíquica de cada sujeto. El mito ha surgido frente a la toma de conciencia de estado de impotencia, esto fue estudiado por:

- La precariedad de nuestra vida, al enfrentarse con la muerte.

- No poseer dominio de la naturaleza y de aquello biológico que hay en él.
- La difícil interrelación que existe entre las organizaciones sociales tanto intra como interinstitucionalmente.

Es posible que, en este sentido, el adolescente de todas las culturas haya sido sometido a “*ritos de iniciación*”, que llamaríamos de formalización y contención, que ponen nombre al pasaje a la adultez.

### **Visión psicosocial de la adolescencia. Construcción de la Identidad.**

Eddy Ives, L.S (2014) pediatra y directora médica del Centro Médico San Ramón de Barcelona refiere en su trabajo, que Erik Erikson (1902-1994) es uno de los autores que más ha escrito sobre el desarrollo de la identidad desde la infancia hasta la vejez, con especial énfasis en la adolescencia, desde un enfoque psicoanalítico. A lo largo de los estadios del ciclo vital aborda diferentes aspectos, siendo los más relevantes las crisis psicosociales, el radio de relaciones significativas y las fuerzas básicas. A los efectos del presente estudio llegaremos hasta la adolescencia.

Según Erikson:

el desarrollo humano sólo se puede entender en el contexto de la sociedad a la cual uno pertenece. Cada una de las ocho etapas del desarrollo implica una dificultad o crisis emocional con dos posibles soluciones, favorable versus desfavorable, siempre avanzando etapa por etapa sin poder saltarse ninguna. Las cinco primeras etapas corresponden a la infancia y adolescencia. Son varios los factores que influyen en el desarrollo psicosocial de las diferentes etapas:

**1. Dimensión comunitaria.** Para que un joven se encuentre a sí mismo es necesario que haya encontrado su dimensión comunitaria. Se creará una unión entre lo que más o menos le viene dado (fenotipo, temperamento, talento, vulnerabilidad) y determinadas decisiones o elecciones que toma (opción de estudio, de trabajo, valores éticos, amistades, encuentros sexuales), y todo ello dentro de unas pautas culturales e históricas.

**2. Dinámica del conflicto.** El adolescente suele tener sentimientos contradictorios, pasando de sentimientos de vulnerabilidad exacerbado a tener grandes perspectivas individuales.

**3. Período evolutivo personal.** Cada individuo tiene su propio período evolutivo que dependerá tanto de factores biológicos, psicológicos, como sociales.

**4. Modelos recibidos.** Ningún yo se construye de forma aislada. Primero recibirá el apoyo de modelos parentales, y posteriormente de modelos comunitarios.

**5. Aspectos psichistóricos.** Toda biografía está inexorablemente entretejida por la historia que a uno le toca vivir. Sin duda no es lo mismo vivir en época de paz que en época de guerra. Nelson Mandela (1918-2013) dijo (Discurso en Trafalgar Square, Londres 2005), *“A veces es responsabilidad de una generación ser grande. Tú puedes ser esa gran generación.”*

Según Erikson hay períodos en la historia vacíos de identidad debido a tres formas básicas de aprensión humana:

- a) Miedos despertados por hechos nuevos, tales como descubrimientos e inventos que cambian radicalmente la imagen del mundo, la forma de interactuar, trabajar, pensar, etc.
- b) Ansiedades despertadas por peligros simbólicos percibidos como consecuencia de la desintegración de las ideologías anteriormente existentes.
- c) Temor a un abismo existencial desprovisto de significado espiritual.

**6. Historia personal.** Diferentes situaciones personales estresantes pueden tener una influencia negativa en la construcción de la identidad, como, por ejemplo: a) tener que emigrar a otro país, sobre todo si ocurre en la adolescencia, pero también en la infancia; b) pérdida de un ser querido referente en la vida del adolescente; c) dificultades económicas importantes; d) sufrir maltrato, abusos o abandono. (1974, pp. 165-167)

En algunos casos, y en algunos adolescentes o en algunos períodos de la historia, la crisis de la adolescencia es escasamente percibida. Pasa sin hacer ningún ruido, pero en otras ocasiones es muy marcada, claramente señalada como un período crítico, como una especie de *“segundo nacimiento”*.

La formación de la identidad puede poseer algún aspecto negativo que en ocasiones puede permanecer a lo largo de la vida como un aspecto rebelde de la identidad total. Lo deseable es que la identidad negativa no se vuelva dominante, pues ella es la suma de todas aquellas identificaciones y fragmentos de identidad que el sujeto tuvo que interiorizar como indeseables.

La adolescencia corresponde al estadio V del ciclo vital que desarrolla Erikson, cuando la crisis psicosocial es la Identidad (resolución favorable) en contraposición a confusión de roles o de identidad (resolución desfavorable). La fuerza básica es la fidelidad y las

relaciones significativas serán los pares y modelos de liderazgo. Para llegar a la crisis psicosocial de la identidad de la adolescencia hay que haber superado las cuatro etapas previas, siendo lo ideal que haya sido de forma favorable. En el estadio denominado infancia, se espera lograr confianza; en la niñez temprana, autonomía; en la edad del juego, iniciativa; y en la edad escolar, laboriosidad y competencia.

Para una mejor comprensión del desarrollo de la identidad del adolescente, en el estadio I, la Infancia (0-12 meses), la crisis psicosocial a superar es la confianza básica versus desconfianza básica. Aquí tiene especial importancia la madre o figura maternal que idealmente habrá significado una base segura para el establecimiento de un vínculo seguro con su hijo. La fuerza o cualidad básica que se desarrolla es la esperanza.

En el estadio II o Niñez temprana (1-3 años) la crisis psicosocial es el desarrollo de la autonomía en contraposición a presentar vergüenza y duda (desenlace desfavorable). Intervienen ambas figuras parentales. Es la etapa del no, y la máxima expresión es la autonomía que obtiene el niño con el control de los esfínteres. El decide cuándo y cómo evacúa, siendo la fuerza básica la Voluntad. La firmeza de sus cuidadores en poner límites le evitará dudar de ellos, y consecuentemente, dudar de sí mismo.

El siguiente estadio III, llamado la Edad del juego, se sitúa más o menos entre los 3 y 6 años. La duración de los diferentes estadios son variables según el niño. La crisis a superar de forma favorable en este estadio es la iniciativa versus culpa (desenlace desfavorable). Los niños inician juegos con otros niños, se inventan juegos y tienen mucha imaginación. Si se les da la oportunidad de llevar a cabo sus iniciativas se sentirán seguros de sí mismos. Debe emerger el sentido del propósito y de la ambición. La radio de las relaciones significativas será la familia básica y la fuerza que emerge, la finalidad.

El último estadio antes de la adolescencia es el estadio IV o Edad escolar (7-11 años). Es cuando el niño inicia proyectos hasta completarlos sintiéndose orgulloso de sus logros. La crisis psicosocial es industria o laboriosidad versus inferioridad (sentimiento de inferioridad si no logra realizar las tareas encomendadas), siendo la fuerza básica la competencia. Los profesores juegan un papel crucial en esta etapa. Cuando se apoya al niño y se le refuerza en su trabajo, sentirá que es capaz de alcanzar su meta, sino se va instalando un sentimiento de inferioridad. Un riesgo en esta etapa es que únicamente se dé valor al trabajo, sacrificando la imaginación y la creatividad.

Finalmente se llega al estadio V, Adolescencia (12-20 años), que es cuando la crisis psicosocial, tal como se ha mencionado anteriormente, es alcanzar la identidad en

contraposición a la confusión de roles (desenlace desfavorable). El radio de relaciones significativas en este periodo son el grupo de amigos, grupos externos y modelos de liderazgo. Muchas veces el adolescente está más preocupado por lo que él puede aparentar en los ojos de los demás, o sea la imagen que proyecta, que en cómo él realmente se siente.

En la búsqueda de la identidad pueden necesitar repasar las crisis psicosociales vividas previamente, siendo la más relevante la primera, la de confiar en los demás y en uno mismo. Luego está el segundo estadio en el cual debe haber adquirido la cualidad básica de la voluntad, que le permitirá buscar oportunidades para decidir libremente en cada momento. El adolescente suele tener un miedo atroz a quedar en ridículo, prefiriendo actuar sin pudor, de forma libre, contradiciendo sus superiores antes que realizar una actividad que pudiera parecer vergonzoso ante sus ojos o los de sus pares. Necesitan sentir la afirmación de sus iguales. De la misma forma, el adolescente puede ser muy intransigente y nada tolerante con las diferencias culturales, sociales, físicas o raciales, de aptitudes o características individuales, siendo una forma de defensa ante el sentimiento de pérdida de identidad. La fuerza básica de este estadio es la Fidelidad.

Más allá de la identidad del adolescente, encontramos la crisis de intimidad que aparece en el estadio VI o Juventud (20-25 años). Solo cuando la formación de la identidad es sólida puede aventurarse con la intimidad (desenlace favorable) que consiste en una fusión de identidades, siendo la fuerza básica el Amor. El joven que no se siente seguro con su identidad rehúye las relaciones interpersonales íntimas para ir en busca de actos íntimos más bien promiscuos, sin una verdadera fusión y entrega. El joven, o adolescente tardío, que no es capaz de superar favorablemente este estadio desarrolla un sentimiento de aislamiento (desenlace desfavorable) que le suele ser doloroso pues carecerá del sentimiento de haberse encontrado a sí mismo.

Conocer los estadios de la construcción de la identidad, sobre todo lo que acontece en la adolescencia y la juventud, son importantes para comprender las potencialidades y los riesgos de cada etapa vital

### **Conductas de alto riesgo en la adolescencia.**

Según la OMS (2020, p.64), los cambios en los adolescentes se ven sometidos a presiones para consumir alcohol, tabaco u otras drogas y para empezar a tener relaciones sexuales, y ello a edades cada vez más tempranas, lo que entraña para ellos

un elevado riesgo de traumatismos, tanto intencionados como accidentales, embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (ITS), entre ellas el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Muchos de ellos también experimentan diversos problemas de adaptación y de salud mental. Los patrones de conducta que se establecen durante este proceso, como el consumo o no consumo de drogas o la asunción de riesgos o de medidas de protección en relación con las prácticas sexuales, pueden tener efectos positivos o negativos duraderos en la salud y el bienestar futuros del individuo. De todo ello se deduce que este proceso representa para los adultos una oportunidad única para influir en los jóvenes.

Los adolescentes son diferentes de los niños pequeños y también de los adultos. Más en concreto, un adolescente no es plenamente capaz de comprender conceptos complejos, ni de entender la relación entre una conducta y sus consecuencias, ni tampoco de percibir el grado de control que tiene o puede tener respecto de la toma de decisiones relacionadas con la salud, por ejemplo, decisiones referidas a su comportamiento sexual.

