



---

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE  
CHIMBOTE**

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

**FOMENTANDO ACCESIBILIDAD A LAS MUJERES  
EN EDAD FÉRTIL A LOS MÉTODOS  
ANTICONCEPTIVOS. CENTRO DE SALUD  
MONTERREY – CARIAMPAMPA, 2018**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO  
DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD  
FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**AUTOR:  
LIC. MARY CECILIA MARTEL ATENCIA**

**ASESORA:  
DRA.ENF. SONIA AVELINA GIRON LUCIANO**

**HUARAZ – PERÚ  
2018**

## **JURADO EVALUADOR**

Dra. Enf.: María Adriana Vílchez Reyes

**Presidenta**

Mgtr. Rosa María Sánchez Nazario

**Miembro**

Mgtr. Virginia Barrios Llumpo

**Miembro**

## AGRADECIMIENTO

DIOS padre todopoderoso por su  
inmenso AMOR que me  
demuestra día a día.

Mi esposo e hija, cuyo amor se  
manifiesta de tantas maneras, pero  
especialmente en su inagotable  
paciencia y comprensión.

Mi asesora por su apoyo en el  
desarrollo del presente trabajo  
académico.

## **DEDICATORIA**

A toda mi hermosa familia, mi único soporte y  
refugio.

# ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
I.PRESENTACIÓN	1
II.HOJA RESUMEN	4
2.1. Titulo del Proyecto:	4
2.2.Localizacion:	4
2.3.Poblacion Beneficiaria:	4
2.4.Institución que lo Presenta:	4
2.5.Duracion del Proyecto:	4
2.6.Costo Total:	4
2.7.Resumen:	5
III.JUSTIFICACIÓN:	7
IV.OBJETIVOS	43
V.METAS:	39
VI.METODOLOGIA	39
6.1.Lineas de acción y/o estrategias de intervención:	39
6.2.Sostenibilidad del proyecto	48
VII. SISTEMA DE MONITOREO Y SUPERVISIÓN	49
VIII.RECURSOS REQUERIDOS	53
IX.CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES	58
X.ASPECTOS ORGANIZATIVOS E NSTITUCIONALES	64
XI.COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES	56
XII.REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA	57
ANEXOS	68

## **I. PRESENTACIÓN**

La tasa normal de mortalidad materna disminuyó en un 30% en todo el mundo, sigue siendo alta en América Latina: “En Perú la tasa de mortalidad materna es de 93 pases maternos por cada 100.000 nacidos vivos (ENDES 2010), un supuesto que envuelve variaciones sustanciales conectado a factores financieros, de tierra, disponibilidad para las administraciones de bienestar, entre otros”. A pesar de que la realidad del asunto es que en Perú, se ha dado cuenta de cómo disminuir la mortalidad materna en contraste con el año 2000, todavía hay dificultades asombrosas a la espera de tener en cuenta el objetivo final para lograr el objetivo de Milenio (1).

En el mundo, la planificación familiar se percibe como la principal intercesión que salva vidas de mamás y niños (OMS 2012), a la luz del hecho de que si una mujer con la ayuda de su cómplice diseña su familia utilizando anticonceptivos viables, le hará tener la capacidad de reducir los embarazos peligrosos y posponer el origen hasta el punto en que se encuentran en circunstancias suficientes en cuanto al bienestar, la economía y la educación (1).

Con respecto al interés de la planificación familiar, Perú demostró un desarrollo en las cercanías de 1992 y 2014, la utilización de anticonceptivos (todas las técnicas) se expandió al 74,6% (damas en asociación). Lo común de las técnicas actuales entre las mujeres se unió en la edad fértil, del 41,3% de cada 1992 al 52,2% de 2014 (3 de cada 4 mujeres utilizan algún tipo de anticoncepción). A partir de ahora, el MINSA ha ampliado el alcance de las técnicas preventivas con el condón femenino, inyectable mensual e implante.

El interés insatisfecho por PF ha disminuido poco últimamente, de 10,2 de cada 2000 (ENDES 2000) a 8,6 de 2014 (ENDES 2014). A pesar de que, por regla general, la solicitud insatisfecha o la necesidad descuidada ha disminuido debido a la expansión en el suministro de técnicas profilácticas y la correcta utilización de las mismas, aún quedan agujeros en la población rústica y el número de habitantes en el quintil más pobre (1).

Esa es la razón por la cual, últimamente, el Ministerio de Salud ha intentado esfuerzos notables para mejorar el alcance completo de las administraciones y atender la demanda de la población en las partes distintivas del bienestar sexual y conceptual, también ha creado técnicas para disminuir la mortalidad materna y mejorar la calidad de vida y la salud de las personas, que se ve afectada en gran medida por sus prácticas y esfera de la sexualidad y la reproducción, por lo que se considera un componente clave para la mejora, reforzar las actividades de salud sexual y reproductiva.

Es sobresaliente que la utilización viable de la anticoncepción disminuye la cantidad de embarazos riesgosos, lo que permite a estas mujeres específicamente otorgar el embarazo hasta el punto en que se encuentren en condiciones de bienestar que les permitan esperarlo. Es importante avanzar en la actividad de una sexualidad confiable, en vista de las relaciones de correspondencia y el valor entre los géneros y la plena consideración de la integridad física de la persona, dentro de la estructura de un enfoque para disminuir la muerte materna. Por lo tanto, se ha planteado la necesidad de reforzar las actividades de planificación familiar, para garantizar que la población tenga un acceso más prominente a las técnicas preventivas,

garantizando la organización de las mismas en todas las oficinas de bienestar, especialmente en las zonas rurales (2).

Por tales razones en la investigación se busca evaluar la: Limitada accesibilidad de las mujeres en edad fértil al C.S. Monterrey para adquirir un método anticonceptivo de la localidad de Carianpampa, para lo cual se realizara el empleo de metodologías y técnicas que ayuden a desarrollar el trabajo, por otro lado el proyecto está alineado lo establecido por el MINSA, además se espera que el estudio sea un aporte valioso para los jefes de bienestar y para todos los expertos en bienestar que necesitan mejorar los problemas de nuestras instituciones.

Está dirigido especialmente a todos los obstetras que trabajan en los diferentes establecimientos de salud de la provincia, confiando en que se contribuya para mejorar la satisfacción personal de las mujeres en edad fértil.

## II. HOJA RESUMEN

### 2.1. TITULO DEL PROYECTO:

**FOMENTANDO ACCESIBILIDAD A LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL A LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS. CENTRO DE SALUD MONTERREY- CARIANPAMPA, 2018**

### 2.2. LOCALIZACION:

Distrito : Independencia

Provincia : Huaraz

Departamento : Ancash

Región : Ancash

### 2.3. POBLACION BENEFICIARIA:

· **Beneficiarios Directos:** Población usuaria del centro de salud de Monterrey.

· **Beneficiarios Indirectos:**

Centro poblados de los alrededores.

Personal de salud que labora en el C.S: Monterrey

### 2.4. INSTITUCIÓN QUE LO PRESENTA:

Centro de Salud Monterrey – Ministerio de Salud.

### 2.5. DURACION DEL PROYECTO: 2 años.

Fecha Inicio : Julio 2018.

Fecha Término : junio 2020.

**COSTO TOTAL: S/. 57,570**

## 2.6. RESUMEN:

El presente trabajo académico tiene como iniciativa promover acceso a las mujeres en edad fértil al método anticonceptivo en el c.s. Monterrey de la localidad de Carianpampa por tales razones el trabajo se enfoca en brindar accesibilidad de las mujeres en edad fértil al C.S. Monterrey para adquirir un anticonceptivo de la localidad de Carianpampa. Por otra parte, en un acuerdo para el Día Internacional de la Mujer, el 8 de marzo de 2014, la Organización Mundial de la Salud (OMS) distribuye nuevas reglas que garantizarán la consideración de los derechos humanos, ya que lo hacen accesibles para todos un número más prominente de señoritas, damas y parejas los datos y las administraciones esperaban mantener una distancia estratégica de embarazos indeseables (3)

En países con salarios bajos, la ausencia de anticonceptivos descubrió que 6 de cada 10 mujeres contraían embarazos indeseables ", dice la Dra. Bustreo F, Directora General Adjunta del Departamento de Salud de la Mujer, la Mujer y el Niño de la OMS. Es fundamental garantizar la accesibilidad y la apertura de los datos y las administraciones, para garantizar los privilegios de las damas, así como su bienestar. Embarazos indeseables pueden representar un gran riesgo para su vida y bienestar, y la de sus jóvenes. Acercarse a los anticonceptivos permite a las parejas espaciar los embarazos y las personas que desean limitar el lapso de la familia.

Las pruebas apuntan que las mujeres con más de cuatro jóvenes corren un mayor peligro de muerte debido a las complejidades en el embarazo y especialmente en el trabajo. Un número significativo de la población en general que a partir de ahora no se acerca a las administraciones preventivas son jóvenes, pobres y viven en zonas rurales o en guetos urbanos mínimos. Hay algunas actividades que han sido impulsadas para abordar este problema. La Cumbre de Londres de 2012 sobre FP garantizó que las administraciones de organización familiar llegarían a no menos de 120 millones de personas más para el año 2020 (4).

También el proyecto incluye la elaboración del plan estratégico en el cual se pueda brindar acceso a las mujeres de edad fértil las charlas de métodos anticonceptivos para evitar embarazoso no deseado.

Como profesional de Obstetricia, espero contribuir con la mejora de la calidad en la atención del usuario que acude al centro de salud Monterrey.

### III. JUSTIFICACIÓN:

La investigación se alinea al establecimiento de objetivos mundiales que estimula la adopción de medidas muy necesarias para potenciar el acceso a medios anticonceptivos modernos, observa la Dra. Marleen Temmerman, Directora del Departamento de la OMS de Salud Reproductiva e Investigación conexas. Sin embargo, debemos ser cautelosos con el objetivo de que las actividades intentadas no vulneren los derechos humanos. No se trata solo de aumentar las cifras, sino de potenciar el conocimiento. Es vital que las mujeres, y además los hombres, comprendan el funcionamiento de los anticonceptivos, que tengan la posibilidad de elegir entre varios métodos y aquellas que se sientan cómodas con el método que reciban (5).

Un caso es las características de “las mujeres en edad fértil con vida sexual activa con bajo alcance de planificación familiar del Hospital de Ventanilla Callao - Mayo de 2015”. Plan: Es un examen expresivo de corte transversal y planificado. Población: Se hizo de 4507 mujeres en edad fértil con vida sexual activa. RESULTADOS: Edad 20 a 34 años 58,3%, nivel instructivo 50,0% finalizó el nivel opcional, estado conyugal: acompañantes 53,1%, ocupación: Ama de casa 55,2%. Comenzaron sus relaciones sexuales: de 16 a 24 años 66,7%, tenían de 3 a 4 parejas 46,9%, multíparas 61,5%, conocen lo suficiente de las técnicas 27,1% indicaron que no es accesible asistir al establecimiento de salud para adquirir un método (65,6%), el horario inadecuado es una de las limitaciones que tienen para no asistir al servicio de planificación familiar 45,8% (6).

