



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Ciencias Médicas

Centro de Posgrado

Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria

**USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES Y  
FACTORES SOCIO-FAMILIARES E INDIVIDUALES, UNA REVISION  
SISTEMATICA.**

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Especialista en  
Medicina Familiar y Comunitaria

**Autor:** Md. María Delfina Paguay Saeteros.

**CI:** 0302309455

**Correo electrónico:** eloradana.tislany@hotmail.com

**Director:** Dra. Marisol Liliana Orellana Díaz.

**CI:** 0102974227

Cuenca – Ecuador

**09-febrero-2022**



## RESUMEN

**Antecedentes:** actualmente existe una gran brecha referente a la satisfacción de las necesidades anticonceptivas y planificación familiar en los adolescentes.

**Objetivo:** establecer el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes y factores socio-familiares e individuales asociados.

**Metodología:** revisión de tipo sistemática. La búsqueda de la información se realizó según la guía PRISMA, se empleó bases electrónicas como Pubmed, Scopus, Redalyc y Scielo, se aplicaron palabras claves especificadas en los DeCs y Mesh y operadores booleanos. Se incluyeron 19 estudios cuantitativos, entre los cuartiles uno a cuatro, no se discriminó idioma. Los resultados fueron consolidados en tablas, registrándose porcentajes, Odds Ratio, intervalos de confianza y valor de p.

**Resultados:** el preservativo masculino fue el método anticonceptivo usado en mayor porcentaje. El empleo de anticonceptivos se encontró asociado a los siguientes factores: mayor nivel económico y educativo, estado civil casado o unión libre, buena comunicación conyugal y la relación de pares, mayor rango de edad, alta autoestima, capacidad del adolescente en el manejo del estrés y de tomar decisiones propias sobre su sexualidad. La residencia en áreas rurales, mayor edad de la pareja, inicio de actividad sexual de sus pares, recepción de información sobre temas sexuales de fuentes no viables, y los hábitos tóxicos redujo el uso.

**Conclusiones:** el preservativo fue el método anticonceptivo más utilizado; la protección anticonceptiva se encuentra relacionada a factores sociales, demográficos, económicos, escolares e individuales.

**Limitaciones:** escasa bibliografía con metodología adecuada en relación al tema de estudio.

**Palabras clave:** Adolescentes. Dispositivos anticonceptivos. Familia y Adolescente.



## ABSTRACT

**Background:** there is currently a large gap regarding the satisfaction of contraceptive and familyplanning needs in adolescents.

**Objective:** to establish the use of contraceptive methods in adolescents and associated socio- family and individual factors.

**Methodology:** systematic review. The information search was carried out according to the PRISMA guide, electronic databases such as Pubmed, Scopus, Redalyc and Scielo were used, keywords specified in the DeCs and MesH and Boolean operators were applied. 19 quantitative studies were included, between quartiles one to four, language was not discriminated. The results were consolidated in tables, registering percentages, Odds Radius, confidence intervals and p value.

**Results:** the male condom was the contraceptive method used in the highest percentage. The use of contraceptives was associated with the following factors: higher economic and educational level, married or common-law marital status, good marital communication and peer relationships, greater age range, high self-esteem, and the adolescent's ability to manage stress. and to make your own decisions about your sexuality. Residency in rural areas, older age of the couple, initiation of sexual activity from peers, receipt of information on sexual issues from non-viable sources, and toxic habits reduced use.

**Conclusions:** the condom was the most used contraceptive method; contraceptive protection is related to social, demographic, economic, school and individual factors.

**Limitations:** scarce bibliography with adequate methodology in relation to the subject of study.

**Key words:** Adolescents. Contraceptive devices. Family and Adolescent.



## ÍNDICE

RESUMEN .....	2
ABSTRACT .....	3
1. INTRODUCCIÓN .....	10
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	12
3. JUSTIFICACIÓN .....	15
4. FUNDAMENTO TEÓRICO.....	16
5. OBJETIVOS .....	19
5.1. OBJETIVO GENERAL .....	19
5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	19
6. DISEÑO METODOLÓGICO:.....	20
6.1. Diseño del estudio.....	20
6.2. Criterios de elegibilidad .....	20
6.3. Criterios de exclusión .....	20
6.4. Fuentes de información.....	20
6.5. Estrategia de búsqueda .....	20
6.6. Selección de estudios .....	20
6.7. Proceso de recopilación y extracción de datos .....	20
6.8. Riesgo de sesgo en los estudios individuales .....	20
6.9. Medidas de resumen.....	20
6.10. Síntesis de resultados.....	21
7. RESULTADOS .....	22
7.1. Caracterización de artículos .....	22
7.2. Métodos anticonceptivos más utilizados en la adolescencia.....	22
7.3. Factores asociados al uso de métodos anticonceptivos .....	25
7.3.1. Factores sociodemográficos .....	25
7.3.2. Factores individuales .....	26
8. DISCUSIÓN .....	36
9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	40
9.1. Conclusiones.....	40
9.2. Recomendaciones.....	40
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	42
11. ANEXOS .....	49



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Figura 1. Flujograma de selección de artículos. ....	22
--	----



## Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

---

Yo, María Delfina Paguay Saeteros en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES Y FACTORES SOCIO-FAMILIARES E INDIVIDUALES, UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA.", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 09 de febrero de 2022

---

María Delfina Paguay Saeteros

C.I:0302309455



### Cláusula de Propiedad Intelectual

---

Yo, María Delfina Paguay Saeteros, autora del trabajo de titulación "USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES Y FACTORES SOCIO-FAMILIARES E INDIVIDUALES, UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA.", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 09 de febrero de 2022



---

María Delfina Paguay Saeteros

C.I.:0302309455



## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a los docentes de investigación de la Universidad de Cuenca quienes compartieron sus conocimientos en el ámbito de la investigación, lo que me permitió realizar esta revisión sistemática.

Agradezco a los, asesor y director de este trabajo de investigación, Dra. Katherine Salazar y Dra. Marisol Orellana por la paciencia y conocimientos compartidos durante asesoría brindada para realizar este trabajo de investigación.

María Delfina Paguay Saeteros.





## **DEDICATORIA**

Este trabajo de investigación lo dedico a todos los adolescentes que se encuentran cursando este ciclo vital, quienes llegaron a mi consulta durante las jornadas asistenciales en la Unidad Operativa Jadán con preguntas e inquietudes sobre el uso de métodos anticonceptivos, prevención de embarazo etc.

Dedico este trabajo a todas las adolescentes gestantes a quienes les brinde control prenatal, quienes mencionaron que debido a la falta de conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos se encontraban cursando este periodo, ellas despertaron el motivo y el interés investigativo en este ámbito de la salud sexual y reproductiva.

María Delfina Paguay Saeteros



## 1. INTRODUCCIÓN

La adolescencia según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la transición fisiológica entre la niñez y la vida adulta, cuyo periodo comprende entre los 10 a los 19 años (1); sin embargo, esta etapa no es solamente un proceso de adaptación biológica y corporal, sino también una fase con grandes cambios emocionales, intelectuales y sociales (2,3).

En la adolescencia el desarrollo sexual es sin duda uno de los cambios centrales y más llamativos, pues abarca múltiples eventos de trascendental relevancia tales como el inicio de actividad sexual, la identidad de género y orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción(2,3).

En este contexto, a pesar de que uno de los objetivos de la Agenda Global para el Desarrollo Sostenible para el año 2030 es precisamente el acceso a salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar, en la actualidad aún hay una gran brecha en el acceso de los adolescentes a métodos anticonceptivos y educación sexual, eso sin tomar en cuenta que las complicaciones resultantes de un embarazo temprano, parto y puerperio son las principales causas de morbi- mortalidad en este grupo etario (4).

Tomando en consideración que los conocimientos en los adolescentes referentes al proceso reproductivo y la anticoncepción la adquieren en primera instancia en clases de educación sexual a nivel escolar, resulta obvio pensar que si el manejo de dicha información es deficiente o depende de un punto de vista ideológico sesgado de quien imparte los conocimientos, la posibilidad de aprender sobre el sexo, reproducción y anticoncepción son escasas y los adolescentes frecuentemente muestran cierta inconformidad al hablar sobre estos temas con sus parejas, esto como es evidente incrementa aún más el riesgo de este grupo poblacional a no acceder a un método anticonceptivo, con las respectivas consecuencias imputables a tal fenómeno (5).

En un contexto ideal, con el objetivo de promover y reforzar decisiones saludables en el ámbito sexual, reproductivo y el bienestar social y económico, es importante maximizar la adherencia de los adolescentes a métodos de anticoncepción, para ello es necesaria la planificación de visitas de seguimiento que permitan monitorear el uso, efectos secundarios y complicaciones de la



administración de anticonceptivos (6,7).

La base de la evidencia sugiere también la inherente necesidad de brindar a los adolescentes herramientas para el acceso a información sobre métodos de planificación familiar, derechos sexuales y reproductivos (6,7), además, es necesaria una mayor capacitación del personal sanitario, inversiones en instalaciones de salud y canales de comunicación para facilitar la accesibilidad de los adolescentes a una gran variedad de métodos anticonceptivos modernos (8).

El presente estudio de investigación tiene como objetivo poner en evidencia los métodos anticonceptivos más frecuentemente utilizados en los adolescentes, además de analizar la asociación entre los factores sociodemográficos, individuales y familiares y el uso de anticonceptivos en la adolescencia, buscamos brindar información sobre el uso de métodos de planificación familiar en la adolescencia con la finalidad de fortalecer estrategias y programas de atención primaria que busquen reducir la brecha de necesidades insatisfechas en este grupo poblacional.



## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el año 2015 la tasa de natalidad a nivel mundial fue de 49 por cada 1000 personas de entre 15 a 19 años (9), tasa que analizada individualmente por cada uno de los países osciló entre 1 a 299 nacimientos por 1000 adolescentes (10). En el año 2020, la División de Población de las Naciones Unidas, especificó que la tasa mundial de natalidad en este grupo etario fue de 43 nacimientos por 1000 habitantes, y de acuerdo a cada nación osciló entre 1 a 200 por cada 1000, cifras que evidencian un marcado descenso desde la década de los noventa (11). A su vez en América Latina y el Caribe, la natalidad entre las adolescentes es de alrededor del 18% y la de fecundidad es la más altas del mundo con 80 nacimientos por cada 1000 personas de entre 15 a 19 años (12).

En este contexto, resulta prioritaria la aplicabilidad de estrategias de salud que mitiguen estas elevadas tasas de fecundidad y natalidad en adolescentes, no obstante, a pesar de los esfuerzos generalizados a nivel mundial enfocados en estimular el acceso universal a anticonceptivos se estima que en el año 2016, de los 256 millones de adolescentes entre 15 a 19 años, 38 millones eran sexualmente activas y no deseaban un embarazo al menos durante los próximos dos años (8), mientras que la mitad de ellos, o sea 20 millones no recibieron pero necesitaban de un método anticonceptivo (13). Actualmente es claro que la mayoría de necesidades anticonceptivas de los adolescentes están insatisfechas y sin duda la planificación familiar sigue siendo una de las intervenciones más inequitativas en la adolescencia sobre todo en familias con bajos recursos económicos (4).