Esta incapacidad puede hacerlo particularmente vulnerable a la explotación sexual y a la asunción de conductas de alto riesgo. Las leyes, costumbres y usanzas también pueden afectar a los adolescentes de distinto modo que a los adultos. Así, por ejemplo, las leyes y políticas a menudo restringen el acceso de los adolescentes a la información y los servicios de salud reproductiva.

En los casos en que sí tienen acceso a servicios de esta índole, puede ocurrir que la actitud de las personas encargadas de dispensarlos muestre frente a los adolescentes sexualmente activos, un obstáculo importante para la utilización de esos servicios.

Por otro lado, los adolescentes dependen de su familia, su comunidad, su escuela, sus servicios de salud y su lugar de trabajo para adquirir toda una serie de competencias importantes que pueden ayudarles a hacer frente a las presiones que experimentan y hacer una transición satisfactoria de la infancia a la edad adulta. Los padres, los miembros de la comunidad, los proveedores de servicios y las instituciones sociales tienen la responsabilidad de promover el desarrollo y la adaptación de los adolescentes y de intervenir eficazmente cuando surjan problemas.

## **El Embarazo Adolescente**

Rodríguez (citado por Calderón, 2020, p.6) reseña que el embarazo adolescente o embarazo precoz es aquel que ocurre entre la adolescencia inicial o pubertad, entre el comienzo de la edad fértil y el final de la adolescencia. En esta etapa, comúnmente se ha diferenciado dos intervalos que comprenden: la adolescencia precoz (de los 10 a los 14 años) y la adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años), sin embargo, otros expertos se han referido a tres etapas de conformidad a los cambios físicos y evolutivos, y estas se definirían en: adolescencia temprana (entre los 10 y 13 años), adolescencia media (entre los 14 y 16 años) y adolescencia tardía (entre los 17 y 19 años)

Vallejo (citado por Calderón, 2020, p.7) determina que, las complicaciones relacionadas con el embarazo se reportan entre las principales causas de muerte de las mujeres entre 15 y 19 años en casi todas las regiones de América Latina y el Caribe. Aunque la adecuada atención durante el embarazo puede minimizar en mucho los resultados desfavorables, esto no es así en el 100% de los casos. Se reconocen una extensa gama de complicaciones biológicas cuya incidencia es superior en las madres adolescentes, las cuales abarcan todos los trimestres del embarazo, todos los periodos del parto y afectan tanto a la joven madre como a su hijo.

La Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la salud (2018) señalan que América Latina y el Caribe continúan siendo las subregiones con la segunda tasa más alta en el mundo de embarazos adolescentes

Dicha organización sugiere una serie de recomendaciones para reducir el embarazo adolescente, que van desde apoyar programas multisectoriales de prevención dirigidos a los grupos en situación de mayor vulnerabilidad, hasta un mayor acceso a métodos anticonceptivos y educación sexual, entre otros.

La tasa mundial de embarazo adolescente se estima en 46 nacimientos por cada 1.000 niñas, mientras que las tasas de embarazo adolescente en América Latina y el Caribe continúan siendo las segundas más altas en el mundo, estimadas en 66.5 nacimientos por cada 1,000 niñas de entre 15 y 19 años, y son sólo superadas por las de África subsahariana, indica el informe “Aceleración del progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe”.

Aunque en los últimos 30 años en América Latina y el Caribe la fecundidad total - es decir, el número de hijos por mujer- ha disminuido, las tasas de fecundidad en las adolescentes se han reducido ligeramente, señala el informe. Además, es la única región

del mundo con una tendencia ascendente de embarazos en adolescentes menores de 15 años, según reporta UNFPA. Se estima que cada año, en la región, un 15% de todos los embarazos ocurre en adolescentes menores de 20 años y 2 millones de niños nacen de madres con edades entre los 15 y los 19 años.

Las tasas de fertilidad en adolescentes siguen siendo altas. Afectan principalmente a las poblaciones que viven en condiciones de vulnerabilidad y muestran las desigualdades entre y dentro de los países. El embarazo en la adolescencia puede tener un profundo efecto en la salud de las niñas durante su curso de vida. No sólo obstaculiza su desarrollo psicosocial, sino que se asocia con resultados deficientes en la salud y con un mayor riesgo de muerte materna. Además, sus hijos están en mayor riesgo de tener una salud más débil y caer en la pobreza. (Carissa F. Etienne, Directora de la OPS)

La mortalidad materna es una de las principales causas de muerte en las adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años en la región de las Américas. A modo de ejemplo, en 2014, fallecieron cerca de 1900 adolescentes y jóvenes como resultado de problemas de salud durante el embarazo, el parto y el posparto. A nivel global, el riesgo de muerte materna se duplica en madres más jóvenes de 15 años en países de ingreso bajo y mediano. Las muertes perinatales son un 50% más alta entre recién nacidos de madres menores de 20 años comparado con los recién nacidos de madres de 20 a 29 años, indica el informe.

La falta de información y el acceso restringido a una educación sexual integral y a servicios de salud sexual y reproductiva adecuados tienen una relación directa con el embarazo adolescente. Muchos de esos embarazos no son una elección deliberada, sino la causa, por ejemplo, de una relación de abuso. Reducir el embarazo adolescente implica asegurar el acceso a métodos anticonceptivos efectivos. (Caballero, E Director Regional de UNFPA para América Latina y el Caribe)

El informe señala que en algunos países las niñas adolescentes sin educación o con sólo educación primaria tienen cuatro veces más posibilidad de quedar embarazadas que adolescentes con educación secundaria o terciaria. De la misma manera, la probabilidad de empezar a concebir hijos es entre tres y cuatro veces mayor en las adolescentes de hogares en el quintil inferior en comparación con las que viven en los quintiles más altos

en el mismo país. Las niñas indígenas, en particular en áreas rurales, también tienen una mayor probabilidad de tener un embarazo a temprana edad.

Muchas niñas y adolescentes tienen que abandonar la escuela debido a un embarazo, lo que tiene un impacto a largo plazo en las oportunidades de completar su educación e incorporarse en el mercado laboral, así como participar en la vida pública y política. Como resultado, las madres adolescentes están expuestas a situaciones de mayor vulnerabilidad y a reproducir patrones de pobreza y exclusión social. (Perceval, M. Directora Regional de UNICEF)

### **Embarazo adolescente en números (OMS, 2018)**

- La mayoría de los países con las tasas estimadas más elevadas de fecundidad en adolescentes en América Latina y el Caribe están en América Central, encabezados por Guatemala, Nicaragua y Panamá. En el Caribe, son República Dominicana y Guyana con las tasas estimadas de fecundidad en adolescentes más elevadas. En América del Sur, Bolivia y Venezuela tienen las tasas más altas.
- Las tasas de fecundidad en adolescentes en América Latina y el Caribe van de 15,8 cada 1000 mujeres a 100,6 cada 100 mujeres para el período 2010-2015.
- La tasa total de fecundidad en América Latina y el Caribe ha disminuido de 3,95 nacimientos por mujer en el período 1980-1985 a 2,15 nacimientos por mujer en 2010-2015.
- Si bien la tasa de fecundidad específica por edad (número de nacimientos por 1000 mujeres) descendió de manera significativa en la mayor parte de los grupos etarios en mujeres adultas (mayores de 18 años) hasta la mitad o menos que en 1980-1985, la tasa de fecundidad en las adolescentes disminuyó de manera más lenta (de 88,2 a 66,5).
- Las tasas de fecundidad en adolescentes en Estados Unidos y Canadá se sitúan por debajo del promedio mundial y han descendido en forma sostenida durante el último decenio.
- En Estados Unidos, se registró una disminución record de la fecundidad en adolescentes en todos los grupos étnicos, con un descenso del 8% entre 2014 y 2015, hasta un mínimo histórico de 22,3 nacimientos por 1000 adolescentes de 15 a 19 años.

- En el mundo, cada año quedan embarazadas aproximadamente 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años, y 2 millones de adolescentes menores de 15 años.
- De las 252 millones de adolescentes entre 15 y 19 años que vive en las distintas regiones en desarrollo del mundo, se estima que unos 38 millones están sexualmente activas y no desean tener hijos en los siguientes dos años.
- Cerca de 15 millones de estas adolescentes usan algún método anticonceptivo moderno; las 23 millones restantes necesitan acceso y no lo tienen, por lo que están en riesgo de tener un embarazo involuntario.
- Cubrir la necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos en las adolescentes de 15 a 19 años permitiría evitar cada año 2,1 millones de nacimientos no planificados; 3,2 millones de abortos y 5 600 muertes maternas.

### **Prevención el embarazo adolescente.**

El informe de la OMS (2020) plantea una serie de recomendaciones para reducir el embarazo adolescente, que involucran desde acciones para generar leyes y normas, hasta trabajos de educación a nivel individual, familiar y comunitario:

- Promover medidas y normas que prohíban el matrimonio infantil y las uniones tempranas antes de los 18 años.
- Apoyar programas de prevención de embarazo basados en la evidencia que involucren a varios sectores y que apunten a trabajar con los grupos más vulnerables.
- Aumentar el uso de anticonceptivos.
- Prevenir las relaciones sexuales bajo coacción.
- Reducir significativamente la interrupción de embarazos en condiciones peligrosas.
- Aumentar el uso de la atención calificada antes, durante y después del parto.
- Incluir a las jóvenes en el diseño e implementación de los programas de prevención de embarazo adolescente.
- Crear y mantener un entorno favorable para la igualdad entre sexos y la salud y los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes.

### **Causas del embarazo adolescente.**

El embarazo adolescente proviene de múltiples causas como es la falta de educación sexual esto debido principalmente a una carencia familiar y de la falta de información objetiva sobre los métodos anticonceptivos u otros métodos para evitar el embarazo.

También hay que ser hincapié al creciente uso de alcohol y drogas desde una edad muy temprana y al libertinaje de la adolescente.

El embarazo adolescente tiene implicaciones a nivel psicológico, familiar y social, y como consecuencia la pérdida de oportunidades educativas y laborales, madres solteras, matrimonio precoz, pérdida o aplazamiento de metas, baja autoestima, aislamiento, mayor riesgo de enfermedades, aborto y a las grandes responsabilidades a temprana edad además se presentan riesgos perinatales como es el bajo peso al nacer mortalidad y morbilidad infantil. La madre adolescente y su familia entre un problema particularmente conflictivo

La mayoría de las madres adolescentes son de escasos recursos. Suelen ser fumadoras, toman alcohol y/o consumen drogas. Suelen ser muy vulnerables, tienen bajo autocontrol y poca confianza en sí mismas. En general poseen escasa y distorsionada información sobre los métodos anticonceptivos, información que con frecuencia obtienen de sus amigos que están tan desinformados como ellas. Adelanto de la edad de la primera regla, que coincide con el inicio precoz de las relaciones.