Las mujeres saben que la consulta y los métodos son gratuitos 99,0%; en este momento no utilizan ningún método anticonceptivo del 56,3%, debido a un miedo a los efectos secundarios 39,6%. Los métodos fueron guiadas por la obstetra 45,8%. Conclusiones; la falta del horario adecuado es una de las limitaciones para las mujeres que no acudan a un consultorio de planificación familiar, en su mayoría respondieron que no es accesible acudir a un establecimiento de salud para adquirir un método; sin embargo, no están usando ningún método anticonceptivo por los efectos secundarios (6).

Otro caso en el Perú es la fecundidad, que se destaca entre los factores estadísticos más importantes para evaluar el patrón de desarrollo de la población. Esta variable ha ido disminuyendo de manera significativa en Perú, sin embargo, su nivel sigue siendo alto en grandes zonas de la nación, donde las condiciones de vida son sustancialmente más inestables (7).

La morbi-mortalidad en mujeres jóvenes se relacionan con la conducta reproductiva (embarazo no deseado, aborto y puerperio). El Ministerio de Salud no tiene datos esenciales sobre el volumen, la estructura y tendencia de la morbilidad y mortalidad de adolescentes dentro el contexto de la población general.

Sin embargo las estadísticas de servicios de egresos hospitalarios (mortalidad hospitalaria) muestra para el grupo de 15 a 20 años: Causa obstétrica directa, aborto, accidentes y violencias como las tres primeras

causa de mortalidad. Si se excluye el parto como causa de enfermedad, el aborto se localiza en el primer lugar como causa de mortalidad en este determinado grupo.

El conocimiento, actitudes y práctica sobre los métodos anticonceptivos en los adolescentes merecen una consideración extraordinaria, particularmente a nivel de las comunidades urbanas donde, en general, los embarazos no deseados y terminan en aborto realizados por empíricos en condiciones de asepsia insuficiente o en el abandono de la mujer o del hijo formando así el problema social de madres solteras, contrariamente en zonas rurales y en algunos grupos sociales los embarazos a temprana edad aun forman parte de los patrones culturales existentes.

Por todo lo referido, el presente estudio en una primera fase se elaborará un diagnóstico del adolescente a fin de brindar cifras estadística exactas de su situación, así como patrones de comportamiento del varón frente a la planificación familiar. En una segunda fase nos permitirá determinar la eficacia de un programa de información, comunicación y educación dirigidas a mejorar el nivel de conocimiento, el cambio de actitud y la práctica adecuada de los métodos anticonceptivos, los que nos llevará a reducir la tasa de morbi-mortalidad de abortos y la tasa específica de fecundidad del grupo de mujeres en edad fértil (7).

En un estudio, realizado en Perú, se menciona que la” incidencia de embarazos, entre las adolescentes no-casadas entrevistadas, eran relativamente alto: 37%; y fue mayor en las zonas urbanas que en las rurales. Aproximadamente 47% de las entrevistadas informaron que habían tenido un aborto. Los niveles de conciencia de anticoncepción fueron altos con un 98,2% en hombres y 95,5% en mujeres, pero aun así se dedican a tener relaciones sexuales sin protección” (8).

En este mismo sentido, William (6), al presentar los resultados de su investigación sobre comportamiento sexual y anticonceptivos en regiones de Ghana, exponen que “una población sustancial de los encuestados tenía experiencia sexual, en general 66,8% varones y 78,4% mujeres. La mayoría de los encuestados aseguraron haber recibido información adecuada sobre su salud reproductiva y enfermedades de transmisión sexual incluyendo el sida”. Lo cual sugiere que la educación sexual es un tema cuyo abordaje comprende a más de la mitad de la población, sin embargo, y en función de la misma fuente del mismo estudio, resalta el hecho de que “20 y 30% de los encuestados en áreas periurbanas y rurales, respectivamente, no sabían que una chica puede quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales” (6).

El embarazo no deseado y el riesgo de adquirir una infección de transmisión sexual, y/o por VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) son una de las principales consecuencias del inicio de la relación sexual sin protección a edades más precoces. Al considerar su uso en la primera

relación sexual, datos de un estudio realizado en Australia revelan que en 2006 el 44,7% de los jóvenes encuestados entre 15 y 29 años declara haber utilizado anticonceptivos, aumentando a 51,4% en 2009 ( 9 ).

El porcentaje de adolescentes entre 15 y 19 años que utilizaron algún método anticonceptivo en su primera relación sexual fue 54,8% de 2006 y 58,3% de 2009. Los métodos anticonceptivos más usados en la primera relación sexual se observa una fuerte disminución en el uso del condón masculino (85,7%) y anticonceptivos orales (19,1%), en la última relación sexual se observa una fuerte disminución en el uso del condón masculino (44,2%) y un aumento en la utilización de anticonceptivos orales a (44,7%), lo anterior resume que los jóvenes cuando están utilizando un método diferente al condón tienden a abandonarlo, pues su uso lo fundamentan a la idea de prevención de embarazo y no como prevención de infecciones de transmisión sexual (9).

Estudios realizados en algunos países de Latinoamérica (Venezuela, Chile, México) se encontró que en relación con el sexo, el masculino refirió el mayor porcentaje de uso y conocimientos de métodos anticonceptivos, en cuanto a la escolaridad se encontró que a mayor grado de estudio, mayor es el conocimiento y el uso de algún método anticonceptivo. Actualmente, en el Estado de México residen 3,5 millones de adolescentes, se estima que 90% ya tiene vida sexual activa, dentro de los aspectos de salud reproductiva de acuerdo con los resultados de la Ensanut (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición), en el Estado de

México, los adolescentes de 12 a 19 años el 87.8% conoce o a oído hablar de algún método para evitar el embarazo, 89% de las mujeres y 87% hombres conoce métodos anticonceptivos.

Existen diversos factores que influyen en el uso de métodos anticonceptivos. El inicio de la vida sexual activa en la adolescencia es uno de los hechos trascendentales que marcan la pauta del comportamiento y una práctica importante durante este acontecimiento es la utilización de algún método anticonceptivo.

El uso de métodos anticonceptivos se ve afectado porque los adolescentes no tienen conocimiento suficiente sobre éstos, su manejo y el mecanismo de acción. Los adolescentes no piensan acerca de la anticoncepción y el uso de métodos anticonceptivos se ve afectado por falta de preocupación por la seguridad y otro factor en la objeción de la pareja (10).

Las mujeres que solicitan anticoncepción a mayor edad, presentan mayor conocimiento del funcionamiento del cuerpo, mayor aceptación de su propia sexualidad y aceptación de la anticoncepción aumenta en las adolescentes; comienza la búsqueda activa de servicios anticonceptivos y su uso. Las más jóvenes demoran en el uso de anticonceptivos al menos un año desde el inicio de la actividad sexual (9).

Para mejorar el alcance de las administraciones y atender la demanda de la población en la región del bienestar sexual y regenerativo, el

Ministerio de Salud transmitió 536,119 nuevas estrategias profilácticas en todo el país. Hay 235,950 unidades de condones femeninos, 266,698 inyectables mes a mes y 33,471 inserciones subdérmicas, que se beneficiarán en algún lugar en el rango de 55,025 parejas.

El coordinador nacional de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio, Alfonso Villacorta,” dijo que parte de esta asignación se realizó entre 2013 y otro grupo fue trasladado para el trimestre principal de 2014”. Las Direcciones Regionales de Salud (DIREAS) y Salud Las Direcciones (DISAS), se encargan de distribuir a los diversos hospitales y centros de salud” diferentes clínicas y enfoques de bienestar. "El uso exitoso de la anticoncepción disminuye la cantidad de embarazos riesgosos”. Hace posible a las mujeres diferir el embarazo hasta estar en condiciones de salud y puedan asumirlo (10).

El “criterio es válido para mujeres y jóvenes en edad fértil, que pueden espaciar el nacimiento de su primer hijo a edades mayores de 20 años, aprender a establecer periodos intergenésicos de tres a cinco años y disminuir los embarazos no planificados ", resaltó. El Ministerio de Salud fomenta el ejercicio de una sexualidad responsable basada en relaciones de igualdad y equidad entre los sexos y de pleno respeto a la integridad física del ser humano, como parte de una política de reducción de la muerte materna (10).

El condón femenino es una cubierta sencilla, delicada y segura, como el condón masculino, con anillos interiores y exteriores adaptables. Está hecho de un material sin látex llamado polímero de nitrilo. Es el

principal tipo de garantía de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, ahora accesible. “El condón femenino está incrustado en la vagina poniéndolo antes de entablar relaciones sexuales. El anillo interior del extremo cerrado lo incorpora teniendo en cuenta el objetivo final de asegurar el dispositivo en el lugar correcto en medio del sexo, mientras que el otro anillo queda fuera de la vagina y extiende los labios, por lo que limita la transmisión de líquidos corporales” (10).

Dentro de la problemática presentada se realiza el fundamento teórico para realizar, el cual se detalla en las siguientes líneas: La planificación familiar es un programa prioritario, permite alcanzar una vida sexual reproductiva sana y placentera, a través de su contribución a la prevención de embarazos no planeados de alto riesgo, disminución del riesgo de mortalidad perinatal, abortos e infecciones de transmisión sexual. Fomenta la actitud responsable frente a la reproducción, contribuye a mejorar las condiciones de vida, debe estar al alcance de todos quienes deseen ejercerlo (10).

Sin embargo, la realidad es que este derecho no está presente, especialmente en aquellos que viven en condiciones vulnerables. Más de 220 millones de mujeres en países en vías de desarrollo que no desean embarazarse, carecen de acceso a métodos anticonceptivos eficaces,

información y servicios de planificación familiar. 80 millones de mujeres han tenido un embarazo no deseado, 1 de cada 4 ha recurrido al aborto, poniendo en riesgo su vida. La planificación familiar disminuye las tasas de embarazo no deseado, y a su vez, la necesidad de recurrir al aborto inseguro, que representa el 13% de la mortalidad materna mundial. A nivel mundial 867 millones de mujeres en edad fértil que necesitan métodos de planificación familiar; 645 millones tienen acceso, 222 millones siguen careciendo de acceso (10).

“En América Latina y el Caribe, la proporción de mujeres de 15 a 49 años, casado o que vive en una relación de pareja con necesidades de planificación familiar del 10% / 17%. La tasa de prevalencia de métodos anticonceptivos del 74% / 61%. El uso de anticonceptivos modernos es de 67%.”(11).

En Nicaragua, la planificación familiar es solo una realidad para la mitad de las mujeres casadas o casadas en edad reproductiva. El 53% no son usuarias de ningún método de planificación familiar. “En Perú, la necesidad insatisfecha de Planificación Familiar habría disminuido del 10,2% (ENDES 2000) al 6,1% (ENDES 2011), debemos tener en cuenta que la mayor demanda se presenta en los quintiles de mayor pobreza (9,9%); zonas de selva (9,7%) el área rural (7,5%), donde los problemas de salud reproductiva, como la morbilidad y mortalidad y la mortalidad materna, son mayores” (11).

La definición de "acceso a los servicios de salud" ha sido discutida ampliamente. Por ejemplo, Donabedian considera el acceso a los sistemas de salud como la relación funcional entre la población y los recursos médicos, lo que refleja la existencia diferencial de obstáculos y factores facilitadores del sistema de salud como aspectos sociorganizacionales y geográficos. Por otra parte, Mechanic califica la capacidad del comprador de buscar servicios médicos, confiar en las mentalidades y aprender sobre el marco de bienestar, y además los significados sociales y sociales del estado de salud del bienestar (11).

