



**CONOCIMIENTO Y USO DE ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES
DE UN COLEGIO DE SOLEDAD (ATL, COL) EN EL 2019-I**

**MELISSA DE LA HOZ MOSQUERA
SHULEY MANCILLA FELIZZOLA**

**UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
ESPECIALIDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
BARRANQUILLA**

2019



**CONOCIMIENTO Y USO DE ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES
DE UN COLEGIO DE SOLEDAD (ATL, COL) EN EL 2019-I**

**MELISSA DE LA HOZ MOSQUERA
SHULEY MANCILLA FELIZZOLA**

**HERNANDO FRANCO NOVELLA
MD, Spc Gineco, MSc Edu, PhD (C)
TUTOR**

**HENRY GONZALEZ TORRES
BSc Bio Spcs Stat MSc Bio (Gen) DrSc (C) Biomed
TUTOR METODOLOGICO**

**UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
ESPECIALIDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
BARRANQUILLA**

2019

INTRODUCCIÓN

El embarazo adolescente es uno de los indicadores que demuestran la ineficaz e inadecuada implementación de las políticas de promoción y prevención en esta población vulnerable por la falta de acceso a información adecuada acerca a la anticoncepción, del desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos que le permite decidir cuándo y cómo desarrollar su sexualidad, de la insuficiente desmitificación de la anticoncepción y de los posibles efectos secundarios y adversos de estos, como consecuencia aún se encuentran tasas elevadas de embarazos no deseados en la población adolescente con los consecuentes riesgos y posibles complicaciones de un embarazo de alto riesgo en éste grupo. ¹

En Colombia, las estadísticas del DANE para el año 2018 evidenciaron una tasa de nacimientos de madres adolescentes de 19.05% entre los 15 y 19 años de edad, con un nivel educativo promedio de básica secundaria alrededor del 42% y sin ningún grado de educación alrededor del 8% en el Caribe Colombiano, con altas tasas de inasistencia o deserción escolar nacional con causales como el embarazo, incapacidad de pago o necesidad de ganar dinero, a pesar de contar con programas de Promoción y Prevención y de Salud Sexual y Reproductiva, evidenciando la dificultad para el acceso a la consultoría y uso de anticonceptivos en la población adolescente.²

A pesar de ser Colombia un país líder en América latina en conocimiento, acceso y uso de anticoncepción, persiste una tasa de embarazo alta que podría evidenciar las limitaciones al libre desarrollo de la Salud sexual y reproductiva de la población adolescente así como el insuficiente o inadecuado modelo de transmisión del conocimiento sobre salud sexual y anticoncepción así como de los derechos sobre ellos en las escuelas, en el ámbito familiar y en el ámbito de la consulta de planificación familiar, llegando a una demanda insatisfecha de anticoncepción en adolescentes hasta de 20%.

Dentro de los diferentes tipos de anticoncepción disponibles en nuestro país, el uso de los anticonceptivos orales se encuentra en el tercer lugar dentro de las opciones de la población adolescente y en los últimos años los anticonceptivos de larga duración reversibles - LARC's- se han ubicado en un lugar privilegiado al momento de la toma de decisiones para su uso en este grupo de mujeres, considerando que cada vez el inicio de las relaciones sexuales en adolescentes es más temprano y el riesgo de embarazos no deseados con el uso de éstos disminuye al tener en cuenta que no necesitan recordar una ingesta diaria de los anticonceptivos y sus efectos secundarios no sobrepasan los beneficios que obtienen entre otros motivos.