En países en vías de desarrollo, cerca de 225 millones de mujeres desean posponer o evitar su embarazo, pero se presentan importantes limitaciones para el acceso a métodos de planificación familiar tales como: bajo nivel educativo y socioeconómico, mujeres solteras, acceso limitado a servicios de salud y mala calidad de atención, deficientes conocimientos sobre sexualidad y salud reproductiva, miedo a los efectos adversos, creencias religiosas o culturales, barreras de género, entre otros (14–17). Específicamente en lo que respecta a anticoncepción en adolescentes la literatura biomédica ha puntualizado que este grupo poblacional evidencia bajas tasas de uso continuo y cumplimiento de anticonceptivos, lo que consecuentemente conlleva elevadas tasas de fracaso comparadas con los adultos, siendo los varones los menos

María Delfina Paguay Saeteros



preocupados por el tema de anticoncepción (18).

Aunque en las últimas décadas a nivel mundial se ha observado un ligero aumento en la frecuencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres entre 15 a 49 años, por ejemplo en África y Asia, esta proporción aumentó de 23,6% a 28,5% y de 60,9% a 61,9% respectivamente, además, en América Latina y el Caribe la proporción se ha mantenido estable en un 66,7% (19), el embarazo en la adolescencia sigue presentando cifras alarmantes, asociándose a eventos peligrosos como anemia, parto prematuro, bajo peso al nacer, eventos adversos en salud mental y muerte, asimismo de los efectos negativos en los logros educativos, acceso al trabajo y desarrollo profesional (20– 22).

El 95% de gestaciones en adolescentes se producen en regiones en vías de desarrollo, aproximadamente 12 millones de jóvenes entre 15 a 19 años se han embarazado y al menos 777.000 niñas con edades menores de 15 años tuvieron un parto (23), correspondiendo al 11% de nacimientos a nivel mundial (11,24).

En África Subsahariana las tasas de embarazo son elevadas, pues un tercio de gestaciones son involuntarias y más de un tercio de estos embarazos no deseados finalizan en abortos inseguros (2), con la presentación de muertes maternas en estos grupos etarios de entre 15 a 19 años, fenómeno principalmente atribuido al menor acceso de los adolescentes a métodos anticonceptivos y a los bajos recursos económicos de los países de esta región africana (25,26).

Ante este panorama las Naciones Unidas y la OMS han planteado que una de las soluciones a la problemática expuesta es sin duda el acceso a la planificación familiar voluntaria, pues es un derecho humano, por lo que su praxis resulta primordial para incentivar la igualdad de género, alentar a la independencia femenina y disminuir la pobreza (27,28).

El uso de anticonceptivos no solo evita las consecuencias adversas de una maternidad temprana en las mujeres y sus familias, sino que al satisfacer la necesidad de anticonceptivos modernos a las mujeres de entre 15 a 19 años se reduciría los embarazos no deseados en seis millones al año, lo que significaría una reducción de 2,1 millones de nacimientos no planificados y 3,2 millones de



abortos y 5.600 muertes maternas (8), además reducen los costos asociados a la atención materno-infantil (26,29). Por otro lado, las gestaciones y partos planificados elevan la probabilidad de los adolescentes de alcanzar más altos niveles educativos, traduciéndose en independencia financiera (8) (30).

La OMS ha determinado también agentes puntuales en la calidad de atención en planificación familiar entre los que se incluyen: poseer la potestad de decidir entre la gran cantidad de métodos; vínculo paciente-proveedor fundamentada en el respeto a la elección brindada, la privacidad y confidencialidad, sumando las creencias culturales y religiosas de la adolescente; promoviendo los conocimientos suficientes sobre la eficiencia, los peligros y beneficios de los distintos métodos anticonceptivos; apoyarse en profesionales sanitarios capacitados técnicamente; y mantener un posible acceso a distintos servicios de salud (28).

Por lo expuestos en esta revisión sistemática nos hemos planteado responder a las siguientes preguntas de investigación.

¿Cuáles son los anticonceptivos que se usan con mayor frecuencia en la adolescencia?

¿Existe asociación entre los factores socio-familiares e individuales y el uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes?



### 3. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se encasilla en las prioridades de investigación del Ministerio de Salud Pública 2013-2017 en el área de Sistema Nacional de Salud, línea atención primaria de salud, sublínea prevención y promoción. De igual manera este estudio está incluido en la línea Salud Integral Sexual y Reproductiva por ciclos de vida, parte de la línea de investigación 2020-2025 elaborado por la Comisión de Investigación de la Universidad de Cuenca.

El planteamiento de esta investigación surge de la necesidad de exponer información actualizada y con alta calidad de evidencia relacionada con los diferentes factores sociales, económicos, demográficos e individuales y el uso de métodos anticonceptivos en una población tan vulnerable como los son los adolescentes. Además, tomando en consideración que el médico familiar es sin duda uno de los profesionales que dentro del equipo de salud tiene el primer contacto con los adolescentes en los diferentes escenarios de atención primaria, consideramos relevante que se exponga esta problemática de manera que se planteen programas de atención con ejes preventivos enfocados en mitigar los factores relacionados con la aplicabilidad de anticonceptivos en la adolescencia, además de que se puedan adoptar buenas conductas en salud sexual y reproductiva en este grupo poblacional.

Los beneficiarios de la investigación en primera instancia será el personal de salud que tenga acceso a este documento, pues podrán consultar información relevante respecto a los factores asociados al uso de anticonceptivos en la adolescencia, y de manera indirecta también se beneficiarán los pacientes que sean atendidos por estos profesionales.

La información será difundida por plataformas virtuales de la Universidad de Cuenca e igualmente se planteará la publicación en una revista indexada.



#### 4. FUNDAMENTO TEÓRICO

La OMS delimita a la adolescencia como un periodo comprendido entre los 10 a 19 años, diferenciándose en tres etapas: la primera o temprana inicia desde los 10 a 13 años, la media de 14 a 16 años y la tardía de 17 a 19 años. Durante este periodo de la vida se producen procesos de maduración biológica, psicológica y social del individuo, alcanzando así la edad adulta y culminando con la incorporación plena en la sociedad (9).

En la adolescencia se activan un sin número de cambios en la esfera sexual que incluyen: modificaciones puberales, identidad sexual, orientación sexual, inicio de vida sexual, entre otros. Por ello hoy en día el tema de sexualidad en los adolescentes hace que merezca mayor atención, sobre todo por algunos aspectos que podrían repercutir negativamente en esta población vulnerable. (20–22).

Uno de los medios fundamentales para evitar las consecuencias lógicas de la práctica sexual sin protección durante la adolescencia es precisamente el acceso a métodos de planificación familiar (31), no obstante, actualmente aún hay barreras activas en acceso a métodos anticonceptivos que abarcan problemáticas sociales, culturales, impedimentos legales y prácticas relacionadas con los servicios de salud (32–37).

Actualmente existen una amplia gama de anticonceptivos modernos disponibles para ser administrados durante la etapa de la adolescencia, sin embargo, previa a su prescripción el proveedor de salud debería tomar en consideración los diversos criterios de elegibilidad en relación a la eficacia, seguridad, reversibilidad, complejidad de uso, costos y factores individuales de cada adolescente (38).

La abstinencia es el método más eficaz para la prevención del embarazo y las enfermedades de transmisión sexual (ETS), sin embargo, es una opción aplicable únicamente a adolescentes que aún no han iniciado actividad sexual, además de que requiere motivación y autocontrol por parte de estos individuos lo cual es difícil lograr durante esta etapa (38).

El método de ritmo, moco cervical, temperatura basal y sintotérmico, son opciones naturales que se no se recomiendan en adolescentes pues en ellas se





presentan trastornos menstruales y otras alteraciones que afectan la eficacia de estos métodos (38).

Los anticonceptivos de barrera probablemente son aquellos que se adaptan perfectamente con las características de los adolescentes, pues son accesibles, baratos y seguros, con eficacia inmediata, control por el usuario y su uso se inicia y se discontinúa con facilidad. Estos métodos incluyen: preservativos masculinos y femeninos, capuchón cervical, espermicidas y diafragmas (39,40).

La anticoncepción hormonal combinada (AHC) constituye el método de elección por su alta eficacia anticonceptiva, con pocas o nulas contraindicaciones, y múltiples efectos no anticonceptivos beneficiosos. A su vez la anticoncepción hormonal solo con gestágeno (AHG), implica una eficacia anticonceptiva muy alta, además de que disminuye la incidencia de dismenorrea, está especialmente indicada en adolescentes que presenten contraindicaciones a los estrógenos (41).

La anticoncepción intrauterina ofrece a las adolescentes una elevada eficacia anticonceptiva y no precisa motivación para su cumplimiento y es un método de larga duración. En el mercado están disponibles los dispositivos intrauterinos de cobre y hormonales con levonorgestrel, requieren la inserción por parte de un profesional y tolerancia al examen ginecológico por parte de la adolescente (41).

La anticoncepción de emergencia, es un método que solo protege frente al coito reciente sin protección, es de libre dispensación, sin receta médica, no es un medicamento tóxico, no tiene riesgo de adicción y es de fácil dosificación pues requiere un solo comprimido, sin embargo, la eficacia del fármaco dependerá del momento en que se tome tras el coito, en las primeras 24 horas la eficacia es del 95% (41).

Son múltiples factores descritos en la literatura relacionados en el uso de anticonceptivos en la adolescencia, (42) se han descrito que la presencia de los padres en la crianza fue un factor relevante que aumentó la probabilidad de acceder a métodos de planificación familiar, así mismo la comunicación familiar también influyó positivamente (43,44).



En cuanto a los factores sociodemográficos, varios autores también han identificado que el pertenecer a estratos socioeconómicos medios y altos permite un mayor acceso a métodos anticonceptivos (45) (46). La religión también ha sido asociada al uso de anticonceptivos, aunque hay discrepancias aún en los resultados de esta variable (47,48).

En cuanto a los factores individuales, en lo que respecta al conocimiento sobre los métodos anticonceptivos se ha evidenciado que el acceso a información sobre la temática permite una mayor probabilidad que los adolescentes utilicen algún método de planificación familiar (49). Además, se ha comprobado que a edades más tardías de las etapas del adolescente mayor es la probabilidad de usar anticonceptivos (44,50,51).



## **5. OBJETIVOS**

### **5.1 OBJETIVO GENERAL**

Establecer la frecuencia de uso de métodos anticonceptivos en adolescentes y factores socio-familiares e individuales asociados.

### **5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Establecer el porcentaje de método anticonceptivo más utilizado por los adolescentes.
- Establecer los factores socio-familiares asociados al uso de métodos anticonceptivos.
- Establecer los factores individuales asociados al uso de métodos anticonceptivos.