Beck, entre los diferentes autores, considera el acceso a las administraciones de bienestar como un atisbo de un problema mayor, ya que normalmente se evalúa solo la entrada de las personas que utilizan estas administraciones y no la población que las necesita, de modo que diseccionan solo el contrastes entre la utilización realizada por las administraciones de personas con bajos activos y la utilización realizada por aquellos con altos activos(11).

Por último, Aday y Andersen destacan el impacto de los enfoques de bienestar en los atributos de la disposición de las administraciones de bienestar, que predice la utilización de las administraciones de bienestar y, además, la satisfacción de los clientes. Es fundamental llamar la atención sobre el hecho de que cada uno de los elementos que componen el acceso a las administraciones de bienestar se identifican entre sí.

En este sentido, Lavesque y sus socios, a raíz de haber investigado algunas especulaciones e ideas para acceder a las administraciones de

bienestar, construyeron un modelo en el que se controlan e incorporan medidas producidas durante todo el desarrollo de la idea en la escritura. En esta línea, los creadores demuestran esta entrada como un continuo y lo proponen como una parte dentro de la dirección del paciente en el procedimiento de atención (12).

Los datos sobre el tema del bienestar sexual y regenerativo en los jóvenes, el embarazo en la escuela secundaria es un problema médico esencial en México y en todo el mundo, debido a su mortandad y mortalidad y los problemas sociales que crea. Los adolescentes tienen una tendencia a tener implicaciones sobre la sexualidad que se originan en las conversaciones de sus referentes cercanos: a causa de las mujeres, de sus madres, parientes cercanos, hermanas y hombres, de sus padres; ambos tienen una tendencia a imitar esto en sus conexiones.

En las formas de tratar de mejorar el acceso de los jóvenes a las administraciones de bienestar, se incorporan las siguientes perspectivas: garantizar la legalidad apropiada para la clasificación y la seguridad; construir administraciones de calidad concentradas en sus necesidades, e incorporar el interés de los jóvenes en el plan y la organización de las administraciones. Hay pruebas en México sobre la importancia de los anticonceptivos entre los jóvenes. “La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (Ensanut 2012) demuestra la expansión de la información sobre estrategias preventivas en esta población, y también el incremento en la cantidad de adolescentes que comienzan una vida sexual dinámica

(23%), de los cuales, el 14,7% de los hombres y el 33,4% de las mujeres no utilizaron ninguna estrategia en el sexo principal” (8).

En una revisión similar, el 32,7% de los jóvenes detalló haber adquirido condones para nada de bolsillo en el marco de bienestar (con una normal de 7,7 condones por año), donde el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de Trabajadores del Estado (ISSSTE) muestra como principal proveedor (3).

No obstante, el embarazo en esta población sigue en expansión, ya que en 2012 alcanzó un 19,4%, el más sorprendente en el período 1990-2012. Además, habla del 9,6% de la proporción de mortalidad materna nacional, que tiene impactos negativos en la condición social y familiar, por ejemplo, la mitad de la casa, el salvajismo de los títeres por falta de asistencia materna, el trabajo infantil y la melancolía, por poner algunos ejemplos.

En México, consultar sobre la entrada de los jóvenes al marco de bienestar está restringido; la mayor parte de las investigaciones se centran en la utilización de las administraciones y dejan de lado los períodos iniciales de impresión de necesidad y buscan técnicas profilácticas, cuando debería ser el turno en el que debería comenzar un seguimiento para comprender la conducta de la administración. Población inmadura en ese ángulo. En el presente trabajo, el modelo de Lavesque y sus compañeros se toma como una fuente de perspectiva, después de un punto de vista subjetivo. En un artículo subsiguiente, se presentarán los efectos de la

investigación de un estudio, aplicando este modelo como una especie de perspectiva.

La representación de la sexualidad se compone de numerosos elementos, incluidos los modos de pensar, sentir y actuar desde el nacimiento hasta la muerte, la forma en que se ve el mundo y la forma en que el mundo ve a las personas. La sexualidad también incorpora puntos de vista físicos, incluyendo la mejora del cuerpo, cambios relacionados, por ejemplo, la pubescencia y los procedimientos climatéricos y fisiológicos, por ejemplo, la ovulación y la espermatogénesis. La "sexualidad" incorpora un alcance de cualidades y estados mentales que con frecuencia nos influye para aceptar que discutirlo es discutir las conexiones genitales o coitales (8).

Indiscutiblemente, esta es una declaración de sexualidad, sin embargo, no es ni siquiera el 50% de lo que la palabra implica. En total, todas las partes de la humanidad se identifican con la sexualidad. 5. El inicio del movimiento sexual sin la dirección adecuada y sin una información completa de las complejidades, abre a los jóvenes a una progresión de peligros relacionados con la capacidad sexual, el límite conceptual y el avance mental y mental (4).

Dado que hay 40 millones de personas que viven con VIH / SIDA y que en 2001 hubo 5 millones de nuevas contaminaciones, la desesperación de las circunstancias es evidente. Constantemente, 500,000 jóvenes están

contaminados con una enfermedad de transmisión sexual, en su mayoría en la edad de 20 a 24 años, seguido por la solicitud de 15 a 19 años de edad. Además, la mitad de todas las nuevas contaminaciones por VIH ocurren entre los jóvenes que son especialmente impotentes contra las enfermedades de transmisión sexual. Las personas que comienzan los ejercicios sexuales probablemente cambien de cómplices sexuales y corren el riesgo de estar más expuestos a la contaminación. La cercanía de al menos una de estas enfermedades de transmisión sexual aumenta el peligro de contraer el VIH dos a nueve veces.

Los excuses contribuyen a reducir este riesgo. 78.000 mujeres en el año pierden la vida debido a abortos realizados en malas condiciones, casi todas ellas en países en desarrollo. Los gobiernos han convenido en reducir el número de embarazos no deseados y considerar que las repercusiones para la salud de los abortos en malas condiciones constituyen un grave problema de salud pública (5).

En vista de lo anterior, se puede ver cuán esencial es la información sobre anticoncepción en esta población, recordando que la forma de lidiar con la anticoncepción en los jóvenes termina siendo compleja y está inseparablemente conectada con una formación sexual situada en todas partes. Los proyectos que han anunciado los mayores logros de esa manera son aquellos que permiten a los jóvenes hablar sobre sexualidad y consultar con su cómplice, la capacidad de decir "No" y además de decir "Sí" y, una vez más, acercarse a la anticoncepción. . Al acercarse a la

organización familiar tiene el efecto, disminuye la tasa de embarazo en la escuela secundaria.

A pesar de que no es suficiente solo para administrar arreglos familiares, sin embargo es una fijación esencial en la batalla para disminuir los embarazos en esta reunión de la población. Independientemente de los enfoques de instrucción e introducción familiar presentados por varios gobiernos, las estrategias preventivas en América Latina siguen siendo admirablemente por debajo de las naciones creadas y lo que las necesidades particulares de estadística del distrito requerirían. Solo el 52% de las mujeres latinoamericanas en edad fértil utilizan estrategias preventivas, una cifra mucho más baja que los puntos medios europeos o norteamericanos. Las razones sociales y sociales, junto con la falta de capacitación y datos, parecen estar detrás de estos indicadores (6).

Dentro de la adolescencia y la sexualidad, la adolescencia es el momento crucial del mejoramiento humano que incorpora cambios físicos y mentales que deciden el cambio del niño al adulto. Según lo indicado por la Organización Mundial de la Salud, la pubertad incluye la edad se reúnen de 10 a 19 años. La Organización Mundial de la Salud ordena a los jóvenes como: Adolescencia temprana: (10 - 13 años) Caracterizada por el comienzo del desarrollo sexual, interés extraordinario por su cuerpo, numerosos sueños sexuales, enfatizar la investigación del autoerotismo e interrelacionarse con una sexualidad donde prevalece lo físico (coquetería, amor no romántico, etc.).

Promedio de jóvenes: (14-17 años) Desarrollo sexual completo, signo de alta vitalidad sexual con acentuación en contacto físico y conducta sexual exploratoria (pueden ocurrir encuentros homosexuales, heterosexuales, etc), reedición de los resultados de la conducta sexual (para sentimientos de resistencia), ausencia de datos e instrucción sexual, conexiones extraordinarias y breves (7).

Adolescencia tardía: (de 18 a 20 años de edad) Se describe por completo desarrollo físico, social y legal; logros caracterizados por el desarrollo mental, la conducta sexual expresiva y pueden establecer asociaciones privadas y estables con el significado de su parte sexual. Los jóvenes en general están indefensos, a la luz del hecho de que tanto los atributos de la familia como las condiciones sociales en las que un hombre crea con sus propias particularidades pueden hacerlos extremadamente indefensos, ya que uno corre un mayor peligro de aceptar daños específicos o daño (7).

La sexualidad se compone de numerosos componentes, incluidos modos de pensar, sentir y actuar desde el nacimiento hasta la muerte, la forma en que se ve el mundo y la forma en que el mundo ve a las personas. La sexualidad también incorpora perspectivas físicas, incluida la mejora del cuerpo, los cambios relacionados, por ejemplo, la adolescencia y los procedimientos climatéricos y fisiológicos, por ejemplo, la ovulación y la espermatogénesis. La "sexualidad" incluye un alcance de cualidades y estados de ánimo que con frecuencia nos influye para suponer que hablar

de ello es hablar sobre las conexiones genitales o coitales. Sin duda, esta es una declaración de sexualidad, sin embargo, no es ni siquiera el 50% de lo que la palabra implica (8).

En su totalidad, todas las partes de la humanidad se identifican con la sexualidad. El inicio de la acción sexual sin una dirección suficiente y sin un aprendizaje completo de las complejidades, abre a los adolescentes a una progresión de peligros relacionados con la capacidad sexual, el límite regenerativo y la mejora mental y mental. "La Educación Sexual será la disposición de lecciones que permitan el gran avance de las capacidades sexuales, su coordinación con diferentes recursos y el logro de una interrelación decente con otras personas que se fortalecen por su condición sexual y sexual, logrando elevadas cantidades de inmediatez y correspondencia, y además respeto y respeto " (8).

El ciclo menstrual es la última escena en una progresión de ocasiones identificadas con fructificación y multiplicación. Algunas estrategias profilácticas se construyen a la luz de los períodos de este ciclo. El órgano pituitario, situado en la base de la mente, produce diferentes hormonas, incluyendo el folículo estimulante (FSH) y la hormona luteinizante (LH), que causan el desarrollo de un óvulo (de vez en cuando más de uno) y su eyeción desde el ovario (ovulación) (9).

Las hormonas pituitarias también están a cargo del ovario que libera estrógeno y progesterona, que de esta forma crean cambios cíclicos en el marco conceptual y el período de control.

En la creación de naciones, como lo indica el “Informe Mundial de la Juventud de 2005: Uno de cada seis nacimientos se relaciona con jóvenes en las cercanías de 15 y 19 años. Una de cada tres mujeres concibe una descendencia antes de los 20 años. Los nacimientos de mujeres menores de 20 años representan el 17% (14 millones de nacimientos cada año en todo el mundo)” (10).