La importancia del conocimiento sobre anticoncepción y el uso adecuado de los diversos métodos anticonceptivos por parte de mujeres adolescentes para evitar embarazos no deseados ha motivado la realización de este estudio para la implementación de adecuadas políticas desde los niveles básicos de atención.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Resolución 8514 de 1984 expedida por el Ministerio de Salud establece que “es derecho fundamental del individuo y/o de la pareja la libre decisión sobre el ejercicio de la reproducción decidir tener hijos o no; cuántos y en qué momento”. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se calcula que en los países en desarrollo alrededor de 214 millones de mujeres en edad fértil desean posponer o detener la procreación pero no utiliza ningún método anticonceptivo moderno.³

La salud reproductiva definida en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) en 1994 como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad, en todos los asuntos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos” y la salud sexual “es la optimización de la vida y de las relaciones personales, y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de infecciones de transmisión sexual”.⁴⁻⁵

Una de las metas de los Objetivos del Milenio de mejorar la salud sexual y reproductiva ha sido priorizar la promoción y prevención de los derechos sexuales y reproductivos, por tanto la tasa de fecundación es un indicador importante de la implementación de políticas nacionales sobre el control de la natalidad, las cuales se ven reflejadas en las tasas de embarazo adolescente, morbimortalidad materna, fetal e infantil, deserción escolar constituyendo un deterioro o retraso en el desarrollo personal, sexual y reproductivo faltando así a la Res 8514/84 como la libre decisión de la reproducción.

A nivel mundial ha aumentado el uso de los anticonceptivos especialmente en Asia y América Latina de 54% en 1990 a 57.4% en 2015, el uso de anticonceptivos modernos en Asia ha aumentado de 60.9 a 61.8% y en América Latina y el Caribe se ha mantenido alrededor de 66.7%³. En Colombia la tasa de embarazo adolescente se mantiene por debajo del 20% según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) realizada en 2015⁶; pero aún se encuentra por encima del Objetivo del Milenio el cual es mantener el

crecimiento de los embarazos adolescentes por debajo del 15%, lo que la orienta a seguir implementado políticas de promoción y prevención y el uso de los anticonceptivos.

A pesar de la seguridad de los anticonceptivos en la actualidad, permanecen en el argot popular una gran cantidad de mitos alrededor de su uso por falta de información orientada a la salud sexual y reproductiva de la mujer, así como la resistencia o rechazo al uso de anticoncepción por el arraigo de la religión o de la cultura tradicional de algunas comunidades, la dificultad en el acceso a los métodos ya sea por inaccesibilidad a la infraestructura, poca variedad de métodos incluidos en los programas de promoción y prevención, obstáculos administrativos para la recepción de los mismos, la errónea orientación por parte de los profesionales de la salud, todo esto genera una necesidad insatisfecha de anticoncepción muy alta. ³

En África el 24.2% de las mujeres en edad fértil tienen una necesidad insatisfecha de anticoncepción y en regiones como Asia y América Latina llegan a un 10.2 y 10.7% respectivamente, influyendo de manera negativa en las tasas de embarazos no deseados y consecuentemente en el aumento de la morbilidad y de las complicaciones a las que conllevan los embarazos de alto riesgo. ³

Con el estudio se pretende determinar la prevalencia del uso de anticonceptivos en adolescentes para comparar los resultados con la estadística nacional actual, evidenciando también que tipo de anticonceptivos se utilizan, forma de uso, adherencia a este y efectos adversos; para tener en cuenta qué tan efectivo sería continuar enviando anticonceptivos orales en adolescentes y enfatizar el uso sobre los anticonceptivos más adherente y sin menos efectos adversos.

JUSTIFICACIÓN

El inicio de la vida sexual cada vez a una edad más temprana trae consigo el riesgo de aumentar las tasas de embarazos no deseados, morbimortalidad materna, perinatal e infantil, abortos inseguros y las limitaciones sociales resultantes como deserción escolar e inicio de rol laboral más tempranos, promovidos dentro de muchos factores por la influencia de los pares para el inicio de la vida sexual por lo cual la implementación de políticas nacionales sobre los derechos sexuales y reproductivos ha sido de gran importancia dentro del modelo de desarrollo de los determinantes sociales de la salud entre los cuales se prioriza la protección de la mujer adolescente evitando los embarazo de alto riesgo por gestantes tempranas y no deseados con el uso de anticonceptivos, en Colombia aproximadamente el 18% de las mujeres entre los 13 y 19 años han tenido influencia en sus pares para el inicio de la vida sexual en comparación al 6.6% en los hombres del mismo rango etario.⁷

El Plan Decenal de Salud Pública del Ministerio de Salud y Protección Social (2012-2021) adopta el modelo de Determinantes Sociales de la Salud, dentro de los cuales se encuentra la Salud Sexual y Reproductiva con el propósito de permitir a la población en nuestro caso de estudio, la población adolescente el cumplimiento de su derecho al libre desarrollo de su sexualidad, decidir cómo cuidarse y cuándo embarazarse y el acceso fácil y oportuno a estas políticas públicas a las que por ley tienen derecho estipulado de esta manera en la Resolución 8514 de 1984 expedida por el Ministerio de Salud Nacional.