## **6. DISEÑO METODOLÓGICO:**

**6.1 Diseño del estudio:** revisión sistemática.

**6.2 Criterios de elegibilidad:** se incluyeron investigaciones con metodología cuantitativa, estudios con texto completo sobre la temática a estudiar (uso de anticonceptivos en adolescentes y factores socio-familiares e individuales asociados), publicados en los últimos cinco años, con ranking de calidad de evidencia cuartil uno a cuatro, en idioma inglés y español.

**6.3 Criterios de exclusión:** artículos que no presentaron una metodología de investigación clara y los estudios con muestras pequeñas y no representativas.

**6.4 Fuentes de información:** se realizó la búsqueda de los artículos relacionados a uso de anticonceptivos en adolescentes y factores socio-familiares e individuales asociados en las bases digitales gratuitas como: Pubmed, Scopus, Redalyc y Scielo. Se utilizaron conectores booleanos como “AND” y “OR”.

**6.5 Estrategia de búsqueda:** los artículos fueron seleccionados de acuerdo a lo planteado en la estrategia PICO, en las bases de datos mencionadas previamente y las palabras claves especificadas en los DeCs y MeSH (adolescentes, anticonceptivos, dispositivos anticonceptivos, agentes anticonceptivos hormonales) (adolescent, Contraceptive Agents, Contraceptive Devices, Contraceptive Agents, Hormonal), se aplicaron además los criterios de elegibilidad mencionados en párrafos anteriores.

**6.6 Selección de estudios:** para la selección de los artículos se aplicó los parámetros de la guía PRISMA y se procedió a la búsqueda de los artículos a través de los métodos previamente descritos, posteriormente se revisaron en su totalidad aquellos que cumplieron con los criterios de inclusión.

**6.7 Proceso de recopilación y extracción de datos:** posterior a la selección de los artículos, los documentos fueron exportados para la lectura respectiva, se registró de cada artículo el /los autores, año de publicación, lugar del estudio, revista, base electrónica, cuartil, número de participantes, resultados y diseño de estudio.

**6.8 Riesgo de sesgo en los estudios individuales:** para evitar el riesgo de sesgo de los estudios se procedió a realizar una revisión exhaustiva de la metodología utilizada a través de la Guía Prisma.



**6.9 Medidas de resumen:** los resultados fueron sintetizados de manera secuencial de acuerdo con los objetivos de la investigación. La información recolectada de los artículos fue presentada por medio de tablas, con porcentajes para las variables consideradas cuantitativas, los factores socio familiares, que se registraron odds radio, intervalo confianza (IC 95%) y valor de p.

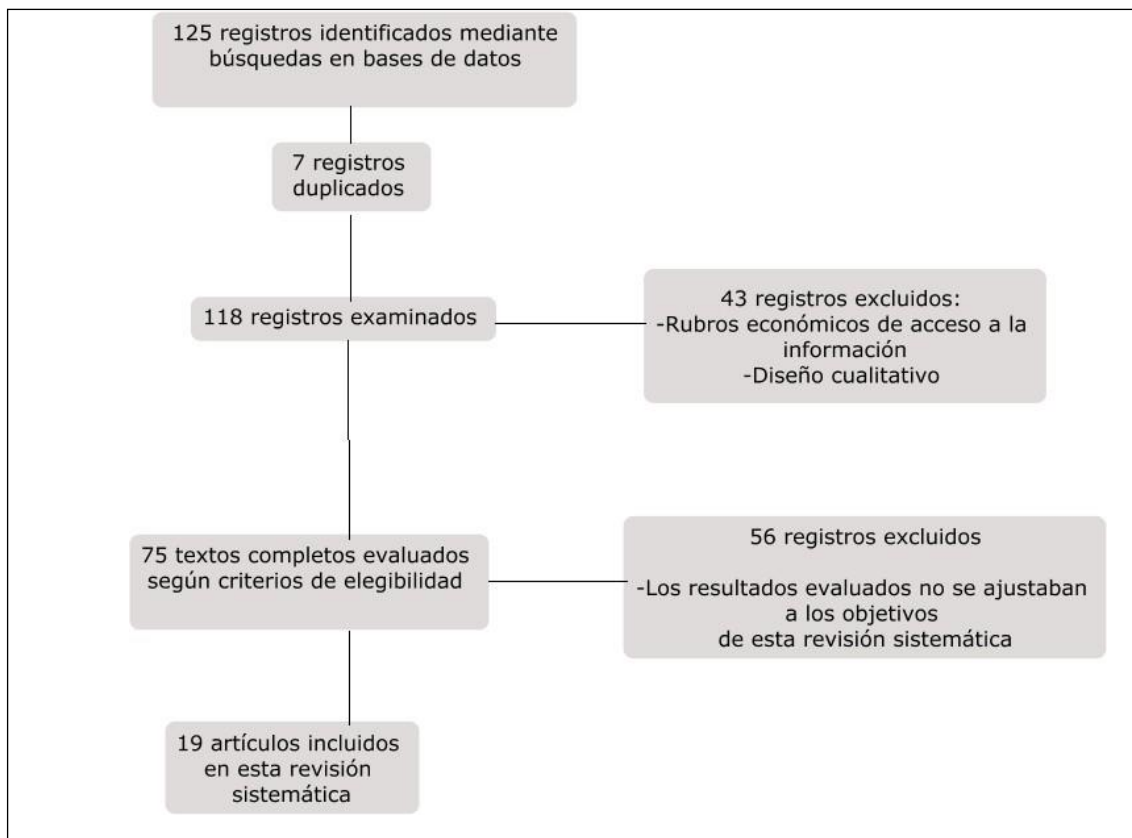
**6.10 Síntesis de resultados:** luego del análisis de los artículos se procedió a la presentación a través de las tablas.

## 7. RESULTADOS

### 7.1 Caracterización de artículos

Esta revisión sistemática incluyó 19 artículos que cumplieron con los criterios de elegibilidad, la mayoría de estudios fueron extraídos de Pubmed, con idioma inglés y calidad de evidencia cuartiluno y dos (gráfico 1).

Figura 1. Flujograma de selección de artículo



### 7.2 Métodos anticonceptivos más utilizados en la adolescencia

Identificamos doce artículos donde en sus conclusiones abordaron los métodos anticonceptivos que con mayor frecuencia utilizan los adolescentes, en este contexto, en todos los estudios pudimos identificar que los preservativos fueron sin duda el método de barrera con mayor aplicabilidad en la etapa de la adolescencia con frecuencias que variaron entre un 14,7% a 61,8% (49,50,52–61). Sin embargo, los anticonceptivos orales (ACO), inyectables, hormonales de larga duración y dispositivos intrauterinos también se mostraron como métodos de planificación de uso común durante la adolescencia con prevalencias variables en función de los autores consultados y las áreas geográficas donde se realizaron las diferentes investigaciones (49,50,52–55,57–59) (tabla 1).



**Tabla 1. Método anticonceptivo más frecuente utilizado por los adolescentes.**

Autor	Año	Lugar	Diseño	Participantes (adolescentes)	Tipos de Anticonceptivos	Porcentaje
Agyemang et al (52)	2019	Ghana	Analítico transversal	200	Preservativos	33.3
					ACI <sup>a</sup>	27.8
					LARC <sup>b</sup>	27.8
					ACO <sup>c</sup>	11.1
Steiner et al (53)	2016	Estados Unidos	Transversal	2.288	Preservativo	40.8
					ACO <sup>c</sup>	22
Ghobadzadeh et al (54)	2016	Estados Unidos	Transversal	253	Preservativo	60
					Hormonales	63
Cohen et al (55)	2017	Estados Unidos	Prospectivo	1048	DIU <sup>d</sup>	36.6
					LARC <sup>b</sup>	36.9
Villalobos et al (56)	2017	México	Transversal	3.824	Uso preservativos en primera relación sexual (hombres)	70.7
					Preservativos en primera relación sexual (mujeres)	69.8
Mostert et al (57)	2020	Sudáfrica	Transversal	79	Siempre usaron preservativo	61.8
					Rara vez o nunca usaron preservativo	42.9
					LARC <sup>b</sup>	3.8
Bakesiima et al (50)	2020	Uganda	Transversal	839	ACI <sup>a</sup>	42.5
					LARC <sup>b</sup>	35.6
					Preservativos	16.6
					Preservativos	33
Alatinga et al (49)	2020	Ghana	Transversal	503	ACI <sup>a</sup>	33
					ACE <sup>e</sup>	27
Szucs et al (58)	2020	E.E.U.U.	Transversal	3.189	Uso preservativos en la última relación sexual	54.3



Autor	Año	Lugar	Diseño	Participantes (adolescentes)	Tipos de Anticonceptivos	Porcentaje
					Uso continuo preservativo para prevenir embarazo	49.3
					ACO <sup>c</sup>	23.30
Crawford et al (61)	2021	Nigeria	Transversal	10.024	Preservativos	50.3
					ACE <sup>e</sup>	16.7
					Abstinencia	20.7
Opoku et al (60)	2020	África Sub-sahariana	Transversal	15.858	Preservativos	53.65
Olsen et al (59)	2018	Brasil	Analítico transversal	633	Preservativos	28.3
					ACO <sup>c</sup>	23.0
					ACO <sup>c</sup> y preservativos	14.7
					ACI <sup>a</sup>	13.6

Abreviaturas: ACI <sup>a</sup>: anticonceptivos inyectables; LARC <sup>b</sup>: anticonceptivos de acción prolongada (implantes); ACO <sup>c</sup>: anticonceptivos orales; DIU <sup>d</sup>: dispositivo intrauterino; ACE <sup>e</sup>: anticonceptivo de emergencia





## 7.3 Factores asociados al uso de métodos anticonceptivos

### 5.3.1 Factores sociodemográficos

Identificamos diez artículos donde se plantearon diversos factores de riesgo sociodemográficos asociados al uso de anticonceptivos (AC). En cuanto al nivel de instrucción, Sserwanja et al., (51) Crawford et al., (61) y Opoku et al., (60) observaron que mientras más elevado fue el nivel educativo de los adolescentes se presentaron mayores probabilidades de uso de AC, con intervalos de confianza concluyentes y relación estadísticamente significativa.

Igualmente, Chola et al., (62), en su estudio donde se comparó la evolución de los adolescentes desde la década de los 90 al año 2014, se identificó que la instrucción secundaria definitivamente fue un factor que permitió una mayor accesibilidad al AC. Noll et al., (63) buscaron la relación del nivel educativo de la madre de los adolescentes y el uso de AC, sin embargo, no encontraron una relación estadística (tabla 2).

Por su parte Sámano et al., (44) plantearon como variable de resultado de su estudio el no uso de métodos de planificación familiar (PF), y concluyeron que los adolescentes con bajo nivel educativo y aquellos que presentaban abandono escolar tuvieron mayores probabilidades de no utilizar AC cuando mantenían relaciones sexuales (tabla 2).

Entre otros factores varios autores coincidieron que a mayor nivel socio-económico más elevada es la probabilidad del uso de AC (49,51,56,61). Así mismo en lo que respecta al estado civil la mayoría de autores identificaron que el estar casada y/o mantener una relación estable permitió a las adolescentes el mayor empleo de AC (50,51,56,60,62), aunque contradictoriamente Appiah et al., (64) y Bakesiima et al., (50) observaron que las mujeres casadas y unión libre respectivamente tuvieron menor acceso a métodos de PF (tabla 2).