Cada año, más de” 4,4 millones de adolescentes experimentan un nacimiento prematuro; de estos nacimientos prematuros, el 40% se realiza en condiciones de pobreza, el embarazo en inmadurez no solo se refiere a un problema médico, sino que también tiene un efecto en el territorio social y monetario”, ya que sugiere aperturas menos instructivas o rendición agregada de concentrados con respecto a la madre joven, lo que influye en la expansión de las disparidades en la prohibición y la orientación sexual, lo que se suma al fortalecimiento del círculo de la necesidad (10).

El embarazo en adolescentes, en su mayoría improvisado e indeseable, afecta negativamente el estado físico, apasionado y monetario de la joven, a pesar de que incuestionablemente moldeó su forma de vida, razón por la cual es un problema para las jóvenes embarazadas más sociales que medicinales. Diversas investigaciones han demostrado que el

embarazo preadulta es un embarazo indeseable, observando las variedades según lo indica la condición sociocultural, por lo que en los Estados Unidos esta tasa alcanza el 95%.

Las cifras del embarazo juvenil son realmente preocupantes, constituyendo un problema que influye en las naciones creadoras, así como en los órdenes sociales más creados. Determinantes del bienestar:” Existen numerosos componentes que afectan los estados de bienestar de las personas, las reuniones y las órdenes sociales. Estas variables son poderes existentes tanto dentro de la división de bienestar como fuera de ella”. Los cambios auxiliares que están ocurriendo dentro de la economía política mundial afectan sustancialmente el bienestar de las personas, que deben ser deliberadamente destruidas para transformar las dificultades en puertas abiertas para un cambio constructivo (11).

Los cambios financieros, políticos y sociales acelerados que se están llevando a cabo con el procedimiento de globalización pueden causar un avance monetario desigual, al expandir las disparidades sociales. Los determinantes de la eliminación del feto juvenil se identifican con variables sociodemográficas y financieras, antecedentes gineco-obstétricos, factores identificados con el liderazgo básico en el que se incluye al pre adulto y factores identificados con las administraciones de bienestar sexual y regenerativo (11).

Elementos de riesgo del embarazo juvenil: es multicausal, debajo están las variables que apoyan el embarazo temprano o están relacionadas con él: Factores Individuales Dificultad para organizar emprendimientos de larga distancia, identidad inestable, baja confianza y baja certeza, sentimientos de abatimiento, ausencia de estado preventivo mente, menarquia temprana, conducta peligrosa, maltrato de alcohol y medicamentos, deserción escolar, problemas para mejorar sus condiciones de vida, oportunidades inadecuadas para unirse a reuniones de diversión, historia familiar, familias en apuros o en caso de emergencia, madres que han estado embarazadas en la pubertad.

“El período de pubertad ha disminuido desde los 17 años en el siglo XIX, alrededor de los 12 a los 13 años, lo que ha provocado que las jovencitas fructifiquen a una edad más joven” (12).

El período entre el comienzo de la adolescencia y la libertad financiera se ha expandido en nuestros órdenes sociales, lo que permite una probabilidad más prominente de conexiones prematrimoniales. - Psicosocial: El embarazo en la pre-adulthood solo es a veces sencillo e incluso menos deliberadamente buscado. En general cumple con una progresión de causas, entre otras: mental, sociocultural y familiar (12).

Factores mentales Durante el tiempo inicial de avance psicológico en la juventud, los jóvenes no están listos para ver cada uno de los resultados del inicio de la acción sexual temprana. En la juventud, el egocentrismo

del escenario los influye para esperar que no transpire, sobre la base de que ese solitario transpira. La necesidad de probar su fecundidad, verse afectados por los sueños de inutilidad, puede ser un factor eficaz en medio de la inmadurez. Dentro de las causas mentales se dice (13): Necesitan tener un tic para modificar la delicadeza materna o para fabricar la que no han tenido. Conseguir que un cónyuge vaya con ellos y les permita sobrevivir financieramente. Para rechazar a los guardianes por su incomprensión. Para dejar un hogar roto, escapar de una situación problemática (13).

Factores socioculturales, hay una plenitud de publicidad que energiza las relaciones sexuales, una inclinación a repetir el desarrollo de la madre (jóvenes a una edad temprana), la ausencia de acceso a las administraciones de organización familiar. Una unidad psicosocial sujeta al impacto de los factores socioculturales, de defensa y de riesgo, cuya comunicación la hace impotente ante situaciones de emergencia (14).

Elementos socioculturales: el embarazo preadultado se identifica con el estado de las mujeres en diversos órdenes sociales. Esto se representa en cuanto a salarios, negocios, instrucción, bienestar y productividad, y además, las partes que ella desempeña en la familia y el grupo. Asimismo, incorpora la impresión de la sociedad de estas partes y la estima que les da.

La generalización de la dama de bajo estatus es la señora con un tío en el seno, embarazada y algunos más jóvenes alrededor de su falda. Ella es la mujer para quien la paternidad ha sido la principal predeterminación desde su introducción en el mundo, se ve más establecida que ella, su

bienestar está asegurado por embarazos repetidos, la paternidad y el agotamiento del trabajo local. Su baja tutoría, la ausencia de salario, la ausencia de negocios, el bienestar insuficiente y la falta de acceso al bienestar se ejecutan en la fábrica.

El machismo impacta el ejemplo de la conducta sexual y la utilización de técnicas preventivas (particularmente entre los jóvenes). La imagen de una mujer inactiva, callada y subordinada es el efecto posterior de una era de penurias y limitaciones obligadas a mantener el control varonil en la vida diaria. Freid Said dice que esto se comunica en la recesión del derecho de una dama al reconocimiento sexual, libre de propagación (15).

Esto refleja un marco de estima que equivale a la maternidad con la multiplicación. La instrucción afecta de manera importante el embarazo inmaduro. Los talentos y la cantidad de jóvenes que tendrá una dama disminuirán a medida que aumente el nivel de tutoría, más bien la capacitación mejora la posición social y la visión mental de la dama, expandiendo las alternativas de su vida y la capacidad de tomar sus propias decisiones (15).

La instrucción ha sido retratada como la prescripción contra la sumisión a lo inevitable. Las mujeres no calificadas de las áreas rústicas no comprenden la fisiología de la generación o cómo controlarla, por lo tanto, reconocen que el embarazo es una voluntad perfecta, una mujer sin

educación es menos educada y no está dispuesta a buscar su bienestar y atención médica (15).

Se presenta como un factor de riesgo bajo tutoría, territorios de indigencia con congestión, estrés, maldad y adicción a las bebidas alcohólicas, tienen parientes más inútiles, ausencia de activos en los marcos de los servicios médicos, con el consiguiente mayor riesgo. La pérdida de religiosidad es otro factor que influye en los obstáculos a la actividad de la sexualidad juvenil.

Factores familiares, familia inútil (presión y lucha familiar), familia en emergencia, pérdida de un pariente, enfermedad incesante de un familiar, madre con embarazo en inmadurez, hermana menor embarazada, vínculo más cercano con el padre, padre desaparecido (1).

La familia desde el punto de vista psicosocial es vista como una de las situaciones microscópicas donde los inmaduros permanecen y en esta línea se encarga de garantizar que su trabajo avance una forma de vida sana, este modo de vida debe avanzar en la prosperidad y la mejora de la vida (16).

Los individuos de la familia un error puede inclinarse a una relación sexual prematura, una persona joven con poca confianza que permanece llena de sentimientos de segregación, recibe consideración y cuidado a través de relaciones sexuales y también puede encontrar alivio al abatimiento y rendirse a través de un embarazo que le permite escapar de

un neurótico lugar socavado por la brutalidad, la adicción a las bebidas alcohólicas y el riesgo de endogamia. Ha sido retratado como factores de riesgo relacionados con la familia, inseguridad entusiasta, embarazo adolescente de una hermana, madre con antecedentes marcados por el embarazo en la escuela secundaria y dolencia interminable de uno de los tutores (16).

La homeostasis familiar que se establece entre individuos fomenta una relación entusiasta y física, promueve el mejoramiento individual y familiar para cuidar el ajuste, cada familia utiliza cualidades, estándares y principios que condicionan y sellan las conexiones tanto en el exterior como en el interior. Los jóvenes se enfrentan a una variedad de problemas dentro de los cuales se encuentran ellos mismos: cuando hay problemas monetarios disponibles en el hogar, los jóvenes intentan conseguir que un cónyuge vaya con ella y la ayude a sobrevivir económicamente; con frecuencia van desde la dependencia de los guardianes hasta la dependencia del marido. Del mismo modo, se dice que el salario es inadecuado, lo que provoca un embarazo temprano (17).

Problemas mentales, por ejemplo, abatimiento, enfrentamientos familiares, adicción a las bebidas alcohólicas, temblores apasionados y baja confianza. Aspectos socioculturales, por ejemplo, el antecesor del embarazo de la madre o hermana antes de los 19 años y el machismo (17).

El embarazo adolescente tiene comienzos multicausal y de esta manera requiere numerosos arreglos. Sea como fuere, hay dos realidades

que son inequívocas a la vez que desglosan las razones del embarazo en los jóvenes: El comienzo, relaciones sexuales progresivamente inteligentes, la no utilización de métodos anticonceptivos convincentes.

A partir de ahora, la edad normal inexacta de la relación del coito primario es de 16 años para los hombres jóvenes y de 17 años para las mujeres jóvenes. Esto termina siendo una información genuinamente estable en nuestra condición, no descubriendo contrastes asombrosos según la extensión geográfica de la juventud española, que comienza sus relaciones sexuales en las cercanías de 16 y 17 años según diversos creadores. Entre los componentes que condicionan el comienzo temprano de las conexiones sexuales podemos decir: Elementos biológicos Se ha ilustrado la relación entre el comienzo de las relaciones sexuales y el momento del desarrollo sexual (18).

Con el progreso de la menarquia que está ocurriendo, las relaciones sexuales han progresado. Factores familiares La demostración familiar se transmite de los tutores a los jóvenes y se ha demostrado que las niñas pequeñas de las madres de la escuela secundaria son dos veces más propensas a actuar de forma natural, las madres adolescentes. A pesar de que la familia demuestra, la correspondencia acumulada entre los guardianes y los jóvenes es otro factor que decide el comienzo temprano de las relaciones sexuales y un posible embarazo (18).

Las variables ecológicas, las malas o malas condiciones financieras y, además, el entumecimiento y la necesidad son componentes causales críticos, tanto del embarazo juvenil como del comienzo temprano de las

relaciones sexuales. En esta línea, se observa cómo la riqueza juvenil no se distribuye homogéneamente entre los estratos sociales distintivos, con zonas de alta penetración dentro de la misma región topográfica (19).

Uno más de los elementos ecológicos relacionados con el comienzo temprano de las relaciones sexuales ha sido la ausencia de tutoría de los jóvenes, una realidad que afortunadamente nunca más ocurre en nuestra nación, sin embargo, eso constituye una realidad emocional en diferentes ámbitos. Otro tema que se ha relacionado continuamente con el inicio de las relaciones sexuales ha sido la naturaleza o el espacio de vida de los jóvenes, habiendo postulado que en los territorios rústicos el movimiento coital comienza antes que en el centro de la zona urbana y, posteriormente, las tasas más altas de embarazo inmaduro visto (19).