Las condiciones en que las personas viven, aprenden y trabajan repercuten en el desarrollo adecuado de la población, produciendo riesgos y resultados para la salud. El desarrollo sexual y reproductivo puede tener resultados positivos mientras se cuente con acceso a información, servicios de anticoncepción, ingreso a programas de Promoción y Prevención, acceso a educación secundaria y de educación superior y la probabilidad de desarrollarse laboralmente, todos estos influyen en el estado de salud y el comportamiento de la salud materna. ⁸

En la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) realizada en 2015 se comprobó una disminución de la tasa de fecundidad en adolescentes (15 a 19 años de edad) de aproximadamente 10% en comparación a las mediciones realizadas en el 2000 y 2005 (85 por 1000 y 90 por mil respectivamente) con una reducción de 84 / 1000 en 2010 y 75 / 1000 en 2015. 4. A pesar de la disminución de la tasa de embarazos en mujeres adolescentes entre 15 a 19 años de edad, en Colombia no se ha logrado la meta propuesta en los Objetivos del Milenio al mantener por debajo de 15% por lo que en el Plan Decenal de Salud Pública (2012-2021) se incluye esta meta.

Parte de los Objetivos de mejorar la salud sexual y reproductiva ha sido priorizar la promoción y prevención de los derechos sexuales y reproductivos, según la ENDS-2015 el nivel de fecundidad ha disminuido desde el siglo pasado con niveles máximos en periodos de 1960-65 y 1980-85 donde fue de casi 50% (6.8 hijos/hijas por mujer a 3.7) manteniendo la curva en descenso con 2.6 hijos por mujer en 2000 a 2.0 hijos en 2015 durante su edad fértil, es decir 70 nacimientos por mil mujeres (70:1000) de 15 a 49 años de edad, principalmente en mujeres mayores de 25 años, estos datos indirectamente indican el mayor uso de los métodos de anticoncepción en las últimas décadas, pero aún hay un trabajo por mejorar en el grupo de mujeres adolescentes. De igual manera las tasas de fecundidad en zona rural, regiones menos desarrolladas, más pobres y con menor nivel de educación son 2.4 veces mayores en comparación con mujeres en zona urbana, mayor educación o niveles socioeconómicos más altos. 4.

El conocimiento sobre anticoncepción y el nivel educativo están ligados así como el estrato socioeconómico y la afiliación al sistema de salud nacional, puesto que en los niveles socioeconómicos bajos encontramos hacia la adolescencia mayores porcentajes de deserción escolar sobre todo en zonas rurales por lo que limita el conocimiento sobre anticoncepción reflejándose en altas tasas de embarazo adolescente, asimismo hay dificultades para la afiliación y/o acceso al Sistema de Seguridad Social en Salud que sobrepasan en algunas subregiones el 8% y por tanto a los programas de promoción y prevención en la edad adolescente, lo que permitiría un acercamiento mayor a la población adolescente.4

En Colombia el 59.5% de las mujeres adolescentes y jóvenes entre los 13 y 24 años se encontraban cursando algún grado de educación y 40.5% no asistía, es decir, por cada 3 mujeres que recibían educación 2 no la recibían. El índice de deserción o inasistencia escolar en la primaria incompleta y completa eran de 58.5% y 56.7% y en la secundaria incompleta y completa eran del 22.6% y 71.9% respectivamente. El embarazo era una de las causales de la deserción escolar en un 6.9%, siendo más frecuente en zonas rurales que en las urbanas (9.7% vs 6%) así como dificultad para el pago y necesidad de ganar dinero (7.3% y 5.3%), sobre todo en zonas rurales donde más del 50% de las adolescentes y jóvenes presentan mayor inasistencia en comparación a 37.4% en zonas urbanas. ²