Aunque existe más información y medios para evitarlo rechazan el uso de anticonceptivos, consideran el sexo romántico y apasionado, son relaciones de riesgo, no planificadas.

### **Enfermedades de transmisión sexual en el embarazo.**

Asimismo, las infecciones de transmisión sexual (ITS), de acuerdo a la OMS, representan un problema de salud pública a nivel mundial. Diariamente se infectan 900 mil personas. La prevalencia se estima en billones de casos. Las ITS pueden afectar a toda la población siendo el grupo de adolescentes embarazadas uno de los más vulnerables. Algunos factores que predisponen a las ITS en este grupo poblacional son: la inmadurez genital, las modificaciones fisiológicas del embarazo, el número de parejas sexuales y condiciones socioculturales. (Uribe et al, 2008)

Las ETS pueden tener casi las mismas consecuencias en las mujeres embarazadas como en las que no lo están. Las ETS pueden causar cáncer del cuello uterino y otros tipos de cáncer, hepatitis crónica, enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad y otras complicaciones. Muchas ETS que afectan a las mujeres son silenciosas, es decir, se presentan sin síntomas o signos. Una mujer embarazada puede transmitir una ETS a su hijo antes, durante o después del nacimiento del bebé. Ciertas ETS (como la sífilis)

atraviesan la placenta e infectan al bebé mientras está en el útero (matriz). Otras ETS (como la gonorrea, la clamidia, la hepatitis B y el herpes genital) pueden ser transmitidas de la madre a su bebé al momento del nacimiento, cuando el bebé pasa por la vía del parto.

El VIH puede atravesar la placenta durante el embarazo, infectar al bebé durante el trabajo de parto y, a diferencia de casi todas las otras ETS, puede infectar al bebé a través de la lactancia materna.

Una mujer embarazada que tiene una enfermedad de transmisión sexual puede también presentar un parto antes de término, ruptura prematura de las membranas que rodean al bebé en el útero e infección uterina después del parto. Entre los efectos dañinos que pueden causar las ETS en los bebés se incluyen mortinatos (bebé que nace muerto), bajo peso al nacer (menos de cinco libras), conjuntivitis (infección de los ojos), neumonía, septicemia neonatal (infección en la sangre del bebé), daño neurológico, ceguera, sordera, hepatitis aguda, meningitis, enfermedad hepática crónica y cirrosis (enfermedades del hígado). Casi todos estos problemas se pueden prevenir si la madre recibe cuidados prenatales de rutina que incluyan pruebas de detección de ETS en las etapas tempranas del embarazo y, si es necesario, la repetición de estas pruebas cuando se acerque la fecha del parto. Otros problemas pueden ser atendidos si la infección se detecta al momento del parto. (Álvarez & Argandoña, 2015, p.13)

Sin embargo, es menester resaltar que, la ley de Salud Sexual y Procreación Responsable garantiza no sólo la provisión de métodos modernos, sino también brindar información a los adolescentes que lo soliciten, así como capacitar el personal encargado de esta atención. La educación sexual integral, por su parte garantiza, si se implementa, que todas las niñas, niños y adolescentes reciban la información necesaria para el autocuidado y el ejercicio de sus derechos. Una campaña para prevenir el embarazo no intencional en la adolescencia es un instrumento potente para promover y garantizar a niñas, niños y adolescentes el derecho a la información, el ejercicio libre de su sexualidad, así como brindarles herramientas para decidir de manera informada acerca de las formas de prevenir situaciones no elegidas.

### **Métodos Anticonceptivos (MAC)**

La Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMADA) considera a los métodos anticonceptivos más efectivos, los siguientes:

- *Método anticonceptivo de Corta Duración.*

Son métodos compuestos con diferentes dosis, formulaciones hormonales y diferentes vías de administración, como son las píldoras anticonceptivas, el inyectable mensual, inyectable trimestral, parches dérmicos y anillo vaginal.

Estos son métodos muy eficaces, pero van a depender del compromiso y del cumplimiento de la mujer que debe utilizar el MAC de manera regular, por ejemplo: no olvidar la toma diaria en el caso de las pastillas, la aplicación del inyectable mensual en tiempo, el cambio del parche semanal, etc.

Esto hace que el método tenga una tasa de falla del 9%, o sea 9 de cada 100 mujeres pueden quedar embarazadas al usar métodos de corta duración, ya que por ejemplo, el 50 % de las mujeres en general olvidan entre 1 a 3 píldoras por mes, lo que hace que disminuya la efectividad.

• *Método anticonceptivo de Larga Duración.*

Son métodos que deben ser colocados por un profesional de la salud, habitualmente de manera rápida y sencilla en la consulta. Son reversibles, por lo tanto, al retirarlo la mujer puede quedar embarazada inmediatamente.

La gran ventaja es que duran entre 3 y 5 años o más según el método, o sea, no dependen de acordarse de comprarlos, ni de la rutina diaria. Eso hace que sean muy seguros, eficaces y costo-efectivos.

Se pueden utilizar a cualquier edad, desde la adolescencia, hayas tenido o no hijos o embarazos previos.

Estos Métodos son el DIU de cobre con una duración entre 3 y 10 años según el modelo, el DIU liberador de hormonas o SIU, del que hay 2 tipos, uno de 3 años y otro de 5 años de duración (varían según el tamaño y la carga hormonal) y el implante subdérmicos de 3 años de duración.

La posibilidad de falla de estos métodos es menor al 1 %, o sea menos de 1 embarazo cada 100 mujeres.

Tienen un alto grado de satisfacción, por lo que según distintos trabajos de investigación el 88 % de las mujeres los siguen utilizando luego de 1 año.

Pueden utilizarse inmediatamente luego de un parto, cesárea o aborto, lo que hace considerar el uso de estos métodos como de primera línea para la prevención del embarazo no intencional.

- *Métodos Anticonceptivos irreversibles*

Son también denominados como anticoncepción quirúrgica. En la mujer es la ligadura Tubaria y en el hombre la vasectomía.

La ligadura tubaria es un procedimiento quirúrgico, seguro, que consiste en la obstrucción mecánica de las Trompas de Falopio, lo que evita que los espermatozoides encuentren al ovulo impidiendo su fertilización.

Se puede realizar durante la cesárea o posteriormente mediante una laparoscopia, de manera ambulatoria, no requiere internación.

La vasectomía consiste en la interrupción de los conductos deferentes, en el testículo, con lo cual se impide que los espermatozoides lleguen al semen, por lo que el eyaculado no tiene espermatozoides, es efectiva luego de 3 meses de realizada, que es el tiempo en el cual se garantiza que no queden espermatozoides en el eyaculado. También es ambulatoria, con anestesia local y no requiere internación.

El preservativo o condón es un método de barrera que protege tanto de un embarazo como de las infecciones de transmisión sexual (ITS)

Es el único método que previene las ITS al evitar el contacto de las superficies vaginal o anal con los gérmenes como ser HPV, Herpes virus, Sífilis, el virus del VIH, Clamidas, Tricomonas, etc.

Es el método con el cual se realiza la “doble protección”, o sea el uso de cualquier MAC más el condón, con el fin de evitar tanto el embarazo como las ITS.

Hay que tener en cuenta ante la ruptura o no uso del mismo, si no se está utilizando otro método, el uso de la anticoncepción hormonal de emergencia. Es la mal llamada "píldora del día después", ya que debe ser utilizada lo antes posible para evitar el embarazo, si bien es efectiva hasta 72 hs. posteriores a la relación sexual.

El anticonceptivo de emergencia no tiene contraindicaciones y no presenta riesgos para la salud. Su mecanismo de acción es la inhibición de la ovulación y dificultar el ascenso de los espermatozoides por espesar el moco del cuello uterino. Ante cualquier duda frente a una relación sexual no protegida, debe ser utilizada para prevenir un embarazo no planificado.

### **Puerperio y métodos anticonceptivos**

Durante el puerperio la anticoncepción adquiere una dimensión especial si se tiene en cuenta que el método seleccionado debe garantizar el mantenimiento de la lactancia y la salud del binomio madre-hijo. Además de la importancia de un adecuado espaciamiento de los embarazos, como primera medida para reducir el riesgo de morbilidad y mortalidad materno-infantil. El abordaje de la Salud Sexual y Reproductiva sitúa al equipo de salud frente a personas que en la mayoría de los casos no acuden por una enfermedad, sino que están sanas y necesitan tomar decisiones sobre un aspecto íntimo, delicado y complejo de la propia vida: la sexualidad.

Forma parte de la atención integral en salud, siendo muchas veces la única oportunidad que tienen las personas de plantear a un equipo de salud aquellas cuestiones vinculadas a su sexualidad.

El posparto es una etapa en la vida de la mujer con características psicológicas y biológicas muy peculiares, que lo hacen un período con requerimientos especiales en materia de salud y en particular, sobre anticoncepción. Los métodos disponibles en la actualidad son apropiados para este período, pero el asesoramiento relativo a su utilización difiere del que se da para el uso corriente debido a la condición de la mujer respecto de la lactancia

A efecto de aprovechar la oportunidad de atender integralmente a las mujeres en edad fértil se orienta la elección de métodos anticonceptivos más adecuado según la condición de salud y necesidades reproductivas, antes de que las puérperas egresen de la unidad de salud. Las mujeres que no usan métodos anticonceptivos resultan con embarazos ocurridos en un corto período intergenésico, alto riesgo obstétrico y en incremento de la ya elevada tasa de fecundidad.

Es importante considerar que el temor a otro embarazo, la necesidad de la mujer de reincorporarse a su trabajo remunerado, sus condiciones de salud y las presiones familiares, sociales o económicas influyen en la decisión de cuando iniciar un método anticonceptivo y que método utilizar. (Arguello & Osejo, 2014 p.7)

### **Aspectos legales del uso de los Métodos Anticonceptivos**

La ley de Salud Sexual y Procreación Responsable Nro. 25673, (Dcto 1282/2003) garantiza no sólo la provisión de métodos modernos, sino también brindar información a las adolescentes que lo soliciten, así como capacitar el personal encargado de esta

atención. La educación sexual integral, por su parte garantiza, si se implementa, que todas las niñas, niños y adolescentes reciban la información necesaria para el autocuidado y el ejercicio de sus derechos. Una campaña para prevenir el embarazo no intencional en la adolescencia es un instrumento potente para promover y garantizar a niñas, niños y adolescentes el derecho a la información, el ejercicio libre de su sexualidad, así como brindarles herramientas para decidir de manera informada acerca de las formas de prevenir situaciones no elegidas.

En 1985 el Estado argentino reconoció los derechos reproductivos y derechos sexuales como derechos humanos mediante la ratificación de la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, y en 1994 se los invistió de jerarquía constitucional, incorporándolos a la Carta Magna mediante el artículo 75, inciso 22 de la Constitución Nacional (CN).