Las adolescentes residentes en áreas rurales según lo expuesto por Crawford et al., (61) Opoku et al., (60) y Chola et al., (62) fue un determinante que impidió que estas mujeres accedan a métodos de PF, se identificaron en estos estudios odds ratio inferiores a la unidad con significancia estadística e intervalos de confianza concluyentes (tabla 2).



En lo que respecta al área social, la buena comunicación conyugal según Challa et al., (65) fue un factor que permitió que las participantes de esta investigación tengan una mayor probabilidad de acceso a AC, contrariamente Ghobadzadeh et al., (54) y Crawford et al., (61) observaron que el tener una relación con una pareja estable y la percepción de que su pareja respecto al uso de AC fueron determinantes importantes que redujeron las posibilidades de emplear AC, además Bakesiima et al., (50) también mostraron que a mayor edad de la pareja se redujo la accesibilidad a métodos PF (tabla 3).

Ghobadzadeh et al., (54) identificaron que la relación y la aplicabilidad de normas psicosociales entre pares permitió una mayor probabilidad de uso de preservativos, aunque no encontraron dicha asociación con el empleo de anticonceptivos hormonales. Por su parte Vázquez et al., (66) evidenciaron que los adolescentes con amigos que tenían actividad sexual, que consumían alcohol y aquellos que recibieron información respecto a temas sexuales de fuentes no fiables tuvieron un mayor riesgo de no usar AC. Crawford et al., (61) subrayaron que la percepción de los pares sobre el uso de AC también limitó el acceso a métodos de PF (tabla 3).

### **5.3.2 Factores individuales**

En cuanto a los factores individuales, la edad fue un factor muy estudiado en múltiples artículos, es así que Sserwanja et al., (51) Chola et al., (62) Opoku et al., (60) y Olsen et al., (59), concluyeron en sus estudios que a mayor edad del adolescente ( $\geq 15$  años) la probabilidad del uso AC se elevó significativamente, contrariamente, Alatinga et al (49) identificaron que el tener  $>15$  años redujo las posibilidades de acceder a métodos de PF. Sámano et al (44) y Vázquez et al (66) observaron que los adolescentes  $<15$  años presentaron un riesgo elevado de no acceder AC. Finalmente, es importante visibilizar que Noll et al., (63) en su estudio donde compararon grupos de adolescentes varones y mujeres, concluyeron que en etapas tardías de la adolescencia estas últimas tienen menores probabilidades de no usar condón al contrario de los hombres que evidenciaron menores posibilidades de no utilizar preservativos (tabla 4).

En referencia al consumo de alcohol, tabaco y/o drogas, tres autores



coincidieron que esta exposición elevó las probabilidades de los adolescentes a no usar métodos AC (56,63,66). A su vez, Villalobos et al., (56) y Vázquez et al., (66) concluyeron en la adolescencia el desconocimiento sobre métodos PF los expone a no utilizarlos, así mismo Appiah et al., (64) observaron que el solo escuchar hablar sobre AC tradicionales permitió un mayor uso de AC, al contrario de Crawford et al., (61) mostraron que no oír sobre AC en su medio social durante los últimos 12 meses redujo la probabilidad de emplear AC en los adolescentes. Finalmente, Cohen et al., (55) observaron que alta aceptabilidad DIU e implante, Ghobadzadeh et al (54), que las habilidades manejo estrés y alta autoestima y Opoku et al (60) en cuanto a la capacidad de los adolescentes de tomar decisiones sobre salud reproductiva, fueron factores individuales que presentaron una elevada razón de probabilidades para que esta población emplee AC (tabla 5).



Tabla 2: Factores sociodemográficos

FACTORES SOCIALES, ECONÓMICOS, DEMOGRÁFICOS Y ESCOLARES										
Autor	Año	Lugar	Participantes	Diseño	Variable resultado	Factores de riesgo	OR <sup>c</sup>	IC 95%		Valor p
Sserwanja et al (51)	2021	Uganda	4264	Transversal	Uso ACM <sup>a</sup>	Alto nivel educativo	5.58	1.57	19.8	0.008
						Casadas	3.69	2.84	4.79	<0.001
						Nivel socio-económico medio	1.91	1.06	3.46	0.308
						Mujeres que trabajan	2.02	1.56	2.62	<0.001
						Residencia región oriental	1.69	1.18	2.43	<0.001
						Residencia región central	2.19	1.46	3.28	0.001
Sámano et al (44)	2019	México	600	Prospectivo	No uso ACM <sup>a</sup>	Abandono escolar	2.82	1.79	4.40	<0.001
						Bajo nivel de educativo	1.57	1.03	2.41	0.03
Bakesima et al (50)	2020	Uganda	839	Transversal	Uso ACM <sup>a</sup>	Unión libre	0.43	0.2	0.93	0.03
						Casadas	0.11	0.04	0.35	<0.001
Alating et al (49)	2020	Ghana	503	Transversal	Uso AC <sup>b</sup>	Instrucción secundaria	4.39	0.4	4.8	<0.05
						Alto nivel socioeconómico	4.6	1.49	14.19	<0.05
						Religión cristiana	0.18	0.04	0.86	<0.05
						Educación superior	4.6	2.7	8.00	<0.001
Crawford et al (51)	2021	Nigeria	10.024	Transversal	Uso ACM <sup>a</sup>	No cursar estudios al momento de aplicación de la encuesta	0.73	0.59	0.9	<0.003
						Residencia Rural	0.59	0.45	0.77	<0.001
						Alto nivel socioeconómico	2.7	1.5	5.00	<0.001
						Residencia rural	0.73	0.63	0.84	<0.001
Opoku et al (60)	2020	África Sub-sahariana	15.858	Transversal	Uso AC <sup>b</sup>	Instrucción primaria	2.01	1.71	2.36	<0.001
						Casadas/Unión libre	2.51	2.07	3.06	<0.001
						Instrucción secundaria	1.55	1.26	1.99	<0.001
						Alto nivel socioeconómico	1.55	1.26	1.99	<0.001
	2020	Zambia	9072	Transversal	Uso					<b>1996</b>



FACTORES SOCIALES, ECONÓMICOS, DEMOGRÁFICOS Y ESCOLARES									
Autor	Año	Lugar	Participantes	Diseño	Variable resultado	Factores de riesgo	OR <sup>c</sup>	IC 95%	Valor p
					AC <sup>b</sup>		OR <sup>c</sup>	IC	Valor p
						Residencia rural	0.55	0.31 0.97	0.04
						Instrucción primaria	2.05	0.31 4.37	0.06
						Instrucción secundaria	3.08	1.32 7.17	0.009
						Casada/Unión libre	1.93	1.25 2.97	0.003
						Divorciada/separada	0.7	0.22 2.2	0.55
						Trabaja	1.61	1.07 2.43	0.002
							<b>2001</b>		
							OR <sup>c</sup>	IC 95%	Valor p
						Residencia rural	0.82	0.52 1.31	0.82
						Instrucción primaria	1.19	0.65 2.17	0.56
						Instrucción secundaria	2.33	1.17 4.06	0.01
						Casada/Unión libre	2.86	1.92 4.26	0.00
						Divorciada/separada	0.83	0.3 2.27	0.72
						Trabaja	1.27	0.84 1.92	0.24
							<b>2007</b>		
							OR <sup>c</sup>	IC 95%	Valor p
						Residencia rural	0.65	0.43 1.00	0.05
						Instrucción primaria	3.52	1.38 8.96	0.008
						Instrucción secundaria	3.38	1.26 9.09	0.015
						Casada/Unión libre	2.4	1.56 3.71	0.00
						Divorciada/separada	3.19	1.24 8.2	0.016
						Trabaja	1.39	0.91 2.12	0.127
							<b>2013-2014</b>		
							OR <sup>c</sup>	IC 95%	Valor p
						Residencia rural	0.65	0.49 0.85	0.002



FACTORES SOCIALES, ECONÓMICOS, DEMOGRÁFICOS Y ESCOLARES										
Autor	Año	Lugar	Participantes	Diseño	Variable resultado	Factores de riesgo	OR <sup>c</sup>	IC 95%		Valor p
						Instrucción primaria	2.92	1.09	7.8	0.032
						Instrucción secundaria	3.58	1.33	9.63	0.011
						Casada/Unión libre	4.13	3.07	5.55	0.000
						Divorciada/separada	1.42	0.67	2.98	0.35
						Trabaja	1.34	1.01	1.77	0.037
							<b>Hombres</b>			
							OR <sup>c</sup>	IC 95%	Valor P	
						Alto nivel socioeconómico	1.3	0.6	3	0.454
						Casada/unión libre	2	0.6	6.3	0.76
							<b>Mujeres</b>			
							OR <sup>c</sup>	IC 95%	Valor P	
						Alto nivel socioeconómico	2.9	1.4	5.8	0.005
						Casada/unión libre	2.2	1.00	4.7	0.04
							<b>Hombres</b>			
							OR <sup>c</sup>	IC 95%	Valor P	
						Nivel educación madre				
						Instrucción primaria	1.13	1.00	1.25	> 0.05
						Instrucción secundaria	1.08	0.97	1.2	>0.05
						Superior y trabajando	1.07	0.96	1.2	>0.05
							<b>Mujeres</b>			
							OR <sup>c</sup>	IC 95%	Valor P	
						Nivel educación madre				
						Instrucción primaria	1.03	0.92	1.15	> 0.05
						Instrucción secundaria	1.02	0.91	1.15	>0.05
						Superior y trabajando	0.95	0.83	1.07	> 0.05
							<b>Tradicionales</b>			
	2020	Ghana	1541	Cohorte	Uso AC <sup>b</sup>					



FACTORES SOCIALES, ECONÓMICOS, DEMOGRÁFICOS Y ESCOLARES									
Autor	Año	Lugar	Participantes	Diseño	Variable resultado	Factores de riesgo	OR <sup>c</sup>	IC 95%	Valor p
Appiah et al (64)						Casadas	0.09	0.03 0.96	< 0.05
						Casadas	0.99	0.52 1.91	>0.05

Abreviaturas: ACM <sup>a</sup>: anticonceptivos modernos; AC <sup>b</sup>: anticonceptivos; OR <sup>c</sup>: odds ratio

**Tabla 3: Factores sociales: relación de pareja y pares**

FACTORES SOCIALES: RELACIÓN DE PAREJA										
Autor	Año	Lugar	Diseño	Participantes	Variable resultado	Factor	OR	IC 95%	Valor p	
Challa et al (65)	2020	Nigeria		1079	Uso de ACM <sup>a</sup>	Buena comunicación conyugal	16.83	9.06 31.2	<0.001	
Ghobadzadeh et al (54)	2016	E.E.U.U	Transversal	253	Uso preservativo	Buena relación con pareja estable	0.64	0.61 0.68	<0.001	
Bakesiima et al (50)	2020	Uganda	Transversal	839	Uso ACM <sup>a</sup>	Edad pareja (mayor edad < uso AC)	0.93	0.86 0.99	0.046	
Crawford et al(61)	2021	Nigeria	Transversal	10.024	Uso ACM <sup>a</sup>	Percepción de que su pareja no le apoya al uso AC	0.27	0.2 0.35	<0.001	