La falta de utilización de técnicas profilácticas se debe a la forma en que cuanto más joven es la dama, menos conexiones sin protección necesita para quedar embarazada, no es difícil razonar que la no utilización de cualquier estrategia preventiva es el factor causal más esencial. Para el embarazo joven Para algunos, el verdadero problema del embarazo joven es que esta población no utiliza medidas preventivas debido a la falta de entrenamiento sexual, debido a la inconsciencia de las estrategias accesibles, el entumecimiento sobre el peligro del embarazo y la accesibilidad problemática a las técnicas profilácticas. Nos esforzaremos por investigar, a continuación, los elementos que influyen en la utilización restringida de la anticoncepción en esta época de la vida (20).

Ausencia de previsión. Las relaciones sexuales primarias no están restringidas, no arregladas, lo que obstaculiza la utilización de alguna estrategia preventiva, mientras tanto parece haber visto una débil inspiración, con respecto a los jóvenes, para su utilización. Del mismo modo que la menarquia y el comienzo de las relaciones sexuales han seguido adelante, no parece ser la situación con el desarrollo mental de los jóvenes, que a menudo son inconscientes del peligro que esperan (20).

A decir verdad, el 30-35% de las conexiones de coito primario se realizan sin garantía preventiva. En diferentes eventos, la no utilización de estrategias profilácticas no se debe a la ausencia de presciencia, sino a la sospecha de prácticas de riesgo que se aplican en el molino de esta edad. En algunos órdenes sociales industrializados, las jóvenes que están embarazadas probablemente hayan utilizado medicamentos, realizado actos delictivos, etc. La ausencia de preconocimiento en las principales relaciones sexuales está más relacionada con el discernimiento que los jóvenes tienen sobre su propia sexualidad, por lo tanto aquellas jóvenes que se ven desprovistas de una dinámica sexual tienen un mayor riesgo de embarazo que las personas que aceptan esta probabilidad y , en esta línea, juega seguro (21).

La falta de suficiente capacitación y datos sexuales aclara, en gran parte del tiempo, la alta tasa de embarazo inmaduro. El deber de los tutores, los educadores, la sociedad por fin se debilita y los jóvenes obtienen datos sobre las estrategias profilácticas para sus compañeros, medios, etc. Los tutores, que básicamente están a cargo de los problemas

instructivos, asignan una y otra vez su obligación a los de afuera, renunciando a su privilegio y obligación de enseñar a sus hijos (22).

Los elementos naturales, típicamente sucede, con una recurrencia específica, que los jóvenes tienen sus primeras relaciones sexuales afectadas por licor y, del mismo modo, un nivel respetable de ellos lo hacen a raíz de tomar otro tipo de medicamento. La utilización de un medicamento es un consejo terrible para completar las actividades de premonición y deber y existen ideas que han demostrado que hasta el 17% de los adolescentes utilizan menos condones después de beber (23).

La repercusión del embarazo en la pubertad, cuando el embarazo de la joven se encuentra o se da a conocer a los adultos, generalmente su gente, toma parte rápidamente en la circunstancia con estados de ánimo, la mayoría de las veces, de acogida y comprensión, en a pesar del hecho de que en algunas ocasiones la respuesta principal es de salvajismo y destitución.

Según exámenes distintivos, hasta el 22% de las jóvenes embarazadas soportan algún tipo de brutalidad en medio de su procedimiento de embarazo, siendo, por regla general, el agresor un individuo de la familia.<sup>6</sup> Cuando la elección de la joven y / o su condición familiar se abrazan es para continuar con el embarazo, debemos recordar que los peligros o dificultades de naturaleza obstétrica y terapéutica son poco contrastados y las cuestiones sociales y financieras que, además,

pueden tener consecuencias de larga duración para la solidez del adolescente (24).

El trabajo titulado fomentando accesibilidad a las mujeres en edad fértil al método anticonceptivo, está enmarcado dentro de la ley general de salud N°26626, de igual forma se toma en cuenta la Ley de los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, así mismo la “Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva” que norma de forma explícita las atenciones que debe recibir la usuaria, complementándose con el “Manual de Orientación/Consejería en Salud Sexual y Reproductiva” que brinda una atención adecuada con calidez a todas las mujeres en edad fértil para postergar o espaciar los embarazos y así del mismo modo evitar enfermedades de transmisión sexual y por consiguiente evitar la morbi-mortalidad materna.

Dentro de la investigación se consideró los siguientes antecedentes: Arboleda (2012) en su tesis titulada: “Nivel de conocimiento que tienen los estudiantes del Colegio “San Francisco de la ciudad de Zamora” sobre los peligros que conlleva el inicio de la vida sexual y la práctica de una sexualidad no responsable, durante el periodo comprendido entre Octubre 2009 a Febrero de 2010”, quien concluyó: El 8,5% de los jóvenes de la Escuela de San Francisco, a pesar de aceptar datos sobre los peligros relacionados con el comienzo temprano de la vida sexual, aún soportados con prácticas fortuitas de este tema, pueden deducirse del resultado adquirido en las preguntas (13, 21, 25).

Casadiago (2014) en su tesis “conocimiento y uso de métodos Anticonceptivos en un grupo de adolescentes”, quien concluyó: Establece los datos que los adolescentes tienen sobre estrategias profilácticas que indican poca información, ya que no piensan en técnicas de obstrucción, espermicidas, además, no tienen la menor idea acerca de las técnicas hormonales; También hay una falta de datos con respecto a las estrategias para la anticoncepción regular y los jóvenes que acaban de comenzar el movimiento sexual no utilizan técnicas para garantizar su embarazo.

Espinola (2016) en su tesis titulada “Deserción al uso de métodos anticonceptivos y factores biosocioculturales de mujeres en edad fértil, Puesto Salud San Juan, Chimbote 2011”, quien concluyó: La parte dominante de las mujeres en edad fértil se ha sumado a las estrategias profilácticas y un nivel más bajo de abandono incompleto. En relación con el factor biológico: la edad, la mayoría de las mujeres son jóvenes adultos. En relación con los componentes socioculturales: la mayoría tiene un título de capacitación auxiliar, viven juntos, afirman la religión católica y, respecto al propósito del abandono, dicen que abandonan la utilización de técnicas profilácticas debido a sus impactos opcionales.

Delfín y Ramírez (2015) en su tesis titulada: “Características de las mujeres en edad fértil con vida sexual activa con baja cobertura de planificación familiar del hospital de ventanilla Callao - mayo 2015”, Las características de las mujeres en edad fértil con vida sexual activa estuvo

conformado entre las edades: 20 a 34 años, habían concluido el nivel secundario completa, la mayoría eran convivientes y ama de casa.

Gómez (2015) en su estudio: “El acceso a métodos anticonceptivos en adolescentes de la Ciudad de México”, quien concluyó: En el presente estudio, no fue realista obtener datos sobre cada una de las medidas de acceso e investigar qué es lo que falta en el marco del bienestar y qué límites o incapacidades enfrentan los jóvenes. En cualquier caso, se reconoció que el requisito de consideración a partir de ahora se ve dentro de la medición "búsqueda de datos" para empresas escolares o interés en la materia. Los jóvenes conocen las estrategias profilácticas a través de una mediación escolar y, en gran parte, a través de los datos que obtienen de la familia y los compañeros.

Es preciso señalar que el trabajo académico que se propone, incrementará la calidad de los procesos que se realizan en el centro de salud a través de la sensibilización, capacitación y dotación del recurso humano suficiente y el suministro de recursos materiales para mejorar la calidad del producto estéril por lo cual será de gran impacto en la disminución de las infecciones asociadas a la atención de salud.

#### **IV. OBJETIVOS**

##### **OBJETIVO GENERAL:**

Mejora de la accesibilidad de las mujeres en edad fértil para adquirir un método anticonceptivo en el C.S. Monterrey de la localidad de Carianpampa.

##### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

1. Personal de salud comprometido en la atención en consultorio de planificación familiar.
2. Conocimiento por parte de las mujeres en edad fértil de la amplia gama y beneficios de anticonceptivos.
3. Adaptación entre los patrones culturales de los profesionales de salud y las familias de la zona.

## **V. METAS:**

- . 100% de mujeres en edad fértil con accesibilidad para adquirir un método anticonceptivo de la localidad de Carianpampa
- . 100% del personal de salud sensibilizado en la atención
- . 90% de adaptación entre los patrones culturales de los profesionales de salud y las familias de la zona
- . 100% del personal obstetra sensibilizado para mejorar la atención en planificación familiar
- . 90 % de difusión beneficios de los métodos anticonceptivos
- . 100% de los profesionales de salud capacitados en la adaptación de los métodos anticonceptivos a los patrones culturales de las mujeres en edad reproductiva
- . 100% del personal de salud sensibilizado para la adecuada orientación y atención a la población en métodos de PF.
- . 100% de visitas domiciliarias informativas
- . 100% de personal de salud sensibilizado para mejorar el trato con población de zona rural

## **VI. METODOLOGIA**

### **6.1. LINEAS DE ACCIÓN Y/O ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN:**

Las estrategias para el presente trabajo es gestión de los servicios de salud, sensibilización y capacitación, para involucrarlas en las diferentes etapas del proyecto. Para comprender mejor las líneas de acción, se describen a continuación:

## **A. SENSIBILIZACIÓN:**

Es este apartado se describe los métodos para involucrar al personal que labora en el centro de salud y a las beneficiarias, dando a conocer las formas de atraer a las mujeres jóvenes en edad fértil.

El factor motivacional alude a la disposición de los procedimientos de representación, orientación y diligencia de la conducta, mientras que el control apasionado depende de una visión entusiasta para oponerse a las fuerzas impulsoras y los sentimientos de contención. Por fin, las disposiciones se identifican con el esfuerzo, el afán y el autocontrol de los individuos de la asociación para enfrentar las nuevas dificultades y los cambios que enfrentan (23).

La división de bienestar necesita, progresivamente, mejorar la ejecución de sus asociaciones en cuanto a la competencia, la viabilidad y la naturaleza de las administraciones.

Hoy podemos ver la presentación continua de aparatos generalmente utilizados como parte de diferentes condiciones comerciales y apenas hace un par de años en esta división. Las metodologías de la Gestión por Procesos y, dentro de ella, el cambio constante de procedimientos, constituyen una propuesta útil para el cambio de la administración estatal.

Debería notarse que la ejecución de la administración de procedimientos en un segmento, por ejemplo, el centro de curación, puede ser una forma problemática; hay premisas que si no se atienden

pueden progresar hacia confinamientos para su avance, algunas de ellas son: La presencia de un curso vital, columna importante para la administración viable de los procedimientos de la asociación; la dedicación de la administración sénior, a la luz del hecho de que sin la autoridad, concluyente para incluir y avanzar el interés dinámico de los trabajadores, es difícil aplicar cualquier propuesta metodológica; por fin, la actitud de progreso y preparación constante, que se suman a esta dedicación consciente de la necesidad de absorber y ajustar estrategias, técnicas y prácticas, desde un punto de vista alternativo a cómo se hace tan lejos (25).

#### **Acciones:**

#### **A1. Realización de talleres de sensibilización dirigido al personal obstetra para mejorar la atención en planificación familiar.**

- Elaboración del plan del taller de sensibilización
- Presentación del plan al área de capacitación.
- Solicita su aprobación del plan.
- Ejecución de los talleres de sensibilización
- Evaluación e informe.