A partir de este hecho e impulsado por el movimiento de mujeres, en trece jurisdicciones provinciales se aprobaron leyes de salud sexual y salud reproductiva: Chaco (ley 4276 de 1999), Mendoza (ley 6433 de 1996), Neuquén (ley 2222 de 1997), Misiones (decreto 92/98), Jujuy (ley 5133 (1999), Chubut (ley 4545 de 1999), San Juan (resolución 628/00), CABA (ley 418 de 2000), Río Negro (ley 3450 de 2000), Santa Fe (ley 11.888 de 2001), La Pampa (ley 1363 de 2001), Tierra del Fuego (ley 509 de 2001), La Rioja (ley 7049 de 2002).

La Ley Argentina sobre el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) promulgada en noviembre de 2002, promueve la creación de un programa de salud pública en el ámbito del Ministerio de Salud. Con el propósito de garantizar los derechos sexuales y los derechos reproductivos de toda la población y disminuir las desigualdades que afectan la salud sexual y la salud reproductiva, desde una perspectiva de derechos y de género.

El PNSSyPR fue el primer paso de un nuevo paradigma de derechos que consistió en la sanción de distintas normas destinadas a garantizar el cumplimiento efectivo de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Los objetivos de este programa incluyen alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable, reducir la morbimortalidad materno-infantil, promover la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable, entre otros objetivos.

En el año 2015 el Código Civil de la Nación se modificó íntegramente (La ley 26.994 creó el Código Civil y Comercial de la Nación y la ley 27.077 fijó su entrada en vigencia: 01/98/2015) incluyendo en su articulado el ejercicio del derecho a la salud como derecho personalísimo, a su vez que instaura un nuevo régimen de capacidad para el ejercicio del mismo. Este hito nacional implicó un gran avance en materia de autonomía de las personas.

### **La situación en Jujuy**

En tanto que, en la provincia de Jujuy, se crea y lanza el Programa Provincial de Maternidad y Paternidad Responsable. A través de la Ley Provincial N° 5133/2000, cuyos objetivos son:

- a) Educar a la comunidad en general, en particular a las familias, los jóvenes, hombres y mujeres, sobre maternidad y paternidad responsable, el autocuidado de la salud integral y el cuidado de la salud de los niños desde su concepción.
- b) Prevenir enfermedades de transmisión sexual.
- c) Disminuir la morbimortalidad perinatal y materna, atacando los flagelos que la provocan, como la ignorancia, el abandono personal, el descuido, la desnutrición, la violencia familiar, etc.
- d) Contribuir a la disminución y progresiva eliminación del número de abortos provocados, concientizando, informando y asesorando a la población en forma permanente y continua acerca de los efectos negativos de las prácticas abortivas que atentan contra la vida y la salud.

Según datos oficiales, las cifras más elevadas se dieron en 2015 con 13.265 embarazos, de los cuales un 19 % corresponde a madres menores de 20 años, de ese porcentaje un 18,5 % fueron madres de entre 15 a 19 años y un 0,5 % menores de 15 años. En tanto que, en 2017, los datos apuntan a 11.990 embarazos, de los cuales el 16,2 % se ubicó en menores de 20 años, el 15,9 % en jóvenes de entre 15 y 19 años y un 0,29 % en madres menores de 15 años. Estas cifras surgen de un estudio realizado por la Dirección de Bioestadística de la Provincial (DB). En cuanto a la mortalidad materna, el total país se ubica en 3,9 muertes cada 10.000 nacidos vivos. En el Noroeste y Noreste es casi el doble: 5,3 y 6,0 y en Jujuy se ubica en un 3,2 % cada 10.000 nacidos vivos. (Dirección de Bioestadística de Jujuy, 2017)

Es por lo que, el Plan Embarazo No Intencional Adolescente (ENIA) se ejecutará en 12 provincias cuyos índices son los más altos respecto a embarazos no deseados (regiones NOA, NEA y conurbano bonaerense), y en Jujuy, en los Departamentos con las cifras más críticas.

El embarazo adolescente no intencional es una problemática que afecta a la salud física y psíquica de niñas, adolescentes y jóvenes, profundiza la desigualdad de género, produce la interrupción de los estudios en los establecimientos educativos, y dificulta la inserción laboral de mujeres en ejercicio de una maternidad no buscada, que son las que más perjuicios tienen para conseguir trabajo.

Por lo tanto, el Plan busca trabajar integralmente en cuatro ejes: sensibilizar a la comunidad en general y a la población adolescente en particular sobre la importancia de prevenir y disminuir el embarazo no intencional en la adolescencia; mejorar la oferta en servicio de salud sexual y reproductiva en relación a la disponibilidad de anticonceptivos, accesibilidad, calidad y aceptabilidad de las prestaciones; potenciar las decisiones informadas de varones y mujeres adolescentes en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos; y fortalecer las políticas para la prevención de abuso y violencia sexual y garantizar el acceso a la interrupción legal del embarazo según el marco normativo vigente.

El Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia (ENIA), señala que cada año nacen cerca de 110 mil bebés de madres menores de 20 años. Siete de cada 10 adolescentes de entre 15 y 19 años reportan en el momento del posparto que ese embarazo no fue intencional. En las menores de 15 años esa cifra aumenta a 8 de cada 10 y la mayoría de esos embarazos son consecuencia de abuso sexual. El 30% de las jóvenes de entre 15 y 29 años que abandonó el secundario, lo hizo por embarazo o maternidad.

El plan considera que para combatir este problema es necesario que los adolescentes tengan las oportunidades y las herramientas para informarse, reciban asesoramiento y contención, accedan a métodos anticonceptivos y puedan vivir su sexualidad con plenitud, responsabilidad y libertad.

En sintonía con lo que propone el Plan Nacional de ofrecer estas posibilidades, oportunidades y accesibilidad, es necesario conocer también a los efectos de hacer operativos los dispositivos institucionales- las expectativas de las adolescentes sobre los MAC y las experiencias vivenciadas al respecto.

### ¿Qué son las expectativas?

Desde el comienzo de la psicología, el término expectativa ha sido utilizado en distintos contextos teóricos. De acuerdo a Navas (1990), el término expectativa se usó por primera vez en el análisis motivacional de la conducta hecho por teóricos tales como Edward Tolman y Kurt Lewin. A través de la literatura se describen las expectativas como “*la anticipación de un evento o consecuencia futura*” (Escoriza, 1985), como “*creencias generalizadas que tenemos acerca de un objeto social*” (Ros, 1985, en Navas, 1990), como “*un referente comparativo, categorizado por el nivel de deseo y/o categorizado por el nivel de abstracción*” (Oliver & Winer, 1987 en Oliver, 1997).

Las expectativas que presenta el usuario, tienen que ver con lo que esperan recibir como servicio. De modo que, si aceptamos la existencia de una calidad técnica y otra asociada a elementos intangibles o del proceso de prestación, se puede hablar de expectativas tangibles y expectativas intangibles. (Marzo & Cols, 2002)

También, es posible establecer la distinción entre expectativas cognitivas y expectativas afectivas, las primeras tendrían un carácter más general asociadas a las creencias anticipatorias de determinado servicio y su calidad, mientras las segundas, estarían directamente asociadas a la experiencia afectiva y su confirmación, que conlleva al sentimiento de satisfacción o insatisfacción. La escuela cognitiva de la psicología presupone que todo comportamiento está dirigido al logro de una meta. Las necesidades y las experiencias del pasado son razonadas, categorizadas y transformadas en actitudes y creencias que actúan como predisposiciones para el comportamiento, teniendo, por consiguiente, un rol en la formación de expectativas.

Desde la psicología cognitiva, la expectativa es definida como la evaluación subjetiva de la probabilidad de alcanzar una meta concreta (Reeve, 1994), constituyendo una estructura de conocimiento basada en la experiencia que permite predecir la probabilidad de que se dé un acontecimiento o una consecuencia. En la anticipación de resultados están implícitas las evaluaciones subjetivas de la probabilidad de conseguir tal meta. Para Bandura (1977, 1986, en Reeve, 1994) las expectativas se crean y cambian a partir de cuatro antecedentes: *experiencia directa, experiencia indirecta u observación, persuasión verbal y estado fisiológico*, siendo el primero el mayor determinante. Finalmente, la evaluación de éxito o fracaso asociado a la expectativa puede ser objetiva o subjetiva.

En relación a las expectativas como anticipaciones o predicciones de un evento futuro, Oliver (1997) señala que quien recibe un servicio o accede a él, lo que puede predecir es

el resultado de la ejecución, pudiendo focalizarse en diferentes grados de abstracción. Según Howard y Sheth (en Oliver, 1997), lo que anticipa el sujeto es la satisfacción, abriéndose la pregunta acerca de *¿Qué aspecto del producto o servicio anticipa como satisfacción?*

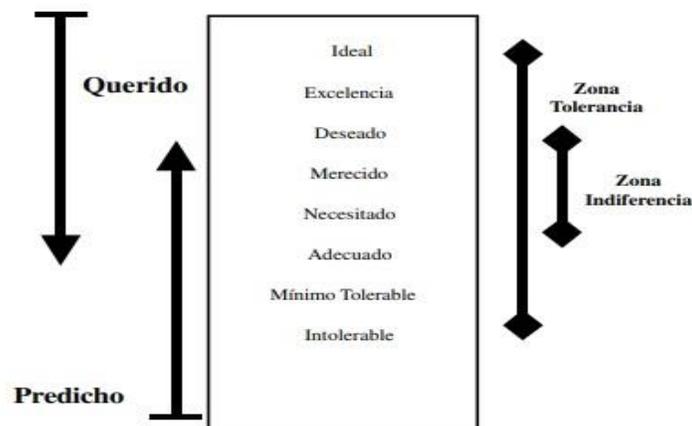
Una de las posibles respuestas está asociada a la experiencia afectiva que predice como resultado de la ejecución. Teóricamente, la evaluación que hace el cliente acerca del servicio recibido se basa en dos estándares, el servicio esperado o expectativas de servicio y el servicio adecuado o el mínimo aceptable. Entre ambas condicionantes de la evaluación, existiría un rango de tolerancia que separa el servicio esperado del considerado aceptable, de manera que el cliente evalúa en función de este rango.

El servicio esperado está sujeto al cambio a nivel de servicio adecuado. La zona de tolerancia varía entre los clientes, expandiéndose o reduciéndose en base a la experiencia y las necesidades personales.

Para Oliver, las expectativas pueden ser clasificadas según el nivel de deseo y/o según el nivel de abstracción. Según el nivel de deseo, para Zeithalm, Parasuraman y Berry las expectativas como referentes comparativos estarían asociadas a una Zona de tolerancia en un rango de nivel deseado a nivel adecuado, mientras Miller (1977) distingue entre los niveles

- a) Deseado o Ideal (“puede ser”).
- b) Nivel Esperado o Predicho (“quiero que sea” - “podría ser”).
- c) Mínimo Aceptable (“tiene que ser”).
- d) Nivel Merecido (“debería ser”).