FACTORES SOCIALES: RELACIÓN CON LOS PARES										
Autor	Año	Lugar	Participantes	Diseño	Variable resultado	Factor	OR	IC	Valor p	
Vázquez et al(66)	2018	México	Analítico Transversal	1409	No uso AC <sup>b</sup> primera experiencia sexual	Amigos con actividad sexual	3.08	2.11 4.51	< 0.05	
						Amigos consumen alcohol	1.38	0.94 2.02	< 0.05	
						Información sexual fuentes no fiables	1.62	1.25 2.1	< 0.05	
Ghobadzadehet al (54)	2016	E.E.U.U	Transversal	253	Uso preservativo	Normas psicosociales entre pares	1.34	1.22 1.48	< 0.001	
						Relaciones con pares	1.14	0.97 1.37	0.1	
Crawford et al (61)	2021	Nigeria	Transversal	10.024	Uso ACH <sup>c</sup>	Relaciones con pares	0.95	0.91 1.00	0.06	
					Uso ACM <sup>a</sup>	Percepción de que sus amigos no le apoyan al uso AC <sup>b</sup>	0.54	0.42 0.7	< 0.001	



**Tabla4: Edad como factor individual al uso de anticonceptivos**

<b>FACTORES INDIVIDUALES: EDAD</b>											
<b>Autor</b>	<b>Año</b>	<b>Lugar</b>	<b>Participantes</b>	<b>Diseño</b>	<b>Variable resultado</b>	<b>Grupos de edad</b>	<b>OR<sup>d</sup></b>	<b>IC 95%</b>	<b>Valor p</b>		
Sserwanja et al (51)	2021	Uganda	4264	Transversal	Uso ACM <sup>a</sup>	15-17 años	4,18	3,19	5,49	< 0.001	
Sámano et al (44)	2019	México	600	Prospectivo	No uso ACM <sup>a</sup>	<15 años	1,95	1,28	2,97	0,002	
Bakesiima et al (50)	2020	Uganda	839	Transversal	Uso ACM <sup>a</sup>	18-19 años	0.75	0.48	1.16	0.194	
							<b>1996</b>				
							<b>OR<sup>d</sup></b>	<b>IC 95%</b>	<b>Valor p</b>		
							16 años	2.25	0.7	7.19	0.17
							17 años	1.733	0.54	5.52	0.35
							18 años	2.87	0.94	8.7	0.94
							19 años	4.17	1.37	12.6	0.0125
							<b>2001</b>				
							<b>OR<sup>d</sup></b>	<b>IC 95%</b>	<b>Valor p</b>		
Chola et al (62)	2020	Zambia	9072	Transversal	Uso ACM <sup>a</sup>	16 años	0.494	0.19	1.25	0.13	
						17 años	0.768	0.34	1.72	0.52	
						18 años	1.05	0.49	2.26	0.88	
						19 años	1.291	0.6	2.76	0.51	
							<b>2007</b>				
							<b>OR<sup>d</sup></b>	<b>IC 95%</b>	<b>Valor p</b>		
							16 años	1.06	0.46	2.43	0.88
							17 años	0.76	0.33	1.73	0.51
							18 años	1.42	0.65	3.1	0.37
							19 años	2.66	1.25	5.66	0.01
							<b>2013-2014</b>				





<b>FACTORES INDIVIDUALES: EDAD</b>										
<b>Autor</b>	<b>Año</b>	<b>Lugar</b>	<b>Participantes</b>	<b>Diseño</b>	<b>Variable resultado</b>	<b>Grupos de edad</b>	<b>OR<sup>d</sup></b>	<b>IC 95%</b>		<b>Valor p</b>
							<b>OR<sup>d</sup></b>	<b>IC 95%</b>	<b>Valor p</b>	
						16 años	1.04	0.53	2.06	0.88
						17 años	1.03	0.53	1.97	0.92
						18 años	2.71	1.49	4.93	0.001
						19 años	1.82	1.001	3.32	0.05
Vázquez et al (66)	2018	México	1409	Analítico transversal	No uso AC <sup>b</sup> durante primera experiencia sexual	<15 años	2.3	1.26	3,60	<0.05
Alatinga et al (49)	2020	Ghana	Transversal	503	Uso AC <sup>b</sup>	15 a 19 años	0.52	0.02	0.82	<0.05
Opoku et al (60)	2020	África Sub-sahariana	Transversal	15.858 adolescentes	Uso AC <sup>b</sup>	17 años	1.98	1.4	2.8	<0.001
						18 años	1.98	1.42	2.77	<0.001
						19 años	2.77	1.98	3.87	<0.001
Olsen et al (59)	2018	Brasil	Analítico	633 mujeres	Uso ACE <sup>c</sup>	18 a 19 años	2.05	1.36	3.36	0.000
Noll et al (63)	2020	Brasil	100962	Prospectivo	No uso de preservativo	<b>Hombres</b>				
							<b>OR<sup>d</sup></b>	<b>IC 95%</b>	<b>Valor p</b>	
						15 a 16 años	0.88	0.84	0.91	<0.001
						17 a 18 años	0.85	0.78	0.93	<0.001
						<b>Mujeres</b>				
							<b>OR<sup>d</sup></b>	<b>IC 95%</b>	<b>Valor p</b>	
15 a 16 años	1.07	1.01	1,14	0.004						
17 a 18 años	1.17	1,06	1,29	0.004						

Abreviaturas: ACM<sup>a</sup>: anticonceptivos modernos; AC<sup>b</sup>: anticonceptivos; ACE<sup>c</sup>: anticonceptivo de emergencia; OR<sup>d</sup>: odds ratio



**Tabla 5: hábitos tóxicos como factor individual al uso de anticonceptivos**

<b>FACTORES INDIVIDUALES: HÁBITOS</b>										
<b>Autor</b>	<b>Año</b>	<b>Lugar</b>	<b>Participantes</b>	<b>Diseño</b>	<b>Variable resultado</b>	<b>Factor</b>	<b>OR <sup>b</sup></b>	<b>IC 95%</b>		<b>Valor p</b>
Vázquez et al (66)	2018	México	1409	Analítico transversal	No uso de AC <sup>a</sup> en primera experiencia sexual	Fumador activo	1.4	1.07	1.82	< 0.05
						Consumo alcohol	1.41	1.13	1.76	< 0.05
Villalobos et al (56)	2017	México	Transversal	3.824	No uso AC <sup>a</sup>	<b>Hombres</b>				
						Uso alcohol y drogas en última relación sexual	1.5	0.6	3.8	0.35
						<b>Mujeres</b>				
						Uso alcohol y drogas en última relación sexual	2	1.1	3.8	0.03
						<b>Hombres</b>				
						Fumar	1.39	1.33	1.45	<0.001
Consumo alcohol	1.28	1.21	1.36	< 0.001						
Noll et al (63)	2020	Brasil	100962	Prospectivo	No uso de preservativo	<b>Mujeres</b>				
						Uso drogas (cocaína, marihuana y/o crack)	1.25	1.19	1.32	< 0.001
						<b>Mujeres</b>				
						Fumar	1.49	1.41	1.58	< 0.001
						Consumo alcohol	1.51	1.37	1.65	< 0.001
						Uso drogas (cocaína, marihuana y/o crack)	1.45	1.37	1.54	< 0.001

Abreviaturas: AC <sup>a</sup>: anticonceptivos; OR <sup>b</sup>: odds ratio



FACTORES INDIVIDUALES: CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS										
Autor	Año	Lugar	Diseño	Participantes	Variable resultado	Factores de riesgo	OR <sup>g</sup>	IC 95%		Valor p
Vázquez et al (66)	2018	México	Análítico transversal	1409	No uso AC <sup>a</sup> en primera experiencia sexual	Desconocimiento en métodos AC <sup>a</sup>	3.64	2.24	5.91	< 0.05
Ghobadze et al (54)	2016	Estados Unidos	Transversal	253	Uso preservativo	Habilidades de manejo de estrés	1.93	1.08	3.45	0.02
					Uso ACH <sup>b</sup>	Autoestima	1.65	1.5	1.7	< 0.001
					Uso DIU <sup>c</sup> versus SARC <sup>d</sup>	Alta aceptabilidad personal del DIU <sup>c</sup>	31.78	12.98	77.81	
					Implante versus SARC <sup>d</sup>	Alta aceptabilidad personal del implante	46.36	22.83	94.17	
Cohen et al (55)	2017	Unidos	Prospectivo	1048	Uso DIU <sup>c</sup> versus implante	Baja aceptabilidad personal del implante	50.77	14.04	183.54	< 0.05
						Conoce a alguien que usa el implante y no lo usa	11.21	2.48	50.74	
Crawford et al (61)	2021	Nigeria	Transversal	10.024	Uso ACM <sup>e</sup>	No escuchar de AC <sup>a</sup> en los últimos 12 meses en su medio social	0.65	0.51	0.82	< 0.001
Opoku et al (60)	2020	África Subsahariana	Transversal	15.858	Uso AC <sup>a</sup>	Autoeficacia para la AC <sup>a</sup>	3.1	2.3	4.2	< 0.001
						Capacidad de tomar decisiones sobre salud reproductiva	2.59	2.33	2.89	< 0.001
Appiah et al (64)	2020	Ghana	Cohorte	1541	Uso AC <sup>a</sup>	Escuchar hablar de PF <sup>f</sup>	5.36	1.23	7.32	< 0.05
						Escuchar hablar de PF <sup>f</sup>	1.19	0.67	2.11	> 0.05
Villalobos et al (56)	2017	México	Transversal	3.824	No uso AC <sup>a</sup>	Desconocimiento métodos AC <sup>a</sup>	2.4	1.04	5.5	0.04
						Desconocimiento métodos AC <sup>a</sup>	0.8	0.5	1.5	0.49



## 8. DISCUSIÓN

La adolescencia acarrea enormes cambios biológicos y psicosociales, con la consecuente aparición de nuevos acontecimientos y retos que debe afrontar el adolescente, en esta fase ellos deben aceptar los cambios de sus cuerpos, alcanzar cierta independencia del entorno familiar, buscar la identidad personal, relacionarse con sus pares, atender su creciente deseo sexual lo cual les empuja a relacionarse afectiva y sexualmente con otras personas. En este contexto, el empoderamiento del adolescente sobre su sexualidad, reproducción y anticoncepción es trascendental para evitar conductas sexuales de riesgo que converjan en eventos como el embarazo no deseado, enfermedades de transmisión sexual, muertes maternas, abortos inseguros, entre otros (67).