#### **A2. Programa de sensibilización a todo el personal de salud para la adecuada orientación y atención a la población en método de planificación familiar.**

- Elaboración del programa de sensibilización.
- Socialización del programa con el personal de salud.
- Aprobación del programa.
- Ejecución del programa

- Evolución del programa

## **B. DIFUSION.**

Se debe dar orientación/consejería diferenciada a los siguientes: ☒ Usuarías/os que soliciten métodos anticonceptivos permanentes. ☒ Usuarías/os que presenten limitaciones físicas o psíquicas que puedan afectar su capacidad de decisión. ☒ Mujeres que se encuentren en período posparto o posaborto. ☒ Personas analfabetas, con el fin de garantizar una toma de decisión informada. ☒ Personas en situación de violencia sexual. ☒ Personas viviendo con el VIH/SIDA (PV VIH/SIDA). ☒ Personas con antecedentes de tumores que se afectan con hormonas sexuales: cáncer de mama, endometrio y hepático. ☒ Personas con enfermedades sistémicas graves: hepáticas o diabetes mellitus (cualquier tipo). ☒ Procesos tromboembólicos activos o con antecedentes de ellos. ☒ Adolescentes. ☒ Otros que soliciten información o el servicio (26).

### **B1.-Programa de difusión de los beneficios de los métodos anticonceptivos.**

- Conformación del equipo responsable para la difusión.
- Elaboración del plan de difusión
- Elaboración de material audiovisual sobre métodos anticonceptivos
- Implementación del plan
- Ejecución del plan

- Evaluación del plan

## **B2.- Programa de visitas domiciliarias informativas dirigido a padres de familia sobre métodos anticonceptivos.**

- Elaboración del programa de visitas domiciliarias
- Socialización del programa de visitas
- Aprobación del programa
- Ejecución del programa
- Evaluación del programa

## **C. CAPACITACIÓN**

La preparación encuentra bienestar en el entorno financiero, político y social dentro de los grupos, anima la generación de información que permite el cambio de las administraciones de bienestar, construye su mejora a la luz de la necesidad de reconsiderar los procedimientos instructivos dentro de las organizaciones para abordar los objetivos propuestos con un enfoque humano (25).

Asimismo, crea, combina, produce y sistematiza las estrategias que permiten calificar el trabajo en las administraciones de bienestar que se intercede con las formas y la sustancia adaptable, participativa y de nivel fue para lograr el cambio de las administraciones y está conectado de manera confiable con el grupo , creando así una ejecución más destacada de actividades particulares, así como de organización y evaluación de las administraciones (25).

**C1. Programa de Capacitación de los profesionales de salud en la adaptación de los métodos anticonceptivos a los patrones culturales de las mujeres en edad reproductiva.**

- Conformación del equipo responsable de la capacitación al personal de salud
- Conformación del equipo responsable de la capacitación a las familias de la zona
- Elaboración de planes de capacitación
- Ejecución de los talleres de capacitación
- Evaluación de las capacitaciones realizadas

**C2.-Talleres de sensibilización a todo el personal de salud para mejorar el trato con población de zona rural.**

- Elaboración del plan del taller
- Socialización del plan
- Ejecución del plan
- Evaluación del plan

**C. SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO**

La sostenibilidad del proyecto estará a cargo del equipo de salud que trabaja en el Servicio del centro de salud de Monterrey, la Jefatura de Obstetricia tiene el compromiso de interrelacionarse con el Departamento de Enfermería y la dirección del centro de salud, con la finalidad de impulsar y mantener este proyecto en forma sostenible a través del tiempo.

**a. Beneficios**

➤ **Beneficios con proyecto**

- ✓ Incremento de la calidad de atención del centro de salud de Monterrey
- ✓ Personal sensibilizado y capacitado
- ✓ Documentos de gestión

➤ **Beneficios sin proyecto**

➤ **Disminución de la calidad de atención del centro de salud de Monterrey**

- ✓ Personal no sensibilizado ni capacitado
- ✓ No cuenta con documentos de gestión
- ✓ Aumento de la tasa de morbilidad en la Jurisdicción

## VIII. RECURSOS REQUERIDOS

### a. Humanos:

RECURSO HUMANO	HORAS MENSUAL	COSTO X HORAS S/.	COSTO TOTAL EN 2 AÑOS S/.
15 Obstetras	150	10.00	1,500.00
25 Personal de Salud	150	10.00	1,500.00
<b>Costo Total Recurso Humano</b>	300		<b>3,000.00</b>

### b. Materiales:

CODIGO	MATERIALES	CANTIDAD	COSTO UNT S/.	COSTO TOTAL S/.
2.6.3.2.4.2	Equipo de sonido	01	1,000.00	1,000.00
2.6.3.2.4.2	Papel bond	02	20.00	40.00
2.6.3.2.4.2	Rotafolios	40	50.00	2,000.00
2.6.3.2.4.2	Afiches	3000	1.00	3,000.00
2.6.32..4.1	Gigantografias	40	20.00	800.00
2.6.3.2.4.2	Videos	40	10.00	400.00
2.6.3.2.4.2	Retroproyector	02	1,000.00	2,000.00
2.6.32..4.1	Ecran	02	200.00	400.000
2.6.3.2.9.2	Tableros	40	4.00	1600.00
70020297	Maletines	40	20.00	800.00
2 .6.3.2.1.2	Escritorio	02	400.00	800.00
2 .6.3.2.1.2	Sillón	02	120.00	240.00
2 .6.3.2.1.2	Sillas	40	20.00	8000.00
2 .6.3.2.1.2	Archivadores	01	220.00	220.00
70020212	Lapiceros	40	1.00	40.00
2.6.3.2.3.1	Laptop	01	2,500.00	2,500.00
060020170	Impresora	01	800.00	800.00
<b>COSTO TOTAL</b>			<b>S/.</b>	<b>24,640.00</b>

**c. Presupuesto: Aportes solicitados (institución)**

<b>CODIGO</b>	<b>DENOMINACION</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>COSTO UNITARIO S/.</b>	<b>COSTO TOTAL S/.</b>
5.3.0	SERVICIOS Honorarios Profesionales	04	1,500	<b>6,000.00</b>
	MATERIALES			<b>24,640.00</b>
<b>TOTAL S/.</b>				<b>30,640.00</b>

**d. Materiales para Capacitación**

<b>N°</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>PRECIO UNIT. S/.</b>	<b>CANT.</b>	<b>APORTE PROPIO S/.</b>	<b>APORTE REQUERIDO S/.</b>
1	Auditorio del Centro de s.	0.00	0	0.00	<b>0.00</b>
2	Star del personal	0.00	0	0.00	<b>0.00</b>
3	Impresiones	0.50	2000	0.00	<b>1,000.00</b>
4	Fotocopias	0.10	2000	0.00	<b>200.00</b>
5	Material de escritorio; folder, papel, lapicero	2.00	40	0.00	<b>80.00</b>
6	Equipo multimedia	0.00	0	0.00	<b>0.00</b>
7	Refrigerio	2.00	1920	0.00	<b>3,840.00</b>
8	Movilidad local	4.00	1920	0.00	<b>7,680.00</b>
	<b>SUBTOTAL</b>				<b>12,800.00</b>
<b>COSTO TOTAL PARA CAPACITACIÓN</b>				<b>S/.</b>	<b>25,600.00</b>

e. **PRESUPUESTO PARA TALLER DE SENSIBILIZACIÓN**

N°	CONCEPTO	PRECIO UNITARIO S/.	CANT.	APORTE PROPIO S/.	APORTE REQUERIDO S/.
1	Auditorio del C.S.	0.00	0	0.00	<b>0.00</b>
2	Equipo multimedia	0.00	0	0.00	<b>0.00</b>
3	Impresiones	0.50	100	0.00	<b>50.00</b>
4	Fotocopias	0.10	200	0.00	<b>20.00</b>
5	Ponentes	100.00	6	0.00	<b>600.00</b>
6	Refrigerio	2.00	120	0.00	<b>240.00</b>
7	Movilidad local	4.00	120	0.00	<b>420.00</b>
	<b>SUBTOTAL</b>				<b>1,330.00</b>
<b>COSTO TOTAL PARA TALLER DE SENSIBILIZACIÓN S/.</b>					<b>1,330.00</b>

f. **RESUMEN DE PRESUPUESTO:**

DENOMINACION	APORTE REQUERIDO S/.	APORTE PROPIO S/.	COSTO TOTAL S/.
Recursos Humanos	6,000.00	0.00	6,000.00
Materiales	24,640.00		24,640.00
Taller de capacitación y sensibilización	26,930.00	0.00	26,930.00
<b>TOTAL</b>			<b>57,570</b>

## IX. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES

**OBJETIVO GENERAL.-** Mejora de la accesibilidad de las mujeres en edad fértil al C.S. Monterrey para adquirir un método anticonceptivo de la localidad de Cariampampa.

N°	ACTIVIDAD	META	RECURSOS		CRONOGRAMA						INDICADOR	
					2018	2019		2020				
			DESCRIPCIÓN	COSTOS	II semestre	I- semestre	II	I	II	I		
1	Elaboración del trabajo académico “Fomentando accesibilidad a las mujeres en edad fértil a los métodos anticonceptivos. Centro de Salud Monterrey - Carianpampa”	1	Informe	200	X							Trabajo Elaborado
2	Presentación y exposición del trabajo a la dirección del Centro de Salud de Monterrey.	1	Informe	20.00	x							Trabajo Presentado
3	Reunión con la Jefa del servicio y personal de Obstetricia para formar Comité de mejora continua para el apoyo en la ejecución del proyecto.	2	Informe	20		X						Trabajo realizado
4	Ejecución del trabajo académico	1	Informe	88,340			X					Trabajo ejecutado

## PLAN OPERATIVO

### OBJETIVO 1: Personal de salud comprometido en la atención en consultorio de planificación familiar

Nº	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA 2018-2019				
			DESCRIPCIÓN	COSTOS	I	II	I	II	
1	Talleres de sensibilización sobre el impacto que tiene el centro de salud de Monterrey	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Elaboración del plan del taller de sensibilización</li> <li>➤ Presentación del plan al área de capacitación.</li> <li>➤ Solicita su aprobación del plan.</li> <li>➤ Ejecución de los talleres de sensibilización</li> <li>➤ Evaluación e informe.</li> </ul>	Taller	1,330.00	X				
2	Programa de sensibilización a todo el personal de salud para la adecuada orientación	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Elaboración del programa de sensibilización.</li> <li>➤ Socialización del programa con el personal de salud.</li> <li>➤ Aprobación del programa.</li> </ul>	Documento	30.00	X	X	X		X

	y atención a la población en métodos de PF	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ejecución del programa</li> <li>➤ Evolución del programa</li> </ul>			X	X		X
--	--	--	--	--	---	---	--	---

**OBJETIVO 2:** Conocimiento por parte de las mujeres en edad fértil de la amplia gama y beneficios de métodos anticonceptivos.