**Figura 1**



Según su nivel de abstracción, Oliver & Winer (1987) diferencian entre expectativas pasivas y expectativas activas. Éstas estarán asociadas a resultados conocidos que varían según el grado de certeza y las asociadas a resultados no conocidos. El servicio esperado tiene el valor de especificaciones de calidad (Parasuraman, 1999).

Cuando una organización entrega un servicio de calidad, éste generará un valor percibido positivamente por parte del cliente. El valor es un aspecto que el cliente busca en un servicio conforme con las expectativas relacionadas con aquello que se le ofrece. (Spreng y Mackoy, 1996; Cobra, 2000)

En otra concepción, la expectativa, como base del paradigma de profecía autocumplida, es considerada un determinante poderoso de la interacción y los resultados (Merton, 1948). Una predicción basada en creencias falsas pone en marcha un procedimiento que la convierte en verdadera, siendo la expectativa la que produce el resultado. Si consideramos esta concepción, nos encontramos con implicancias importantísimas toda vez que serían las expectativas más que la experiencia las que explican la satisfacción e insatisfacción más allá del rendimiento propiamente tal. Siendo relevante entonces, no tanto la experiencia en sí como la expectativa asociada y la explicación de la experiencia. Así, juegan también un rol importante las atribuciones causales, ya que tienen como consecuencia reacciones afectivas u reacciones cognitivas que incluyen las expectativas.

En el modelo atribucional de Weiner (1985), se señala que la dimensión causal de estabilidad estaba relacionada con la expectativa, y surgían como efecto primario de la misma los cambios de expectativas. Parece, por tanto, que las expectativas son función de las atribuciones causales.

### **¿Qué son las experiencias?**

En este apartado nos apoyamos en los aportes teóricos de Jara Holliday, O (2018, p. 52-54), en su libro, *La Sistematización de experiencias*, donde las conceptualiza de la siguiente manera:

Las experiencias son procesos socio-históricos dinámicos y complejos, personales y colectivos. No son simplemente hechos o acontecimientos puntuales. Las experiencias están en permanente movimiento y abarcan un conjunto de dimensiones objetivas y subjetivas de la realidad histórico-social. Por ejemplo:

- a) Condiciones del contexto: toda experiencia se hace siempre en determinadas condiciones de un contexto económico, social y político en el ámbito local, regional, nacional o mundial. El momento histórico, el espacio geográfico y el entorno sociocultural son la condición de posibilidad de cada experiencia, fuera de los cuales no es factible entenderla, pues forman parte de su realización. En este sentido, el contexto no es algo exterior a la experiencia, sino una de sus dimensiones, ya que ella no sería, no estaría siendo o no habría sido, sino es en y por ese contexto.
- b) Situaciones particulares: ninguna experiencia se puede llevar a cabo fuera de una determinada conjunción de situaciones específicas, que pueden ser institucionales, organizacionales, grupales o personales; es decir, unas circunstancias, un espacio y un lugar, en los cuales se vive una experiencia y que le dan su dimensión propia e irrepetible.
- c) Por otro lado, la experiencia siempre está constituida por acciones; es decir, por cosas que hacemos (o dejamos de hacer) las personas. De forma intencionada o inintencionada; planificada o imprevista; dándonos cuenta de su realización o sin reconocerla mientras las realizamos.
- d) También en toda experiencia están presentes las percepciones, sensaciones, emociones e interpretaciones de cada una de las personas que viven esas experiencias, es decir de sus protagonistas.
- e) Además, las experiencias incluyen, al realizarse, determinados resultados o efectos que modifican en todo o en parte los elementos o factores existentes anteriormente. Esto significa, por tanto, que se trata de procesos en los que se generan reacciones en las personas que intervienen, las cuales se van entrelazando de forma objetiva y subjetiva con todos los otros factores presentes en la experiencia.
- f) Por último, este tejido multicolor de elementos genera y construye relaciones entre las personas que vivimos las experiencias. Estas relaciones no solo han sido mediadas por los otros factores que intervinieron, sino que también serán factores importantes – y hasta decisivos– del proceso que se irá desencadenando posteriormente. Hablamos aquí de relaciones sociales y personales, que son siempre relaciones de poder: de subordinación, de resistencia, de opresión, de solidaridad o de crecimiento mutuo, como profundizaremos más adelante.

Entonces, en este entramado complejo, multidimensional y pluridireccional de factores objetivos y subjetivos que constituye lo que llamamos experiencia, no hay simplemente hechos y cosas que suceden; hay personas que hacemos que ellos ocurran y que nos impacten: personas que pensamos, sentimos, vivimos, hacemos que esos hechos se den en contextos y situaciones determinadas y que al hacerlo se convierten en nuevas experiencias que construyen, a su vez, nuevos contextos, situaciones, emociones y relaciones, en una dinámica histórica de vinculaciones y movimientos que nunca concluye.

Una experiencia está marcada fundamentalmente por las características de sus protagonistas: los hombres o las mujeres que las viven. Así, las personas vivimos las experiencias con expectativas, sueños, temores, esperanzas, ilusiones, ideas e intuiciones. Las personas somos las que hacemos que ocurran esos procesos complejos y dinámicos, y esos procesos, a su vez, nos marcan, nos impactan, nos condicionan, nos exigen, nos hacen ser. Las experiencias son individuales y colectivas a la vez, las vivimos y nos hacen vivir; somos seres humanos en cuanto vivimos cotidiana y socialmente experiencias de las que somos sujetos y objetos al mismo tiempo. Así, toda experiencia inmediata y personal está vinculada a toda la experiencia humana, desde el momento histórico que se vive, aunque esta relación no aparezca de forma evidente ni inmediata.

Por eso se requiere un proceso intencionado que nos permita descubrir esas determinaciones radicales que subyacen en el fondo de lo que se nos presenta a simple vista.

La experiencia es siempre vivencial: implica una vinculación física, emocional y también intelectual con el conjunto de elementos del entramado inmediato con el que me relaciono. Las experiencias son, por tanto, lugares vivos de creación y producción de saberes. Estos saberes cotidianos que poseemos todas las personas forman parte de la experiencia.

Las investigaciones cualitativas buscan captar la realidad social a través de los ojos de los seres humanos, mediante un enfoque que permite la amplitud, flexibilidad y profundidad. Dentro de ellas, la Fenomenología descriptiva da cuenta de las experiencias humanas sobre fenómenos vividos, descritos en primera persona y presentados en estructuras de significados. Esto se ha convertido en una importante contribución al pensamiento y desarrollos en Enfermería.

Según Bonilla y Rodríguez, el enfoque cualitativo tiene como principal característica el interés por captar la realidad social “a través de los ojos” de la gente que está siendo estudiada, es decir, a partir de la percepción que tiene el sujeto de su propio contexto. No se parte de supuestos derivados teóricamente, sino que busca conceptualizar la realidad con base en el comportamiento de las personas estudiadas, explorando sistemáticamente los conocimientos y valores que comparten los individuos en un determinado contexto espacial y temporal. A esto se agrega que *“la investigación cualitativa requiere como actitudes fundamentales la apertura, la flexibilidad, la capacidad de observación y la interacción con el grupo de investigadores y con los actores sociales envueltos”*. En el caso de Enfermería permite obtener una visión holística, comprensiva y contextualizada de los fenómenos relacionados con los cuidados de la salud.

### **La investigación en enfermería: la Fenomenología**

Husserl consideró la Fenomenología trascendental o descriptiva como *“la ciencia de la esencia de la conciencia”* y centró la definición en el concepto de intencionalidad y el significado de las experiencias vividas desde el punto de vista de la primera persona. Afirmó que el significado de las experiencias vividas puede ser descifrado sólo a través de las transacciones uno a uno entre el investigador y los objetos de investigación. Estas transacciones deben involucrar una atenta escucha, interacción y observación para crear representación de la realidad más sofisticada que la definida en previos entendimientos. En otras palabras, su intención es comprender los fenómenos en sus propios términos para proporcionar una descripción de la experiencia humana tal como es experimentada por la misma persona, o la reconstrucción del mundo interior de la experiencia del sujeto, ya que cada individuo tiene su propia manera de experimentar la temporalidad, la espacialidad, la materialidad.

Pero cada una de estas coordenadas debe entenderse en relación con los demás y al interior de su mundo. El foco de la investigación fenomenológica son las experiencias de la persona en relación con un fenómeno. En este sentido, los expertos en esta tradición investigativa asumen que las experiencias dan sentido a la percepción de cada persona sobre un fenómeno particular; siendo su objetivo la descripción total de la experiencia y de las percepciones que ella expresa. Lo anterior propone la representación de la estructura total de la experiencia vivida, incluyendo el significado que estas experiencias tienen para los individuos que en ellas participan, preocupándose de la comprensión y no de la

explicación. Esta tradición investigativa se ha utilizado para la incorporación de fenómenos propios de la Enfermería, dado el peso de la intersubjetividad que se establece en la relación enfermera(o)-sujetos de cuidado. Al intentar la investigación en enfermería, entender el significado de la experiencia de los seres humanos, en la Fenomenología se ha encontrado una importante contribución al pensamiento enfermero para la comprensión de la realidad del día a día en que se encuentra inmerso el quehacer disciplinar. Se necesita sumergirse en la subjetividad y la esencia del ser humano al que se cuida, sin olvidar la objetividad impregnada en él.

Ahora bien, ¿por qué estudiar el fenómeno particular de las experiencias/vivencias de las adolescentes púerperas? Desde la postura de la Enfermería como disciplina y profesión, es necesario acercarse a esta problemática para comprender cómo las gestantes viven, experimentan y atribuyen significados a este fenómeno particular; así como buscar el sentido que éste tiene para ellas y los sentimientos que les generan. Es necesario aprender, en la interacción con las adolescentes, sus experiencias de vida para encontrar aquello que se busca conocer.

#### 1.4 DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE

De acuerdo al referencial teórico desarrollado, los autores del presente proyecto se posicionan a partir de los conceptos de Rotter (1982), Escoriza (1985) y Ros (1985) citados en Navas (1990), Oliver & Winer, 1987 expuestos en Oliver (1997), Marzo & Cols. (2002) y Jara (2018) para definir las variables “*EXPECTATIVA Y EXPERIENCIAS SOBRE EL USO DE MAC*”

Por ende, se define a la ***Expectativa sobre el uso del MAC***, como: la anticipación desde conocimientos previos, la creencia generalizada de lo que esperan o aspiran recibir los usuarios de un servicio MAC o la probabilidad subjetiva de que una determinada conducta conduzca a un resultado o refuerce a otro con respecto al tema. Estas pueden ser tangibles e intangibles y se construyen a partir de experiencias pasadas, es decir que cada sujeto vivencia cada expectativa de una manera diferente e irrepetible influenciado por la personalidad de cada uno y por su entorno.