En esta revisión sistemática identificamos que en consenso múltiples autores concluyeron que el preservativo fue el método anticonceptivo más utilizado con cifras que fluctuaron entre un 14,7% a 61,8% (49,50,52–61). Aunque es importante subrayar no es el único método de PF usado durante la etapa de la adolescencia pues a decir de varios investigadores los anticonceptivos orales, inyectables, hormonales de larga duración y dispositivos intrauterinos también tuvieron gran protagonismo (49,50,52–55,57–59).

El fenómeno de mayor uso de preservativos en la adolescencia puede explicarse por el hecho de que esta es una opción accesible y económica, pues el resto de métodos anticonceptivos disponibles en el mercado requieren cierto control sanitario y mayores costos económicos, ello sumado a la desconfianza, miedo, preocupación y el cuestionamiento de los adolescentes sobre la repercusión sobre la salud y la estética, aunque en este punto es importante acotar que a la luz de los estudios consultados muchos adolescentes no utilizan ningún método de PF, incluyendo el preservativo, pues su uso a decir de este grupo poblacional reduce la intensidad del placer y/o interrumpe la relación sexual (3,13,38,58,59).

En la agrupación de factores socio-demográficos identificamos que, en cuanto al nivel de instrucción, Sserwanja et al., (51) Crawford et al., (61) y Opoku et al., (60), Chola et al., (62) observaron que mientras más elevado fue el nivel



educativo de los adolescentes se presentaron mayores probabilidades de empleo de AC. Así mismo, Sámano et al., (44) concluyeron que el bajo nivel educativo y el abandono escolar predispone al no uso de AC. Así mismo, Noll et al.,

(63) fueron los únicos investigadores que buscaron la relación del nivel educativo de la madre de los adolescentes y el uso de AC, pero no hallaron relación estadística.

El nivel socio-económico fue otro factor ampliamente descrito en muchos artículos, evidenciando que la probabilidad del uso de AC se elevó en adolescentes que pertenecían a estratos económicos medios y altos (49,51,56,61). En cuanto al estado civil, aunque la mayoría de autores consultados identificaron el estar casada y/o unión libre permitió un mayor empleo de métodos de PF (50,51,56,60,62), Appiah et al., (64) y Bakesiima et al., (50), expusieron en sus investigaciones que dichos estados civiles redujeron el acceso a AC. Crawford et al., (61) Opoku et al., (60) y Chola et al., (62) coincidieron en que residir en áreas rurales fue factor que impidió el acceso a AC.

En cuanto a las relaciones sociales, Ghobadzadeh et al., (54) y Challa et al., (65) observaron que la aplicabilidad de normas psicosociales entre pares y la comunicación conyugal efectiva elevó la probabilidad de uso de AC en la adolescencia. Contrariamente, Vázquez et al., (66) concluyeron que los adolescentes cuyos pares tenían vida sexual activa, aquellos que consumían alcohol y los recibieron información sobre sexualidad de fuentes no fiables presentaron riesgo significativo de no usar AC. Sinérgicamente Crawford et al., (61) identificaron que la percepción de los pares y de la pareja sobre el uso de AC redujo la aplicabilidad de métodos de PF, así mismo Bakesiima et al., (50) comprobaron a mayor edad de la pareja disminuyó la probabilidad de acceder a métodos de PF.

Respecto a los factores individuales, la edad es una variable importante que afecta la obtención de métodos AC, debido a que el entorno podría volverse una barrera de críticas y cuestionamientos en la búsqueda de AC (68). Sserwanja et al., (51) Chola et al., (62) Opoku et al., (60) y Olsen et al., (59), coincidieron en sus conclusiones que la probabilidad del uso AC se elevó con



la mayor edad cronológica del adolescente ( $\geq 15$  años). En discrepancia a lo expuesto, Alatinga et al (49), Noll et al (63) observaron que el tener  $>15$  años redujo el acceso a métodos de PF. Sámano et al (44) y Vázquez et al (66) identificaron que los adolescentes  $<15$  años presentaron un riesgo elevado de no acceder AC.

La deficiente o escasa utilización de métodos AC en adolescentes expuestos a hábitos tóxicos hace que haya una escasa valoración del riesgo, pues estos individuos no pueden establecer una correcta relación causa efecto entre conducta sexual sin protección y las consecuencias de estas acciones, ante estas aseveraciones Villalobos et al., (56) Noll et al., (63) y Vázquez et al., (66) evidenciaron que el consumo de alcohol, tabaco y/o drogas elevó las probabilidades de los adolescentes a no usar métodos de PF.

El acceso a información sobre AC en los adolescentes es obtenido en los diferentes entornos educativos, familiares y/o relación con sus pares, fuentes de internet, servicios de salud, entre otros (68). En este contexto, Villalobos et al., (56) y Vázquez et al., (66), acordaron que el desconocimiento sobre métodos PF expone a los adolescentes a no utilizar AC. En cuanto a la comunicación, Appiah et al., (64) identificaron que solo por el hecho de escuchar hablar sobre AC tradicionales aumentó la posibilidad de utilizarlos, en discrepancia con Crawford et al., (61) quienes demostraron que no oír sobre AC redujo la probabilidad de emplear métodos de PF.

Conjuntamente, respecto a las individualidades de cada adolescente Cohen et al., (55) y Ghobadzadeh et al (54) Opoku et al (60) observaron que alta aceptabilidad DIU e implante, las habilidades manejo estrés y alta autoestima y la capacidad de los adolescentes de tomar decisiones sobre salud reproductiva, fueron determinantes que mostraron una elevada razón de probabilidad para el uso de AC.

### **Limitaciones**

La principal limitación de esta revisión sistemática es la escasa bibliografía metodológicamente correcta que existe en la actualidad en relación con el uso de anticonceptivos por parte de los adolescentes y la relación entre factores



sociofamiliares e individuales del mismo, por lo cual los resultados se deben tomar con cautela, a pesar de ello se reconoce que esta es una de las primeras revisiones que se ha enfocado en esta temática lo cual la hace pionera en esta área.

### **Implicaciones**

Los hallazgos de este estudio proporcionan información relevante y de alta calidad para la futura programación de programas de planificación familiar en adolescentes en atención primaria, donde indudablemente un especialista en medicina familiar tiene un papel fundamental en la prestación de servicios de promoción y prevención no sólo de los adolescentes sino también de su entorno familiar.



## 9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 9.1 Conclusiones

- El preservativo fue el método de mayor uso en la población adolescente, sin embargo, los anticonceptivos orales, inyectables, hormonales de larga duración y dispositivos intrauterinos también se mostraron como métodos de planificación de uso común durante esta etapa.
- En referencia a los factores relacionados con el uso de métodos anticonceptivos durante la adolescencia evidenciamos que en cuanto a factores sociodemográficos, el mayor nivel de instrucción y socioeconómico, el estado civil casada o unión libre, la buena comunicación conyugal o de pareja y la relación de pares, fueron determinantes que incrementaron la probabilidad de emplear métodos de PF. Contrariamente, la residencia en áreas rurales, la mayor edad de la pareja, el consumo de alcohol e inicio de actividad sexual de sus pares y la recepción de información sobre temas sexuales de fuentes no viables, redujo la accesibilidad de los adolescentes a AC.
- La edad fue uno de los factores individuales más estudiados en las diferentes investigaciones, identificándose que a mayor rango de edad (>15 años), la elevada autoestima, la capacidad de cada adolescente de manejo del estrés y de tomar decisiones propias sobre su sexualidad, la aceptabilidad a ciertos métodos de PF, elevó la probabilidad de uso de AC. No obstante, el consumo de alcohol, tabaco y/o drogas, y el desconocimiento de métodos de PF aumentó las probabilidades de los adolescentes a no usar métodos AC.

### 9.2 Recomendaciones

- Es imperante poner en marcha estrategias de promoción y prevención que permitan reducir la tasa de fecundidad y natalidad, por lo que consideramos pertinente la aplicación de programas de educación sobre métodos de planificación familiar en adolescentes, lo cual como es evidente no solo protegerá a esta población vulnerable de embarazos no deseados, abortos inseguros e infecciones de transmisión sexual, sino además la aplicación efectiva y educación en el campo de derechos sexuales y reproductivos, mitigará no solo las consecuencias de las relaciones sexuales sin protección sino además incidirá positivamente en el desarrollo social y económico del país.





- Consideramos necesaria una triangulación de los actores encargados de la formación de los adolescentes en el campo de la sexualidad, donde tanto la familia, la comunidad y los servicios educativos y de salud, sumen acciones que no se encaminen en privar al adolescente del derecho a tomar decisiones sobre su sexualidad, sino más bien adicionar esfuerzos que permitan capacitarlos y/o prepararlos para que puedan lograr una elección que no perjudique sus proyecciones como miembros de la sociedad, además de que permitan concientizarse a los jóvenes en conductas y actitudes de riesgo tanto individuales como grupales.



## 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Adolescence: a period needing special attention. Age--not the whole story. [Internet]. [citado 25 de enero de 2021]. Disponible en: [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/pdfs/9241591269\\_op\\_handout.pdf](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/9241591269_op_handout.pdf)
2. Dennis ML, Radovich E, Wong KLM, Owolabi O, Cavallaro FL, Mbizvo MT, et al. Pathways to increased coverage: an analysis of time trends in contraceptive need and use among adolescents and young women in Kenya, Rwanda, Tanzania, and Uganda. *Reprod Health*. 17 de octubre de 2017;14(1):130.
3. Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Guía de Atención del Adolescente [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.samfyc.es/pdf/GdTAdol/2015009.pdf>
4. Restrepo-Méndez MC, Barros AJD, Requejo J, Durán P, Serpa LA de F, França GVA, et al. Progress in reducing inequalities in reproductive, maternal, newborn, and child health in Latin America and the Caribbean: an unfinished agenda. *Rev Panam Salud Publica*. julio de 2015;38(1):9-16.
5. Guzzo KB, Hayford SR. Adolescent Reproductive and Contraceptive Knowledge and Attitudes and Adult Contraceptive Behavior. *Matern Child Health J*. enero de 2018;22(1):32-40.
6. Garfield CF, Duncan G, Peters S, Rutsohn J, McDade TW, Adam EK, et al. Adolescent Reproductive Knowledge, Attitudes, and Beliefs and Future Fatherhood. *J Adolesc Health*. mayo de 2016;58(5):497-503.
7. Dehlendorf C, Rodriguez MI, Levy K, Borrero S, Steinauer J. Disparities in Family Planning. *Am J Obstet Gynecol*. marzo de 2010;202(3):214-20.
8. Darroch J, Woog V, Bankole A. Adding It Up: Costs and Benefits of Meeting the Contraceptive Needs of Adolescents [Internet]. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/report/adding-it-meeting-contraceptive-needs-of-adolescents>
9. World Health Organization. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/>
10. World Health Organization WH. Globally, the Adolescent Birth Rate in 2015 Was 44.1 per 1000 Women Aged 15–19 years [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/maternal-and-reproductive-health>
11. División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales



de las Naciones Unidas. World population prospects: fertility data 2020-2025 [Internet]. 2020. Disponible en: <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Fertility/>