N°	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA 2018-2019				
			DESCRIPCIÓN	COSTOS	I	II	I	II	
1	Programa de difusión de los beneficios de los métodos anticonceptivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Conformación del equipo responsable para la difusión.</li> <li>➤ Elaboración del plan de difusión</li> <li>➤ Elaboración de material audiovisual sobre métodos anticonceptivos</li> <li>➤ Implementación del plan</li> <li>➤ Ejecución del plan</li> <li>➤ Evaluación del plan</li> </ul>	Documento	5,000.00	X				
						X			
							X		
							X	X	
									X
2	Programa de visita domiciliaria informativa dirigido a padres de familia	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Elaboración del programa de visitas domiciliarias</b></li> <li>➤ <b>Socialización del programa de visitas</b></li> </ul>	Documento	20.00	X	X	X		X

	sobre método anticonceptivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Aprobación del programa</b></li> <li>➤ <b>Ejecución del programa</b></li> <li>➤ <b>Evaluación del programa</b></li> </ul>		X			X	X
--	------------------------------	---	--	---	--	--	---	---

**OBJETIVO 3:** Adaptación entre los patrones culturales de los profesionales de salud y las familias de la zona.

N°	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA 2018-2019			
			DESCRIPCIÓN	COSTOS	I	II	I	II
1	Programa de capacitación dirigido tanto al personal de salud como a las familias de la zona	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Conformación del equipo responsable de la capacitación al personal de salud</li> <li>➤ Conformación del equipo responsable de la capacitación a las familias de la zona</li> <li>➤ Elaboración de planes de capacitación</li> <li>➤ Ejecución de los talleres de capacitación</li> <li>➤ Evaluación de las capacitaciones realizadas</li> </ul>	Documento	27,040	X	X	X	X
						X	X	X
								X
2	Talleres de sensibilización a todo el personal de salud para mejorar el trato con población	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Elaboración del plan del taller</li> <li>➤ Socialización del plan</li> <li>➤ Ejecución del plan</li> </ul>	Taller	4,000	X			
						X	X	X

	de zona rural.	➤ Evaluación del plan							X
--	----------------	-----------------------	--	--	--	--	--	--	---

## **X. ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES**

El trabajo académico “Fomentando accesibilidad a las mujeres en edad fértil a los métodos anticonceptivos en el Centro de Salud Monterrey – Carianpampa, 2018” estará a cargo de la autora en coordinación con el equipo de gestión de calidad Obstetricia, jefatura de servicio y departamento, calificados para organizar, dirigir, realizar incidencia política cuando el proyecto lo requiera y participar de las actividades propias del proyecto “Fomentando accesibilidad de las mujeres en edad fértil para adquirir un método anticonceptivo en el Centro de Salud Monterrey de la localidad de Carianpampa”.

## **XI. COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES**

- Micro Red Huaylas Sur
- ONG Visión Mundial
- Municipalidad Distrital GG

## **XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA**

1. American Academy of Pediatrics. Sexuality Education for children and adolescents. Pediatric; 2001
2. Bennett D, Bauman A. Adolescent mental health and risky sexual behavior (editorial). Br Med J; 2000.
3. García P, Arias T, Lezcano G, Caballero L, Chong J, Mendieta A, Bravo R, Navarro E, Urriola C. Embarazo en la adolescencia en la República de Panamá. 2007.
4. Revista Venezolana de ginecología y obstetricia; 67: 73-77. S.f.
5. Gilson R, Mindel A. Clinical Review.Recent advances. Sexually transmitted infections; 2001.
6. Graber A, Brooks J. Model of development: Understanding risk in adolescence. Suicide Life Threat Behav; 1995.
7. Hatcher A. y Cols. Contraceptive technology,. 15ª ed. Nueva York, Irvington Publis Hers; 1990-1991.
8. Irwin C, Millstein S. Biopsychosocial correlates of risk-taking behaviors during adolescence.J Adolesc Health Care; 1996.
9. Martínez M. 2000. Embarazo en la Adolescencia. Venezuela, 20-30; s.f.
10. Meneghello, Pediatría, Edit. Panamericana, Pág. 407; 1998.
11. OPS/OMS. Atención de las enfermedades transmitidas sexualmente (ETS), Washington DC: OPS/OMS;1-6; 1995.
12. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCION DE LA SALUD REPRODUCTIVA; 1999.
13. OMS. La salud de los jóvenes. Un reto y una esperanza. Ginebra; 1995.

14. Pizarro, M. Atención humanizada del aborto y del aborto inseguro; 1998.
15. RINCÓN A, Atlas de Educación Sexual, Quito, editorial Romlacio, 1990.
16. Saez G. La Salud del Adolescente y la Acción en la Comunidad, 2da Edición. UNICEF, Vol. I . . Pág. 7-10. Venezuela; 1992.
17. SAEZ G: Arias, A. Una ventana hacia la Atención Integral de la Salud Adolescente, 1era. Edición. Bqto. Venezuela, Pág. 11-38; 1994.
18. Silver T. Manual de Medicina de la adolescencia. Washington. DC:OPS;278-303; 1992.
19. Ulanowicz M, Parra K., Wendler G , Monzón L. Riesgos en el embarazo adolescente. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina; 153: 13-17. 2006.
20. UNFPA. Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe; 2001.
21. Cevallos, M; Panchi, R y León L. Embarazo en adolescentes que acuden al Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora de Quito. [En línea]. Revista Ecuatoriana de Pediatría. [Fecha de acceso Diciembre 2007]; URL Disponible en: <https://www.pediatria.org.ec/Docs/Revista%20SEP/Vol.8%20No.2-2007>.
22. Hernández J, Pérez O. Temas sobre sexualidad que interesan a un grupo de adolescentes en el área de salud Iguaria. [ En línea]. Rev. Cubana Enfermería. 2005; 21(2). Habana-Cuba. [Fecha de acceso 22 de mayo del 2013]. URL Disponible en: [scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729).
23. Issler J. Embarazo en la Adolescencia. Revista de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina. [En línea]. P,2 (107): [Fecha de acceso Agosto 2001]. URL Disponible en: [http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb\\_adolescencia.html](http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html)

24. Monsalve R, Sandoval J, Luengo X. Adolescencia y embarazo. Capítulo 14. Obstetricia. 3° Edición. Santiago, Chile. [En línea]. Ediciones Técnicas Mediterráneo Ltda., 1997: 245-56. Chile. [Fecha de acceso 23 de mayo 2013].  
URL <https://www.yumpu.com/es/document/.../embarazo...adolescencia...-/> Disponible en:
25. Libreros F y Amílcar P. Conocimientos, actitudes y practicas sobre su sexualidad de los adolescentes en una Un Pública de la Escuela de Medicina de la Universidad de Carabobo. [ En línea]. [Fecha de acceso 2 de Octubre del 2014]. URL [http://www.respyn.uanl.mx/ix/4/articulo\\_actitudes\\_sexualidad](http://www.respyn.uanl.mx/ix/4/articulo_actitudes_sexualidad). Disponible en:
26. NORMA TÉCNICA DE SALUD DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR RM N°652-2016 MINSA. Versión resumida. Lima-Peru.2016.