Las dimensiones e indicadores a indagar son:

- **Conocimientos Previos sobre MAC:** modo de uso, beneficios, riesgos.
- **Creencias generalizadas sobre los MAC:** seguros, peligrosos, eficaces, provocan secuelas, accesibles y fácil uso, inaccesibles, previenen infecciones.

- **Respuestas que espera del PNSSPR:** fácil accesibilidad, mayor seguridad y protección, practicidad, efectividad, efecto preventivo.

Por otro lado, se define a la **Experiencia sobre el uso de MAC** como procesos socio-históricos dinámicos, complejos, personales y colectivos producto de la vivencia concreta del uso o utilización del MAC en determinado contexto. Las experiencias están en permanente movimiento y abarcan un conjunto de dimensiones objetivas y subjetivas de la realidad histórico-social.

Las dimensiones e indicadores a indagar en esta variable son:

- **Experiencias Personales:** Experiencias propias de uso, experiencias de uso de parejas, de familiares, de conocidos)
- **Experiencias relacionadas al Contexto-Entorno:** Exclusión, discriminación, condiciones de accesibilidad, políticas, religiosas, geográficas, culturales, económicas.
- **Experiencias desde Resultados:** satisfacción, decepción, aceptación, rechazo, desinterés.

## 1.5 OBJETIVOS

### Objetivo General

- Conocer las expectativas y experiencias en el uso de métodos anticonceptivos de las adolescentes puérperas que concurrirán al Centro de Especialidades Sur de Alto Comedero de San salvador de Jujuy, durante el periodo julio-diciembre 2022.

### Objetivos Específicos

- Identificar las expectativas sobre el uso de MAC de las adolescentes puérperas con relación a sus conocimientos previos, creencias y respuestas que espera.
- Describir las experiencias con respecto al uso de MAC de las adolescentes puérperas en relación con las dimensiones personales, de contexto y de resultado.

## CAPITULO 2: ENCUADRE METODOLOGICO

### 2.1. ENFOQUE

Estudio de tipo cualitativo, enfoque hermenéutico-fenomenológico. Su principal interés, captar la realidad social “a través de los ojos” y el discurso de la gente que está siendo estudiada. Ello a partir de la percepción y significación que otorgan las entrevistadas a los MAC, desde sus expectativas y experiencias, en la elección de un método anticonceptivo por parte de las adolescentes puérperas que asisten al Centro de Especialidades Sur.

### 2.2. ESQUEMA DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	SUBDIMENSIONES
EXPECTATIVAS SOBRE USO DE LOS MAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>COCIMIENTOS PREVIOS SOBRE MAC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Modo de Uso</li> <li>✓ Beneficios</li> <li>✓ Riesgos</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>CREENCIAS SOBRE LOS MAC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Seguros</li> <li>✓ Peligrosos</li> <li>✓ Eficaz</li> <li>✓ Dejan efectos secundarios</li> <li>✓ De fácil uso</li> <li>✓ Previene infecciones</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>RESPUESTAS QUE ESPERA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Accesibilidad</li> <li>✓ Información</li> <li>✓ Seguridad</li> <li>✓ Protección,</li> <li>✓ Practicidad</li> <li>Efectividad)</li> </ul>

**Fuente:** Registros de Entrevista

VARIABLE	DIMENSIONES	SUBDIMENSIONES
EXPERIENCIAS SOBRE USO DE LOS MAC	<ul style="list-style-type: none"> <li>EXPERIENCIAS PERSONALES</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Propia experiencia</li> <li>✓ Experiencia de Pareja</li> <li>✓ Experiencias de Familiares</li> <li>✓ De conocidos</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>EXPERIENCIAS RELACIONADAS AL CONTEXTO-ENTORNO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Exclusión,</li> <li>✓ Discriminación,</li> <li>✓ Condiciones de accesibilidad, económicas, geográfica, políticas, religiosas, culturales etc.)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>EXPERIENCIAS RESULTADOS DESDE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Calidad de la Atención</li> <li>✓ Satisfacción</li> <li>✓ Decepción</li> <li>✓ Aceptación</li> <li>✓ Rechazo,</li> <li>✓ Desinterés</li> </ul>

**Fuente:** Registros de entrevista

### 2.3. SUJETOS

La población de la presente investigación estará conformada por todas las puérperas adolescentes que asisten al consultorio de ginecología del Centro de Especialidades Sur de Alto Comedero en el segundo semestre del 2022. Datos retrospectivos del segundo semestre del año 2019, en dicho período concurrieron 87 puérperas de las cuales 40 eran adolescentes que se encontraban cursando su puerperio mediato que corresponde a 45 días posterior al parto.

Por lo tanto, se trabajará con una muestra intencional de aproximadamente 30 adolescentes puérperas, que asistan al consultorio de ginecología del Centro de Especialidades del Sur.

El número de casos se determinará a partir de 3 criterios:

1. Capacidad operativa de recolección y análisis (número de casos que podamos manejar, recursos con los que contamos y tiempo de duración del estudio)
2. Número de casos que nos permitirá responder a las preguntas de investigación (saturación de categorías)
3. Naturaleza del fenómeno

***Criterios de inclusión:***

- Adolescentes que cursen un puerperio de hasta 45 días
- Entre 13 y 19 años.
- Asistencia regular a control postnatal.
- Pertenecientes a los consultorios de ginecología y planificación familiar
- Que aprueben su participación previo consentimiento informado.
- Que no presenten alteraciones mentales.

**2.4. TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS**

Se utilizará la entrevista abierta, en la investigación cualitativa, es un instrumento técnico que tiene gran sintonía epistemológica con este enfoque y también con su teoría metodológica (Soria, 2020, p. 56) y adopta la forma de un diálogo coloquial entre el/la entrevistador/a y el/la entrevistado/a.

Autores como Alvarez-Gayou Jurgenson (2007), Berg (2009) y Corbetta (2003) citados por Burgos Ortiz (2011) incluyen también esta técnica como las utilizadas en estudios cualitativos, indicando que *“este tipo de entrevistas tienen una serie de temas y algunas preguntas sugeridas, pero presenta apertura en cuanto al cambio de secuencia y forma de las preguntas, de acuerdo a la situación de las personas entrevistadas”* (p.90)

Las entrevistas serán grabadas con previo consentimiento de las entrevistadas, a través de medios digitales, transcritos integralmente por el equipo investigador.

**2.5. INGRESO A CAMPO, PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACION PRESENTACION DE LA INFORMACION**

**Ingreso al campo**

La recolección de datos se realizará de la siguiente manera:

- Confección y presentación de nota-solicitud de autorización al Director del Centro de Especialidades Sur para que autorice la realización del estudio en la institución a su cargo.
- Nota de autorización dirigida a la Jefa de Departamento de Enfermería del Centro Especialidades Sur, para acordar días y horarios para su realización.
- Se identificará a la población para realizar el primer contacto y construcción de relaciones de confianza (empatía), explicar el objetivo del proyecto, pactar día y horario de las entrevistas.
- La recolección de datos se realizará de lunes a viernes entre 07:00 a 09:00 de la mañana debido a que en ese horario se encuentra la mayor afluencia de puérperas adolescentes que concurren a control ginecológico.
- Se le entregará a cada uno de los entrevistados un consentimiento informado de manera escrita a quienes se les explicara la dinámica de las entrevistas y que las mismas serán grabadas.
- Una vez firmado dicho consentimiento, se realizará la entrevista a cada puérpera adolescente. Se estima un aproximado de 30 minutos para la realización de cada entrevista.

### **Procesamiento y análisis de Información**

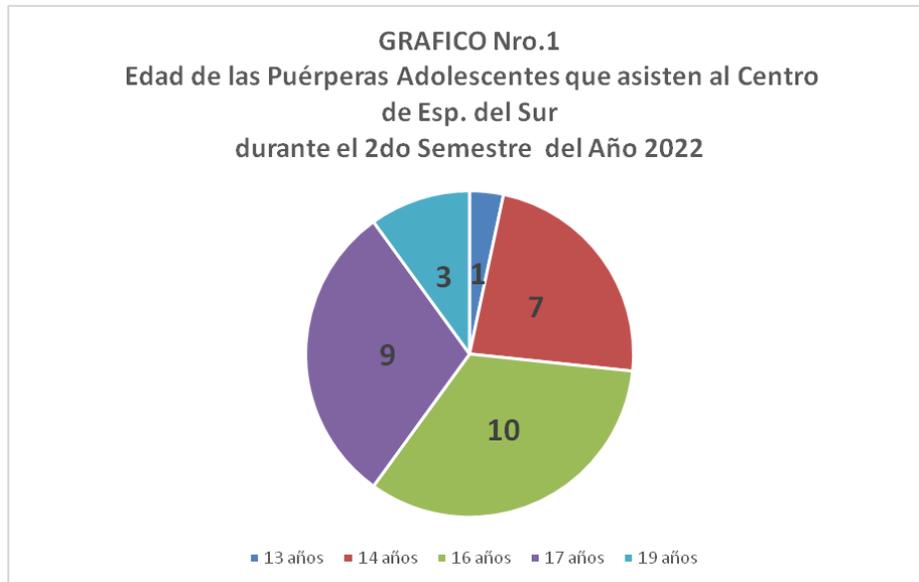
Se realizará el análisis del contenido discursivo, y el proceso se organizará en cinco momentos:

- 1) Desgrabación y transcripción de las entrevistas;
- 2) Dilucidación y esclarecimiento de indicadores a través de la similitud de respuestas obtenidas en base a categorías subjetivas en estudio;
- 3) Organización de la información en Matriz de datos utilizando programa Word (Informe de contenido)
- 4) Presentación de resultados y análisis tomando como centro los objetivos del trabajo, el informe realizado de las entrevistas y el marco de referencia teórico - conceptual.
- 5) Elaboración de recomendaciones y conclusión a partir del análisis crítico de los resultados a la luz de las teorías existentes y marco teórico elaborado.