12. Sedgh G, Finer LB, Bankole A, Eilers MA, Singh S. Adolescent pregnancy, birth, and abortion rates across countries: levels and recent trends. *J Adolesc Health*. febrero de 2015;56(2):223-30.
13. Casey SE, Gallagher MC, Kakesa J, Kalyanpur A, Muselemu J-B, Rafanoharana RV, et al. Contraceptive use among adolescent and young women in North and South Kivu, Democratic Republic of the Congo: A cross-sectional population-based survey. *PLoS Med*. marzo de 2020;17(3):e1003086.
14. Borovac-Pinheiro A, Surita FG, D'Annibale A, Pacagnella R de C, Pinto E Silva JL. Adolescent Contraception Before and After Pregnancy-Choices and Challenges for the Future. *Rev Bras Ginecol Obstet*. noviembre de 2016;38(11):545-51.
15. Cleland J, Shah IH, Benova L. A Fresh Look at the Level of Unmet Need for Family Planning in the Postpartum Period, Its Causes and Program Implications. *Int Perspect Sex Reprod Health*. septiembre de 2015;41(3):155-62.
16. Ramírez GR, Bravo PE, Vivaldi MIM, Manríquez IP, Pérez TG. [Adolescents' access to contraception: perceptions of health workers in Huechuraba, Chile]. *Rev Panam Salud Publica*. 8 de junio de 2017;41:e77.
17. de Castro F, Place JM, Allen-Leigh B, Barrientos-Gutierrez T, Dues K, Eternod Arámburu M, et al. Perceptions of adolescent «simulated clients» on barriers to seeking contraceptive services in health centers and pharmacies in Mexico. *Sex Reprod Healthc*. junio de 2018;16:118-23.
18. Rose EM, Rajasingam D, Derkenne RC, Mitchell V, Ramlall AA. Reproductive health knowledge, attitudes and practices of adolescents attending an obstetric unit in Georgetown, Guyana. *J Fam Plann Reprod Health Care*. abril de 2016;42(2):116-8.
19. Rios-Zertuche D, Blanco LC, Zúñiga-Brenes P, Palmisano EB, Colombara DV, Mokdad AH, et al. Contraceptive knowledge and use among women living in the poorest areas of five Mesoamerican countries. *Contraception*. junio de 2017;95(6):549-57.
20. Bongaarts J, Mensch BS, Blanc AK. Trends in the age at reproductive transitions in the developing world: The role of education. *Popul Stud (Camb)*. julio de 2017;71(2):139-54.
21. Blanquet-García J, Montoya-Cázarez A, Carranza-Lira S. [Sociodemographic characteristics of the pregnant adolescent in a high specialty hospital]. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2016;54 Suppl 3:S238-41.



22. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB, et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet*. 11 de junio de 2016;387(10036):2423-78.
23. Organización Mundial de la Salud. Salud del adolescente y del joven adulto [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
24. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller A-B, Gemmill A, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario- based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet*. 30 de enero de 2016;387(10017):462-74.
25. World Health Organization. Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!) [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241512343>
26. de Vargas Nunes Coll C, Ewerling F, Hellwig F, de Barros AJD. Contraception in adolescence: the influence of parity and marital status on contraceptive use in 73 low-and middle-income countries. *Reprod Health*. 21 de febrero de 2019;16(1):21.
27. Las naciones unidas. International Conference on Human Rights [Internet]. [citado 25 de enero de 2021]. Disponible en: </es/node/9058>
28. OMS. Selected practice recommendations for contraceptive use [Internet]. WHO. World Health Organization; 2016 [citado 25 de enero de 2021]. Disponible en: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/SPR-3/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/SPR-3/en/)
29. Chandra-Mouli V, Parameshwar PS, Parry M, Lane C, Hainsworth G, Wong S, et al. A never-before opportunity to strengthen investment and action on adolescent contraception, and what we must do to make full use of it. *Reprod Health*. 20 de julio de 2017;14(1):85.
30. Guttmacher Institute. Adding it up: investing in contraception and maternal and newborn health, 2017 [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/addingit-up-contraception-mnh-2017>
31. Bitzer J, Abalos V, Apter D, Martin R, Black A, Global CARE (Contraception: Access, Resources, Education) Group. Targeting factors for change: contraceptive counselling and care of female adolescents. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. diciembre de 2016;21(6):417-30.
32. Todd N, Black A. Contraception for Adolescents. *J Clin Res Pediatr Endocrinol*. 6 de febrero de 2020;12(Suppl 1):28-40.



33. Cohen N, Mendy FT, Wesson J, Protti A, Cissé C, Gueye EB, et al. Behavioral barriers to the use of modern methods of contraception among unmarried youth and adolescents in eastern Senegal: a qualitative study. *BMC Public Health* [Internet]. 29 de junio de 2020 [citado 25 de septiembre de 2021];20(1):1025. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09131-4>
34. Committee on adolescence. The Adolescent's Right to Confidential Care When Considering Abortion. *Pediatrics*. febrero de 2017;139(2): e20163861.
35. American College of Obstetricians and Gynecologists. Adolescent Pregnancy, Contraception, and Sexual Activity [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.acog.org/en/Clinical/Clinical%20Guidance/Committee%20Opinion/Articles/017/05/Adolescent%20Pregnancy%20Contraception%20and%20Sexual%20Activity>
36. Faculty of Sexual Reproductive Health Care of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. FSRH Clinical Guideline: Contraceptive Choices for Young People (March 2010, amended May 2019) [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/cec-ceu-guidance-young-people-mar-2010/>
37. Madden T, McNicholas C, Zhao Q, Secura GM, Eisenberg DL, Peipert JF. Association of age and parity with intrauterine device expulsion. *Obstet Gynecol*. octubre de 2014;124(4):718-26.
38. Peláez J. El uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Internet]. 2016;42. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138600X2016001000011](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2016001000011)
39. Lopez LM, Stockton LL, Chen M, Steiner MJ, Gallo MF. Behavioral interventions for improving dual-method contraceptive use. *Cochrane Database Syst Rev*. 30 de marzo de 2014;(3):CD010915.
40. World Health Organization. Sexual and Reproductive Health and Research (SRH) [Internet]. 2005. Disponible en: [https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-\(srh\)/overview](https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-(srh)/overview)
41. Jimenez J. Problemas ginecológicos más frecuentes y anticoncepción en la adolescencia. En Madrid: Lua Ediciones; 2017. p. 223-32. Disponible en: [https://www.aepap.org/sites/default/files/223-232\\_problemas\\_ginecologicos\\_mas\\_frecuentes.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/223-232_problemas_ginecologicos_mas_frecuentes.pdf)



42. Ghobadzadeh M, Sieving RE, Gloppen K. Positive Youth Development and Contraceptive Use Consistency. *J Pediatr Health Care*. agosto de 2016;30(4):308-16.
43. Amialchuk A, Gerhardinger L. Contraceptive use and pregnancies in adolescents' romantic relationships: role of relationship activities and parental attitudes and communication. *J Dev Behav Pediatr*. marzo de 2015;36(2):86-97.
44. Sámano R, Martínez-Rojano H, Chico-Barba G, Sánchez-Jiménez B, Sam-Soto S, Rodríguez-Ventura AL, et al. Sociodemographic Factors Associated with the Knowledge and Use of Birth Control Methods in Adolescents before and after Pregnancy. *Int J Environ Res Public Health*. 20 de marzo de 2019;16(6):E1022.
45. Alatinga KA, Allou LA, Kanmiki EW. Contraceptive use among migrant adolescent girl head porters in Southern Ghana: Policy implications for sexual and reproductive health education and promotion. *Children and Youth Services Review*. 1 de enero de 2021;120:105651.
46. Estrada F, Campero L, Suárez-López L, De la Vara-Salazar E, González-Chávez G. Conocimientos sobre riesgo de embarazo y autoeficacia en hombres adolescentes: apoyo parental y factores escolares. *Salud Publica Mex*. 25 de agosto de 2017;59(5, sep-oct):556.
47. Obasohan PE. Religion, Ethnicity and Contraceptive Use among Reproductive age Women in Nigeria. *Int J MCH AIDS [Internet]*. 2015 [citado 25 de septiembre de 2021];3(1):63-73. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4948172/>
48. Gold MA, Sheftel AV, Chiappetta L, Young AJ, Zuckoff A, DiClemente CC, et al. Associations between religiosity and sexual and contraceptive behaviors. *J Pediatr Adolesc Gynecol [Internet]*. octubre de 2010 [citado 25 de septiembre de 2021];23(5):290-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2933332/>
49. Alatinga K, Leander A, Kanmiki E. Contraceptive use among migrant adolescent girl head porters in Southern Ghana: Policy implications for sexual and reproductive health education and promotion. *Children and Youth Services Review*. 28 de octubre de 2020;120.
50. Bakesiima R, Cleeve A, Larsson E, Tumwine JK, Ndeezi G, Danielsson KG, et al. Modern contraceptive use among female refugee adolescents in northern Uganda: prevalence and associated factors. *Reprod Health [Internet]*. 20 de mayo de 2020 [citado 20 de septiembre de 2021];17:67. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7238518/>
51. Sserwanja Q, Musaba MW, Mukunya D. Prevalence and factors associated with modern contraceptives utilization among female adolescents in Uganda. *BMC Womens Health*. 10 de febrero de 2021;21(1):61.



52. Agyemang J, Newton S, Nkrumah I, Tsoka-Gwegweni JM, Cumber SN. Contraceptive use and associated factors among sexually active female adolescents in Atwima Kwanwoma District, Ashanti region-Ghana. *Pan Afr Med J.* 2019;32:182.
53. Steiner RJ, Liddon N, Swartzendruber AL, Rasberry CN, Sales JM. Long-Acting Reversible Contraception and Condom Use Among Female US High School Students: Implications for Sexually Transmitted Infection Prevention. *JAMA Pediatr.* 1 de mayo de 2016;170(5):428-34.
54. Ghobadzadeh M, Sieving RE, Gloppen K. Positive Youth Development and Contraceptive Use Consistency. *J Pediatr Health Care.* agosto de 2016;30(4):308-16.
55. Cohen R, Sheeder J, Kane M, Teal SB. Factors Associated With Contraceptive Method Choice and Initiation in Adolescents and Young Women. *J Adolesc Health.* octubre de 2017;61(4):454-60.
56. Villalobos A, Castro F, Rojas R, Allen-Leigh B. Anticoncepción en adolescentes mexicanos de escuelas del nivel medio superior: uso y necesidades insatisfechas. *Salud Pública de México.* 25 de agosto de 2017;59:566.
57. Mostert K, Sethole KM, Khumisi O, Peu D, Thambura J, Ngunyulu RN, et al. Sexual knowledge and practice of adolescent learners in a rural South African school. *Afr Health Sci [Internet].* marzo de 2020 [citado 22 de septiembre de 2021];20(1):28-38. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7750082/>
58. Szucs L, Lowry R, Fasula A, Pampati S, Copen C, Hussaini K, et al. Condom and Contraceptive Use Among Sexually Active High School Students — Youth Risk Behavior Survey, United States, 2019. *MMWR Supplements.* 21 de agosto de 2020;69:11-8.
59. Olsen JM, Lago TDG, Kalckmann S, Alves MCGP, Escuder MML. Práticas contraceptivas de mulheres jovens: inquérito domiciliar no Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública [Internet].* 19 de febrero de 2018 [citado 23 de septiembre de 2021];34(2). Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2018000205011&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000205011&lng=pt&tlng=pt)
60. Opoku BO, Hagan JE, Seidu A-A, Sambah F, Adoboi F, Schack T, et al. Female adolescents' reproductive health decision-making capacity and contraceptive use in sub-Saharan Africa: What does the future hold? *PLoS One.* 2020;15(7):e0235601.
61. Crawford EE, Atchison CJ, Ajayi YP, Doyle AM. Modern contraceptive use among unmarried girls aged 15-19 years in South Western Nigeria: results from a cross-sectional baseline survey for the Adolescent 360 (A360) impact evaluation. *Reprod Health.* 6 de enero de 2021;18(1):6.