# ANEXOS

## ARBOL DE CAUSA Y EFECTO

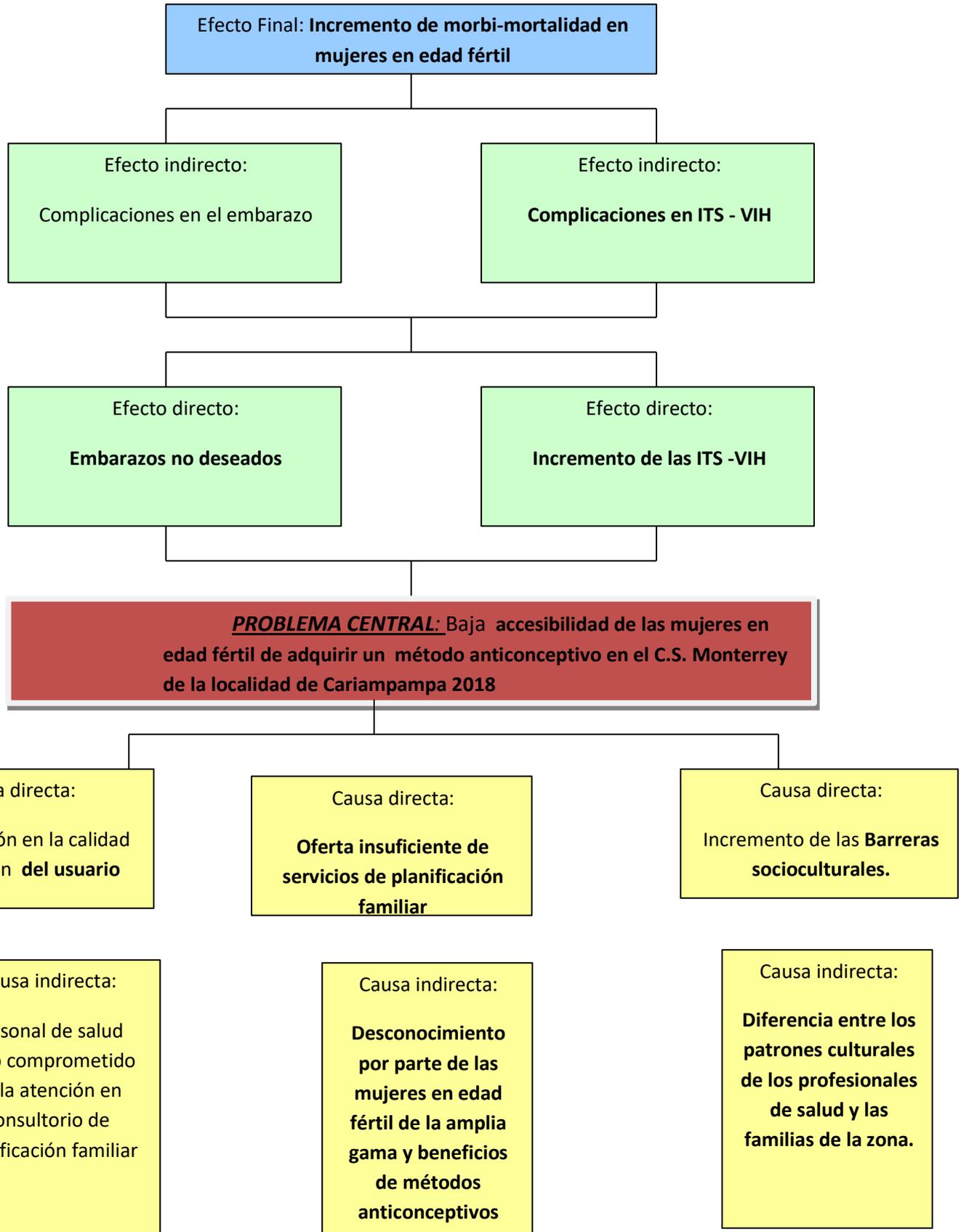
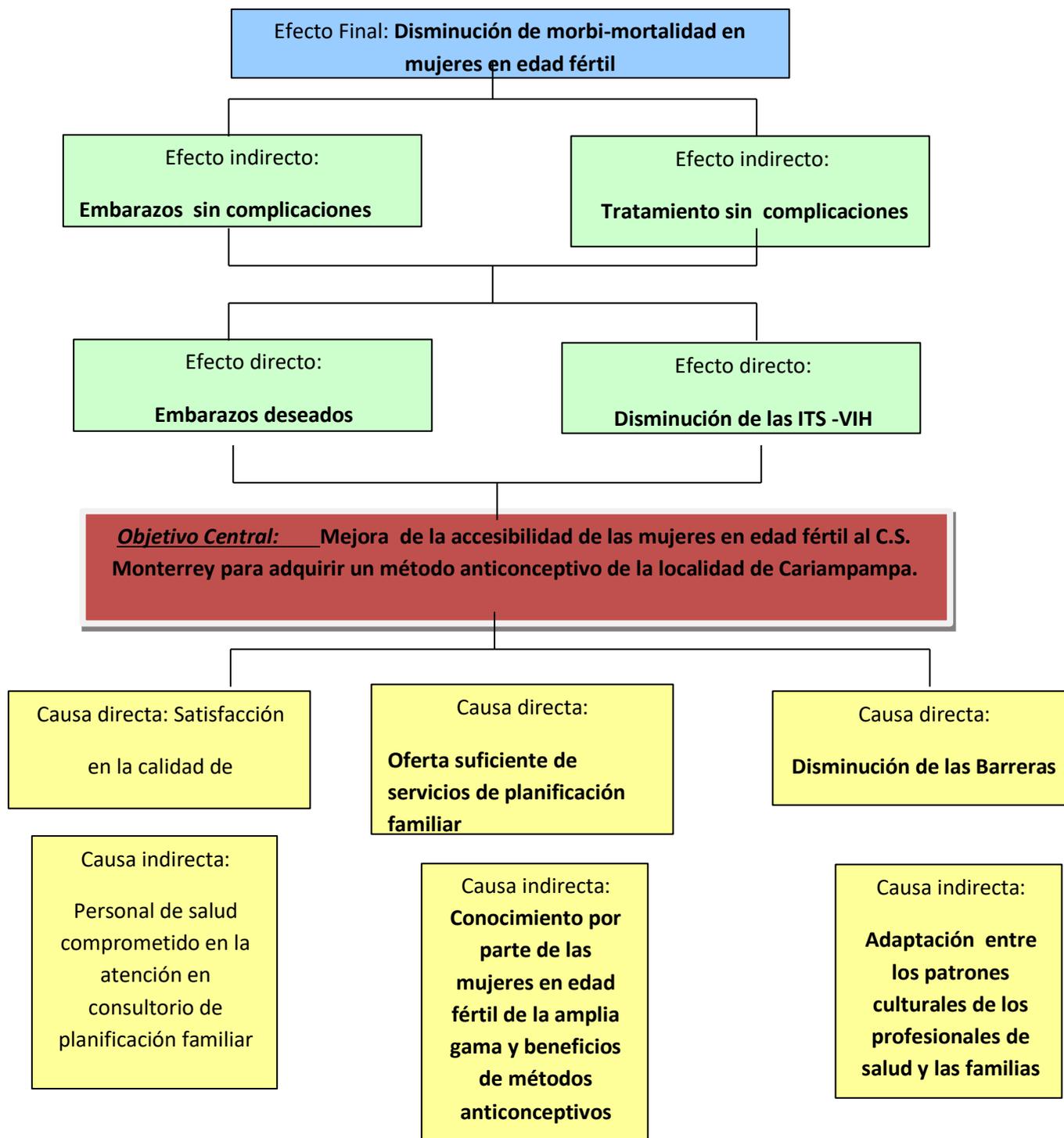
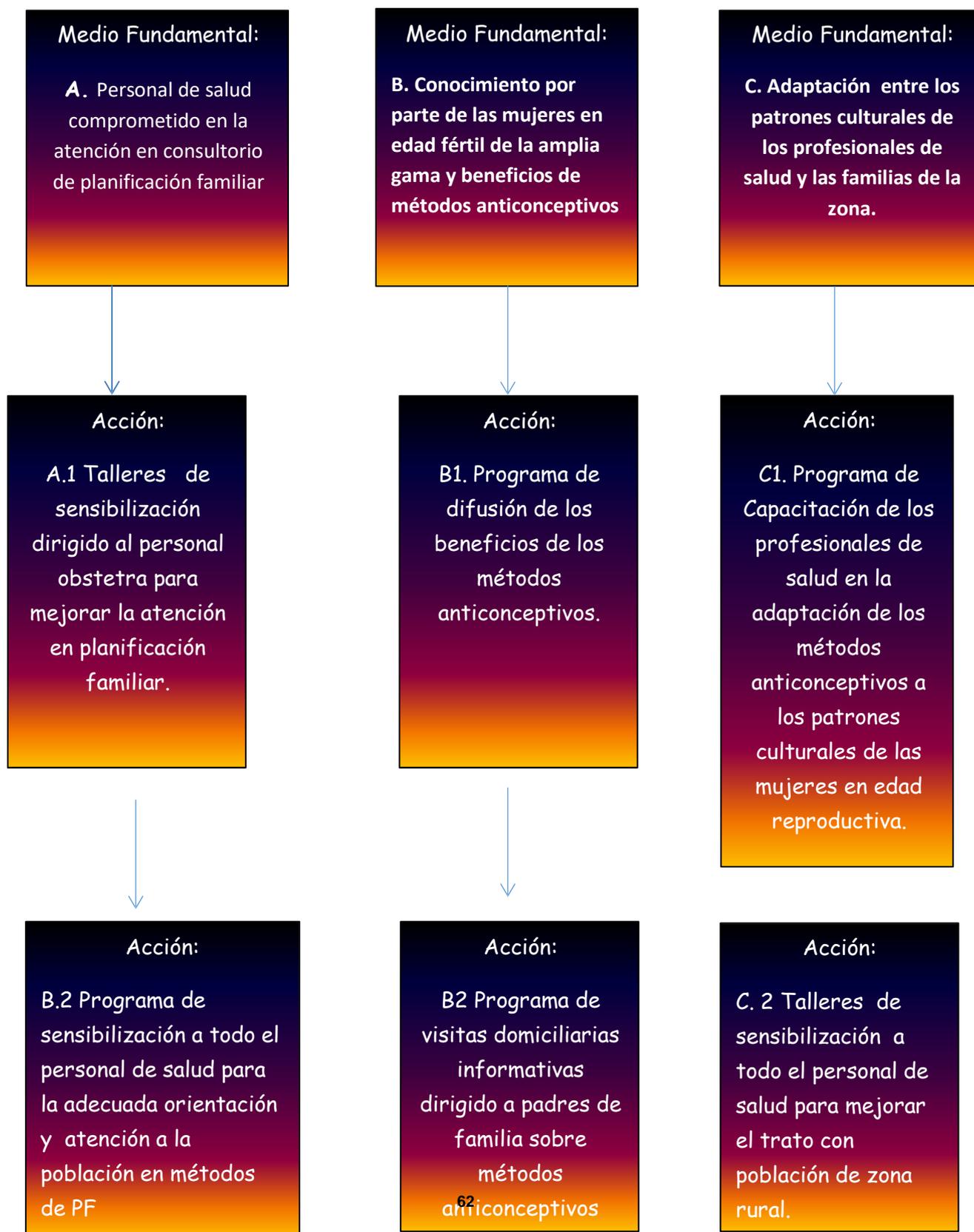


Gráfico No. 2: Árbol de FINES Y MEDIOS



## Árbol de Medios Fundamentales y Acciones Propuestas



**MARCO LOGICO.**

<b>MARCO LOGICO</b>				
<b>JERARQUIA DE OBJETIVOS</b>	<b>METAS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>FUENTES VERIFICACION</b>	<b>SUPUESTOS</b>
<b>FIN:</b> <b>Disminución de morbi-mortalidad en mujeres en edad fértil</b>				
<b>OBJETIVO GENERAL:</b> <b>Mejor accesibilidad de las mujeres en edad fértil al C.S. Monterrey para adquirir un método anticonceptivo de la localidad de Carianpampa.</b> <b>RESULTADOS:</b>	100% de mujeres en edad fértil con accesibilidad para adquirir un método anticonceptivo de la localidad de Carianpampa	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de mujeres en edad fértil con accesibilidad a MAC}}{100}$ <hr/> Total de mujeres en edad fértil	. Libro de atenciones . Registro de atenciones	Mujeres en edad fértil adquieren métodos anticonceptivos

<b>1. Personal de salud sensibilizado en la atención</b>	100% del personal de salud sensibilizado en la atención	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de personal de salud sensibilizado} \times 100}{\text{Total de personal de salud sensibilizado}}$	- Libro de actas	Personal de salud brinda buen trato durante la atención
<b>3. Adaptación entre los patrones culturales de los profesionales de salud y las familias de la zona.</b>  <b>COMPONENTES:</b>  A1. Talleres de sensibilización dirigida al personal obstetra para mejorar la atención en planificación familiar.	90% de adaptación entre los patrones culturales de los profesionales de salud y las familias de la zona  100% del personal obstetra sensibilizado para mejorar la atención en planificación familiar	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de patrones culturales adaptados} \times 100}{\text{Total de patrones culturales}}$  $\frac{\text{N}^\circ \text{ de personal obstetra sensibilizado para atención} \times 100}{\text{Total del personal obstetra}}$	- Formato de visitas domiciliarias  - Lista de asistencia	Patrones culturales de profesionales de salud y familias de la zona adaptados  Personal obstetra sensibilizado en la atención en planificación familiar
A2. Programa de difusión de los beneficios de los métodos anticonceptivos.	90 % de difusión beneficios de los métodos anticonceptivos	$\frac{\text{N}^\circ \text{ programas de difusión de los beneficios de Mac} \times 100}{\text{Total de programas de difusión de los beneficios de Mac}}$	- Audios y videos de programas de difusión de los beneficios de los Mac	Difusión de los beneficios de los métodos anticonceptivos
B1. Programa de	100% de los profesionales de salud capacitados en la	Nº de profesionales de salud capacitados en la	- Lista de asistencia	Profesionales de salud capacitados en la adaptación de los

capacitación de los profesionales de salud en la adaptación de los métodos anticonceptivos a los patrones culturales de las mujeres en edad reproductiva.	adaptación de los métodos anticonceptivos a los patrones culturales de las mujeres en edad reproductiva	$\frac{\text{adaptación} \times 100}{\text{Total de profesionales de salud capacitados}}$		métodos anticonceptivos
B2. Programa de Sensibilización a todo el personal de salud para la adecuada orientación y atención a la población en métodos de PF	100% del personal de salud sensibilizado para la adecuada orientación y atención a la población en métodos de PF.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de personal de salud sensibilizado} \times 100}{\text{Todo el personal de salud sensibilizado}}$	- Lista de participantes a taller de sensibilización	- Personal de salud brinda adecuada orientación y consejería en métodos de PF
C1. Programa de Visitas domiciliarias informativas dirigido a padres de familia sobre métodos anticonceptivos	100% de visitas domiciliarias informativas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de visitas domiciliarias informativas}}{\text{Total de padres de familia}}$	- Formatos de visitas domiciliarias	- Familias visitadas en domicilio informadas sobre métodos anticonceptivos
C2. Talleres de sensibilización a todo el personal de salud para mejorar el trato con población de zona rural.	100% de personal de salud sensibilizado para mejorar el trato con población de zona rural	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de personal de salud sensibilizado}}{\text{Todo el personal de salud}}$	- Lista de asistentes a taller de capacitación	- Personal de salud mejora el trato con población de zona rural







**DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD:**

ESTABLECIMIENTO DE SALUD : C.S. MONTERREY

CATEGORIA DEL EE.SS. : I - 3

FUNDACION :

DIRECCION COMPLETA : Av. Cordillera Blanca s/n

DEPARTAMENTO : Ancash

PROVINCIA : Huaraz

DISTRITO : Independencia

TELÉFONO : 950306363

PAGINA WEB : .

SERVICIOS DE PRESTACION :

- Medicina General
- Psicología
- Obstetricia
- Odontología
- Farmacia
- Laboratorio
- Nutrición