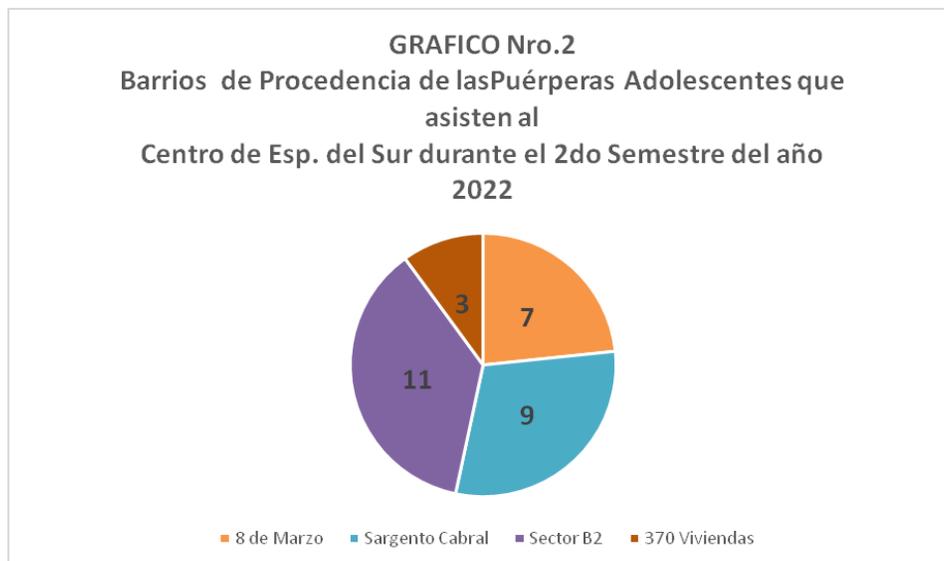
### Presentación de la Información

La presentación de los datos se realizará a través de gráficos para los datos de caracterización y cuadros de contenidos para las expresiones y testimonios de los/las entrevistados/as, según el objetivo de la investigación.

A modo de Ejemplos, presentamos Grafico 1 y Gráfico 2.



**Fuente:** Entrevista



**Fuente:** Entrevista

### CUADRO DE CONTENIDO 1

Expectativas en relación al uso de los MAC en las adolescentes púerperas del Centro de Especialidades Sur, en el 2do Semestre del año 2022

<b>VARIABLE: EXPECTATIVAS SOBRE USO DE LOS MAC.</b>			
<b>SUBDIMENSIONES</b>	<b>CATEGORÍAS</b>	<b>RESPUESTAS TEXTUALES</b>	<b>CÓDIGO</b>
Cocimientos Previos sobre MAC	•	“.....” E.1 “.....” E.2 “.....” E.3	1. R.F. 2. J.O 3. R.G
Creencias Generalizadas sobre los MAC	•	“.....” E.2 “.....” E.3 “.....” E.4	2. R.F 3. J.O 4. R.G
Respuestas que “espera” del servicio de salud (MAC)	•	“.....” E.1 “.....” E.2 “.....” E.4	1. R.F 2. J.O 4. R.G

**Fuente:** Entrevista

## CUADRO DE CONTENIDO 2

Experiencias en relación al uso de los MAC en las adolescentes puérperas del Centro de Especialidades Sur, durante 2do semestre del año 2022.

<b>VARIABLE: EXPERIENCIAS RELACIONADAS AL USO DE MAC</b>			
<b>SUBDIMENSIONES</b>	<b>CATEGORÍAS</b>	<b>RESPUESTAS TEXTUALES</b>	<b>CÓDIGO</b>
<p><i>(Personales)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Propia experiencia</li> <li>• Experiencia de Pareja</li> <li>• Experiencias de Familiares</li> <li>• De conocidos</li> </ul>	•	<p>“.....”E.2</p> <p>“.....” E.3</p> <p>“.....” E.4</p>	<p>1. E.A</p> <p>2. J.P</p> <p>3. C.H</p>
<p><i>(Con el Contexto)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exclusión,</li> <li>• Discriminación,</li> <li>• Condiciones de accesibilidad, económicas, geográfica, políticas, religiosas, culturales etc.)</li> </ul>	•	<p>“.....”E.2</p> <p>“.....” E.3</p> <p>“.....” E.4</p>	<p>2.G.T</p> <p>3.D.R</p> <p>4.FT</p>
<p><i>(Desde Resultados)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Calidad de la Atención</li> <li>• Satisfacción</li> <li>• Decepción</li> <li>• Aceptación</li> <li>• Rechazo,</li> <li>• Desinterés</li> </ul>	•	<p>“.....”E.2</p> <p>“.....” E.3</p> <p>“.....” E.4</p>	<p>2.J.F</p> <p>3.L.D</p> <p>4.A.S</p>



## 2.7. PRESUPUESTO

RECURSOS	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
<b>HUMANOS</b>			
Investigadores	3	Sin costo	\$ 0
<b>MATERIALES</b>			
Artículos librería	Varios	\$1000	\$1000
Impresiones	Varias	\$25	\$1400
Fotocopias	Varias	\$10	\$1200
Varios	-	\$50	\$1500
<b>TÉCNICOS</b>			
Computadoras	3	\$0	\$0
Grabadora	1	Sin costo	Sin costo
<b>Gastos Varios</b>			
Refrigerio	Varios	\$534	\$1600
Transporte	Varios	\$560	\$1680
Imprevistos	Varios	\$500	\$1500
<b>TOTAL PRE SUPUESTO</b>			<b>\$10280</b>

## 2.8. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

- Aguilera, A. (2002). *Expectativas y atribuciones académicas del profesor, del alumno: su influencia en el auto concepto y en el rendimiento escolar*. Recuperado de: <https://eprints.ucm.es/3768/>
- Asociación Médica Argentina de Anticoncepción. Ministerio de Salud y Desarrollo social. (2015). *Métodos anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud*
- Barrozo, M & Pressiani, G (2011). *Embarazo Adolescente Entre 12 y 19 Años*. Recuperado de: [https://feminismo.bdigital.uncu.edu.ar/objetos\\_digitales/5989/barrozo-mariela.pdf](https://feminismo.bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/5989/barrozo-mariela.pdf)
- Bravo C & Cedeño, A (2020) *Barreras de acceso a métodos anticonceptivos en adolescentes*, 90. Trabajo de titulación modalidad proyecto de investigación documental. Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación. Universidad Central del Ecuador.
- Burgos Ortiz, N (2011) *Investigación Cualitativa*, Buenos Aires, Ed.Espacio
- Calderón, L & otros, (2020). *El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente*. Recuperado de: <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/861/1364> DOI:10.26820/
- Castellano Barca, G. (2013,03). *El adolescente y su entorno. Revista Pediatría Integral. Volumen XVII*.
- Cupe Medina, L. (2015) *Percepción de la calidad de atención en planificación familiar de las adolescentes con reincidencia de embarazo en el Hospital de San Juan de Lurigancho septiembre - diciembre 2014*, p. 33. Tesis. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4213/Cupe\\_ml.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4213/Cupe_ml.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- De Vargas, E. (2013) *Psicología evolutiva de la adolescencia y juventud*. CeRP. Uruguay, Editorial Atlántida.
- Erikson, E. (1974). *Identidad, Juventud y Crisis*. Buenos Aires, Editorial Paidós.
- Escudero Sánchez, C (2017) *Técnicas y Métodos Cualitativos para la Investigación Científica*, España, Editorial Utmach.
- Fernández Arias, M & Marín Sanabria, V (2014). *La educación para la salud en la adolescencia temprana para afrontar los cambios físicos y emocionales*. Universidad de Costa Rica.

- Gómez, A., Olivera, R., Díaz Amores, C., Soto, M. (2019) *Condicionantes y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia*. La Habana, Revista Cubana de Obstetricia Ginecología
- González M. (2002, 04/08). *Aspectos éticos de la investigación cualitativa*. Ibero Americana. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/800/80002905.pdf>
- Hispanoteca (2019) *Adolescente y adolecer*. Recuperado de: [http://hispanoteca.eu/Foro/ARCHIVO-Foro/Adolescente\\_y\\_adolecer.htm](http://hispanoteca.eu/Foro/ARCHIVO-Foro/Adolescente_y_adolecer.htm)
- Issler, J. (2001). *Embarazo en la Adolescencia*. Revista de Postgrado de la Catedra V, La Medicina.
- Jara, O. (2018) *La sistematización de experiencias y las corrientes innovadoras del pensamiento latinoamericano*. Bogotá, Colombia. Ed. CINDE.
- Juárez Chemez, M (2015). *Psicología evolutiva de la adolescencia y Juventud*. Recuperado de: <https://filadd.com/doc/psicologia-evolutiva-de-la-adolescencia-2015-pdf>
- Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable n° 25673 y decreto reglamentario 1282/2003.
- Lozano Vicente, F. (2014). *Teorías de teorías sobre la adolescencia*. Revista *Condiciones juveniles contemporáneas*. Volumen 22.
- Ministerio de Salud de Jujuy. (2017). *Dirección de Bioestadística y Censos*. Recuperado de: <http://prensa.jujuy.gob.ar/tag/bioestadistica/>
- Ministerio de Salud de la Nación de la República Argentina, (2003). *Salud Sexual*. Obtenido de la Ley 25673. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/salud/sexual/metodos-anticceptivos>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente*. Sitio Web oficial <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- Organización Panamericana de Salud. (2018). *América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo*. Recuperado de: [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34853/9789275319765\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34853/9789275319765_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1)
- País, M. (2015). *Un marco conceptual para la definición de expectativas de resultado y eficacia en el ámbito de la integración de las TIC en educación*. *Convergencia Educativa*, (5), p. 67-84. Recuperado de: <http://revistace.ucm.cl/article/view/292>

- Peralta Montesinos J. (2006) *Rol de las expectativas en el juicio de satisfacción y calidad percibida de un servicio*, Chile, Universidad de Tarapacá. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83601409>
- Piovano, M (2017) *Escritura Científica*, Córdoba, Ed. Copy-Rápido
- Portal losrecursoshumanos.com (2015) *Teoría de la expectativa*. Recuperado de: <https://www.losrecursoshumanos.com/teoria-de-la-expectativa/>
- Ros Rahola, R y otros (2001). *La adolescencia: Consideraciones Biológicas, Psicológicas y Sociales*. Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia. Zaragoza: INO. Reproducciones S.A.
- Silva, A. (2000). *Investigación Cualitativa: una reflexión*. Recuperado de: <http://segmento.itam.mx/Administrador/Uploader/material/Descubra%20sus%20Sentimientos.PDF>
- Unicef (2018) *Estática de los hechos vitales de la población adolescente en la Argentina*. Recuperado: [https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org/argentina/files/201811/Salud\\_PoblacionAdolescenteDEIS\\_0.pdf](https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org/argentina/files/201811/Salud_PoblacionAdolescenteDEIS_0.pdf)
- Uribe, A., Domínguez, M., Pérez Pérez, G. Goldaraz, M., Hernández Cañaverl, I. (2008) *Infecciones por transmisión sexual en un grupo de adolescentes embarazadas*. Revista de la Facultad de Medicina. Universidad de Guadalajara,

## ANEXO I

### NOTA - AUTORIZACIÓN AL DTOR. DEL CENTRO DE ESPECIALIDADES SUR

San Salvador de Jujuy, Julio de 2021

Dentro de Especialidades Sur

Sr. Director

Dra. Paula Falcone

S \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_ D:

Las/los abajo firmantes, alumna/nos de 5° año de la carrera de Licenciatura en Enfermería, pertenecientes a la Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Enfermería modalidad a distancia de Universidad Nacional de Córdoba, solicitamos su autorización para poder realizar entrevistas abiertas a las adolescentes puérperas que concurren a la consulta del servicio de tocoginecología. Con el objetivo de dar cumplimiento a los requisitos de la materia "Taller de Trabajo Final", en la elaboración de un Proyecto de Investigación.