62. Chola M, Hlongwana K, Ginindza TG. Patterns, trends, and factors associated with contraceptive use among adolescent girls in Zambia (1996 to 2014): a multilevel analysis. *BMC Womens Health* [Internet]. 26 de agosto de 2020 [citado 20 de septiembre de 2021];20:185. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7449019/>
63. Noll M, Noll PRES, Gomes JM, Soares Júnior JM, Silveira EA, Sorpreso ICE. Associated factors and sex differences in condom non-use among adolescents: Brazilian National School Health Survey (PeNSE). *Reprod Health* [Internet]. 7 de septiembre de 2020 [citado 16 de septiembre de 2021];17:139. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7487653/>
64. Appiah F, Seidu A-A, Ahinkorah BO, Baatiema L, Ameyaw EK. Trends and determinants of contraceptive use among female adolescents in Ghana: Analysis of 2003–2014 Demographic and Health Surveys. *SSM Popul Health* [Internet]. 8 de febrero de 2020 [citado 22 de septiembre de 2021];10:100554. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7047172/>
65. Challa S, Shakya HB, Carter N, Boyce SC, Brooks MI, Aliou S, et al. Associations of spousal communication with contraceptive method use among adolescent wives and their husbands in Niger. *PLoS One* [Internet]. 10 de agosto de 2020 [citado 21 de septiembre de 2021];15(8): e0237512. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7416918/>
66. Vázquez-Rodríguez CF, Vazquez-Nava F, Vazquez-Rodriguez EM, Castillo-Ruiz O, Vargas Correa JB, Ortega Betancourt NV. Family, personal, and social factors associated with the non-use of contraceptive methods during the first sexual experience in adolescent women. *J Public Health Policy*. febrero de 2018;39(1):100-10.
67. Sserwanja Q, Musaba M, Mukunya D. Prevalence and factors associated with modern contraceptives utilization among female adolescents in Uganda. *BMC Women's Health*. 10 de febrero de 2021;21(1):1-10.
68. Gómez-Inclán S, Durán-Arenas L. El acceso a métodos anticonceptivos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*. 31 de mayo de 2017;59:236.





## 11. ANEXOS

### 11.1 Anexo 1. Recursos materiales

Recurso	Unidad	Costo unitario	Costo global
Material de oficina	1	40\$	40\$
Horas de internet	-----	100\$	100\$
Computador	1	240	240
Total			380\$

### 11.2 Anexo 2. Cronograma

Actividades	Marzo 2021	Abril 2021	Mayo 2021	Junio 2021	Julio 2021	Agosto 2021	Septiembre 2021	Responsable
Elaboración del nuevo protocolo de tesis y socialización	X							Autor
Búsqueda y selección de artículos objeto de análisis		X	X					Autor
Análisis de los artículos seleccionados			X	X				Autor
Recopilación y extracción de datos				X	X	X		Autor
Síntesis de resultados						X		Autor
Informe final							X	Autor



11.3 Anexo 3. Selección de artículos.

Titulo	Autores / fecha de publicación	País	Fuente	Ranking	Tipo de estudio	Objetivo de estudio	Muestra	Métodos anticonceptivos más utilizado	Porcentaje de conocimiento sobre el uso de los anticonceptivos	Factores socio-familiares asociados con conocimientos actitudes prácticas sobre el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes
Positive Youth Development and Contraceptive Use Consistency	Ghobadzadehet al. (42)	E.E.U.U	Journal of pediatric health care	Q2	Transversal	Determinar la existencia de asociaciones entre un conjunto de factores protectores, específicamente indicadores de desarrollo positivo, y la consistencia del uso de anticonceptivo en adolescentes.	253 adolescentes	Condón: 40%	No se especifica	Los adolescentes con mayor autoestima y mayor vínculo familiar informaron un uso más constante de anticonceptivos hormonales.
Contraceptive use among migrant adolescent girl head porters in Southern Ghana: Policy implications for sexual and	Alatinga et al., Octubre 2020 (45)	Ghana	Children and Youth Services Review	Q1	Transversal	Este artículo examina los niveles de conocimiento y las experiencias sobre el uso de anticonceptivos entre las niñas adolescentes	503 adolescentes	Condón: 33%, inyectable: 33%, pastilla del día siguiente: 27%	El 78% tiene conocimientos acerca de los anticonceptivos	Edad (OR: 3,52, IC95%: (0,02-0,82), educación secundaria (OR: 4,39, IC95%: (0,40 - 4,80), situación socioeconómica (SES) (OR: 4,60, IC95%: (1,49 - 14,19) y etnia (OR: 4,35, IC95%: (1,33 - 14,21)



reproductive health education and promotion						migrantes y jefes de obra en Ghana, con el objetivo de despertar el interés entre las partes interesadas relevantes para la educación y promoción de la salud sexual y reproductiva entre las niñas adolescentes migrantes e n Ghana.				
---	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--



### 11.4 Anexo 4. Evaluación de la calidad metodológica

	Artículo	Recomendación
<b>Título y resumen</b>	1	(a) Indicar el diseño del estudio con un término comúnmente utilizado en el título o el resumen b) Proporcionar en abstracto un resumen informativo y equilibrado de lo que se hizo y lo que se encontró
<b>Introducción</b>		
Antecedentes/fundamentos	2	Explicar los antecedentes científicos y las razones para la investigación que se está informando
Objetivos	3	Objetivos específicos del Estado, incluidas las hipótesis preespecificadas
<b>Métodos</b>		
Diseño del estudio	4	Presentar elementos clave del diseño del estudio al principio del trabajo
Ajuste	5	Describir la configuración, las ubicaciones y las fechas pertinentes, incluidos los períodos de contratación, exposición, seguimiento y recopilación de datos
Participantes	6	(a) <i>Estudio de cohorte</i> —Proporcione los criterios de elegibilidad y las fuentes y métodos de selección de los participantes. Describir los métodos de seguimiento <i>Estudio de control decasos</i> :proporcione los criterios de elegibilidad y las fuentes y métodos de determinación de casos y selección de control. Dar la razón para la elección de casos y controles <i>Estudio transversal</i> —Dé los criterios de elegibilidad, y las fuentes y métodos de selección de los participantes (b) <i>Estudio de cohortes</i> —Para estudios coincidentes, dar criterios de coincidencia y número de <i>Estudio de control decasos</i> —Para estudios coincidentes, dar criterios de coincidencia y el número de controles por caso
Variables	7	Defina claramente todos los resultados, exposiciones, predictores, confundores potenciales y modificadores de efectos. Dar criterios de diagnóstico, si corresponde
Fuentes de datos/ medición	8*	Para cada variable de interés, proporcione fuentes de datos y detalles de los métodos de evaluación (medición). Describir la comparabilidad de los métodos de evaluación si hay más de un grupo
Predisposición	9	Describir cualquier esfuerzo para abordar posibles fuentes de sesgo
Tamaño del estudio	10	Explicar cómo se llegó al tamaño del estudio
Variables cuantitativas	11	Explicar cómo se manejaron las variables cuantitativas en los análisis. Si procede, describa qué agrupaciones se eligieron y por qué
Métodos estadísticos	12	(a) Describir todos los métodos estadísticos, incluidos los utilizados para controlar (b) Describir los métodos utilizados para examinar subgrupos e interacciones c) Explicar cómo se abordaron los datos que faltan (d) <i>Estudio de cohorte</i> —Si procede, explique cómo se abordó la pérdida de seguimiento (e) <i>Estudio de control decasos</i> —Si procede, explique cómo se abordó la coincidencia de casos y controles (f) <i>Estudio transversal</i> —Si procede, describa los métodos analíticos teniendo en cuenta la estrategia de muestreo (e) Describir cualquier análisis de sensibilidad
Participantes	13*	(a) Reportar el número de individuos en cada etapa del estudio, por ejemplo, números potencialmente elegibles, examinados para la elegibilidad, confirmados elegibles, incluidos en el estudio, completando el seguimiento y analizando (b) Dar razones para no participar en cada etapa (c) Considerar el uso de un diagrama de flujo
Datos descriptivos	14*	(a) Dar características de los participantes del estudio (por ejemplo, demográficos, clínicos, sociales) e información sobre exposiciones y posibles confundientes (b) Indicar el número de participantes con datos que faltan para cada variable de interés (c) <i>Estudio de cohortes</i> —Resumen del tiempo de seguimiento (por ejemplo, importe medio y total)



Datos de resultados	15*	<i>Estudio de cohorte</i> —Informe del número de eventos de resultados o medidas de resumen a lo largo del tiempo <i>Estudio de control de casos</i> : informe de números en cada categoría de exposición o medidas resumidas de exposición <i>Estudio transversal</i> : informe del número de eventos de resultados o medidas resumida
Principales resultados	16	(a) Dar estimaciones injustificadas y, si procede, estimaciones ajustadas por confundir y su precisión (por ejemplo, intervalo de confianza del 95%). Dejar claro para qué confundidores se ajustaron y por qué se incluyeron (b) Informe de los límites de la categoría cuando se clasificaron variables continuas (c) Si procede, considere traducir las estimaciones de riesgo relativo en riesgo absoluto durante un período de tiempo significativo
Otros análisis	17	Informe de otros análisis realizados, como análisis de subgrupos e interacciones, y análisis de sensibilidad
Discusión		
Resultados clave	18	Resumir los resultados clave con referencia a los objetivos del estudio
Limitaciones	19	Discutir las limitaciones del estudio, teniendo en cuenta las fuentes de sesgo potencial o imprecisión. Discutir tanto la dirección como la magnitud de cualquier sesgo potencial
interpretación	20	Dar una interpretación general cautelosa de los resultados considerando objetivos, limitaciones, multiplicidad de análisis, resultados de estudios similares y otras pruebas pertinentes
Generalidad	21	Discutir la generalidad (validez externa) de los resultados del estudio
Otra información		
financiación	22	Dar la fuente de financiación y el papel de los financiadores para el presente estudio y, si procede, para el estudio original en el que se basa el presente artículo

0 = mala metodología  
1 = buena metodología

Para la selección del estudio se tomaron a todos los artículos que sumaran un valor total  $\geq 10$ .