Nuestro proyecto se denomina "*Expectativas y experiencias en el uso de Métodos Anticonceptivos*".

Para poder hacer posible su ejecución requerimos de una serie de entrevistas semiestructuradas y abiertas con la previa firma de consentimiento informado, le adjuntamos una copia del mismo. Una vez aceptado se acordarán horarios.

Sin otro particular y quedando a la espera de una respuesta, nos despedimos de usted atentamente.

.....

Argote, Marcela c.

.....

Vera, Flavia P.

.....

Celaya, Ariel E.

.....

Vilte, Sandra G.

## ANEXO II

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

**Datos informativos:**

Institución: Universidad Nacional de Córdoba

Realizado por: Argote, Marcela C., Celaya Ariel E., Vera Flavia P., Vilte Sandra G.

Título: “Expectativas y experiencias en el uso de métodos anticonceptivos”

**Propósito del Estudio:**

Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: “Expectativas Y experiencias en el uso de Métodos Anticonceptivo en puérperas adolescentes del servicio de Tocoginecología del Centro de Especialidades Sur, julio- diciembre 2022”

El propósito de nuestra investigación es conocer cuáles son las expectativas y experiencias en el uso de Métodos Anticonceptivos de las adolescentes puérperas.

**Procedimientos:**

Si usted acepta participar en este estudio se desarrollará los siguientes pasos:

1. Luego de que usted dé su consentimiento, se le realizará algunas preguntas relacionadas con el tema de investigación, el cual será grabada por un grabador de voz, asignándole un seudónimo, para proteger su identidad y en un tiempo estimado de 20 minutos. La entrevista se realizará en la sala de espera del servicio de Tocoginecología previa coordinación de horario. Después de haberlas transcrito, serán presentadas hacia usted para revisar si están de acuerdo a los datos transcritos o agregar algún dato.
2. Finalmente, los resultados serán probablemente publicados en una revista científica.

**Riesgos:**

No se prevén riesgos por participar en esta fase del estudio.

**Costos e incentivos:**

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del tema en estudio.

**Confidencialidad:**

Se guardará su información con seudónimos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de cada participante. Los archivos (GRABACIONES) no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

**Derechos del participante:**

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno.

**DECLARATORIA DE VOLUNTAD**

*He leído y se me ha explicado toda la información descrita en este formulario antes de firmarlo, se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada a mis requerimientos. Por lo tanto, accedo a participar como uno de los sujetos del grupo de la población de estudio.*

.....

FIRMA DEL PARTICIPANTE

.....

FIRMA DE LOS INVESTIGADORES

### ANEXO III.

#### INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

La recolección será a través de una entrevista abierta que permitirá obtener información mediante el establecimiento de una relación interpersonal entre los entrevistados y las investigadoras. Esta entrevista adopta la forma de un *diálogo coloquial* aceptación y empatía. Es un momento no solo de conversación, sino de intercambio de vivencias, conocimientos, sensaciones, creencias y pensamientos de la persona entrevistada. Esto recuerda que las percepciones de salud y enfermedad son individuales, por lo que se debe considerar el respeto y la comprensión de la persona como habilidades necesarias del entrevistador. Este último también debe tener capacidades comunicativas como el uso de un lenguaje apropiado, sin mayores tecnicismos, pero no muy coloquial, pues, de lo contrario, se pone en riesgo la empatía hacia el entrevistado

#### 1. OBJETIVO GENERAL DEL ESTUDIO

- Conocer cuáles son las expectativas y experiencias de las puérperas adolescentes en el uso de Métodos Anticonceptivos que asisten al consultorio de Tocoginecología del Centro de Especialidades Sur durante el 2do Semestre del año 2022.

**Entrevistador:** .....

**Entrevistada:** .....

**Lugar:** .....

**Fecha:** .....

#### **DATOS SOCIODEMOGRAFICOS**

**Edad:** .....

**Barrio donde vive:** .....

Saludo, recibimiento, agradecimiento por la voluntad de participar del estudio. A continuación, se pedirá que recuerde sus expectativas y experiencias sobre el uso de los Métodos Anticonceptivos, para responder a los siguientes interrogantes.

### PREGUNTAS DE APERTURA SOBRE EL TEMA

¿En qué situación y/o medios escuchaste mencionar los términos métodos anticonceptivos?

¿Algún método anticonceptivo que haya despertado curiosidad, respecto al uso y eficacia?

### **SOBRE LAS EXPECTATIVAS**

#### Conocimientos previos en los que se asientan las expectativas

¿Qué conocimientos tienes sobre el Uso de MAC?

¿Cómo se usan y que beneficios o riesgos presentan?

#### Creencias sobre MAC:

¿Qué piensas o cómo ves el uso de/ a los Métodos Anticonceptivos?

¿Te parecen seguros o presentan algún peligro?

¿Crees que son eficaces?

¿Crees que dejan efectos secundarios?

¿Son de fácil acceso o uso?

¿Previenen enfermedades?

#### Respuestas que espera:

En el caso de necesitar los MAC, o decidir usarlos desde un Plan o Programa de Salud ¿Qué espera en relación a su uso?

¿Que sean accesibles?

¿Qué sean eficaces?

¿Qué prevengan enfermedades y estar protegidas de no quedar embarazadas?

¿Que sean de uso fácil y accesibles?

¿Que no tenga efectos en el cuerpo? (dolor, mayor sangrado, incomodidad, aumento de peso)

### **SOBRE LAS EXPERIENCIAS**

#### Experiencias Personales

¿Cómo ha sido su experiencia personal con los Medios Anticonceptivos?

¿Desea compartirnos alguna experiencia en particular?

¿Qué resultados tuvo o tuvieron?

En la familia ¿sabe si algunos usaron MAC?

De sus amigas o conocidas, ¿sabes si usaron MAC?

¿Qué resultados tuvieron?

¿Qué le comentaron sobre el tema?

#### Experiencias relacionadas al Contexto.

¿Cómo es la accesibilidad a los MAC, en los hospitales o CAPS de su barrio?

¿Accesibles o no?

¿Qué tipo de obstáculos tienen que enfrentar para acceder a los MAC: tiempo, distancias, cuestiones culturales o geográficas, económicas, religiosas?

¿Se siente discriminada?

#### Experiencias desde Resultados:

En el caso que haya utilizado o utilice MAC,

¿que nos puede comentar sobre su experiencia sobre los resultados? ¿su uso le dio satisfacciones en su salud?,

¿se decepcionó y dejó de interesarle?

¿no se acostumbro?,

¿a que le atribuye los resultados obtenidos?

¿Cómo vivenció el trato del personal de salud?

#### PREGUNTAS DE CIERRE

¿Le gustaría agregar algo más sobre lo que espera de los MAC o sus experiencias?

¿Qué sugerencias, recomendaciones darías, para implementar y/o modificar respecto a la atención en el Centro de Especialidades Sur de acuerdo al tema expuesto?



### MATRIZ DE DATOS DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Registro Empírico Entrevista Textual		Unidad de Análisis (Fragmentos significativos) por Categorías	Observaciones Interpretaciones (Con Categorías Teóricas)
<p><b>EXPECTATIVAS</b></p> <p>¿Qué sabes del Uso de Métodos Anticonceptivos?</p> <p>¿Sabes cómo se usan?</p> <p>¿Conoces sus beneficios o sus riesgos?</p> <p>¿Qué piensas o cómo ves el uso de/ a los Métodos Anticonceptivos?</p> <p>¿te parecen seguros o presentan algún peligro?</p> <p>¿crees que son eficaces?</p> <p>¿crees que dejan efectos secundarios?</p> <p>¿son de fácil acceso o uso?</p> <p>¿previenen enfermedades?</p> <p>En el caso de necesitar los MAC, o decidir usarlos desde un Plan o Programa de Salud ¿qué espera en relación a su uso?</p> <p>¿que sean accesibles?</p> <p>¿Qué sean eficaces?</p> <p>¿Qué prevengan enfermedades y estar protegidas de no quedar embarazadas?</p> <p>¿que sean de uso fácil y accesibles?</p> <p>¿Que no tenga efectos en el cuerpo? (dolor, mayor sangrado, incomodidad, aumento de peso)</p>		<p><b>Conocimientos previos</b></p> <p>“ .....</p> <p>“ .....</p> <p><b>Creencias sobre MAC:</b></p> <p>“ .....</p> <p>“ .....</p> <p><b>Respuestas que espera:</b></p> <p>“ .....</p> <p>“ .....</p> <p>“ .....</p>	

<p><b>SOBRE LAS EXPERIENCIAS</b></p> <p>¿Cómo ha sido su experiencia personal con los Medios Anticonceptivos?</p> <p>¿Desea compartirnos alguna experiencia en particular?</p> <p>¿Qué resultados tuvo o tuvieron?</p> <p>En la familia ¿sabe si algunos usaron MAC?</p> <p>De sus amigas o conocidas, ¿sabes si usaron MAC?</p> <p>¿Qué resultados tuvieron?</p> <p>¿Qué le comentaron sobre el tema?</p> <p>¿Cómo es la accesibilidad a los MAC, en los hospitales o CAPS de su barrio? ¿accesibles o no?</p> <p>¿qué tipo de obstáculos tienen que enfrentar para acceder a los MAC: tiempo, distancias, cuestiones culturales o geográficas, económicas, religiosas?</p> <p>¿se siente discriminada?</p> <p>En el caso que haya utilizado o utilice MAC,</p> <p>¿que nos puede comentar sobre su experiencia sobre los resultados? ¿su uso le dio satisfacciones en su salud?, ¿se decepcionó y dejó de interesarle?</p> <p>¿no se acostumbró?,</p> <p>¿a que le atribuye los resultados obtenidos?</p> <p>¿Cómo vivenció el trato del</p>		<p><b>Experiencias Personales</b></p> <p>“ .....</p> <p>“ .....</p> <p><b>Experiencias relacionadas al Contexto.</b></p> <p>“ .....</p> <p>“ .....</p> <p>“ .....</p> <p><b>Experiencias desde Resultados:</b></p> <p>“ .....</p> <p>“ .....</p>	
--	--	--	--

<p>personal de salud?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• ¿Le gustaría agregar algo más sobre lo que espera de los MAC o sus experiencias?</li></ul>			
--	--	--	--