Las estadísticas nacionales de natalidad del DANE en el año 2017 reportaron 656 704 nacidos vivos, de los cuales 5 883 fueron hijos de mujeres entre los 10 y 14 años de edad (0.9%) y 128 634 hijos de mujeres entre 15 y 19 años de edad (19.59%), con más del 98% de ellos nacidos en cabeceras municipales. A nivel regional los departamentos que presentaron un mayor porcentaje de madres adolescentes entre los 15 y 19 años de edad fueron Bolívar con un 23.4%, Antioquia 21.5%, Atlántico 20%, Valle del Cauca 18.4% y Bogotá 13.4%, con prevalencias entre el 0.5 y 2% de madres adolescente entre los 10 y 14 años de edad a nivel nacional, siendo Antioquia el que reportan de mayor porcentaje con un aproximado de 2% en este grupo etario. ⁹

La población adolescente es uno de los grupos con mayor riesgo de deserción escolar y morbimortalidad por embarazos de alto riesgo por lo cual se debe propender por un desarrollo sexual y reproductivo adecuado al evitar embarazos no deseados en esta etapa de la vida y uno de los puntos importantes es la proporcionar una información oportuna, precisa y pertinente de una manera apropiada para los grupos etarios que permitan comprender la importancia del uso de los anticonceptivos para disfrutar y ejercer su derecho a la Salud sexual y reproductiva así mismo prevenir el aumento de las tasas de complicaciones y morbimortalidad por embarazos de alto riesgo. La persistencia de una prevalencia del embarazo adolescente aumentada justifica la investigación acerca del conocimiento de los anticonceptivos en esta población, su uso y adherencia a los mismos con lo cual se puedan tomar medidas que permitan el ajuste de las políticas de Salud Sexual y Reproductiva a nivel local y nacional.

OBJETIVOS

- **OBJETIVO GENERAL**

Evidenciar el nivel de conocimiento y uso de anticonceptivos orales en adolescentes de un centro educativo del municipio de Soledad, Atlántico en el primer periodo del 2019

- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Documentar el conocimiento y uso en las adolescentes de los anticonceptivos, a través de la determinación del tipo de anticonceptivo y la forma de uso, además del grupo familiar que pertenecen
- Comparar las estadísticas nacionales con la del estudio con respecto al uso de anticonceptivos orales en adolescentes.
- Comprobar si el acceso al uso de anticonceptivos en adolescentes es adecuado en Soledad y el Atlántico.

MARCO TEORICO

La reproducción humana ha sido uno de los pilares estudiados a lo largo de la historia de la misma y debatidos para no dejar al azar o al destino el momento o el número de descendientes de una pareja. En la medicina egipcia antigua se encuentra el Papiro Ebers (1550 a. C) considerado uno de los documentos médicos más antiguos donde se encuentran fórmulas mágicas, encantamientos y remedios y contiene capítulos sobre anticoncepción y embarazo donde recomiendan preparaciones con astillas de acacia y miel con propósitos anticonceptivos. Sorano de Éfeso (98-130 a. C.) sugirió la esponja anticonceptiva mediante absorción del semen. ¹⁰

La revolución de la investigación sobre la reproducción fue mayor hacia 1900 cuando en la década de los 30's se identificaron estructuras moleculares de las hormonas en reproducción, se iniciaron los procesos químicos y aplicación médica de estos, Ludwing Haberlandt demostró la posibilidad de la anticoncepción hormonal, pero solo hasta los años 70's fue reconocido por sus descubrimientos y considerado el pionero en la anticoncepción hormonal. Edward A. Doisy (EEUU 1929) identificó los estrógenos y Adolf Butenandt (Alemania) la estrona, un derivado estrogénico; en 1932 Doisy aisló otro derivado más potente: el estradiol, principal producto de los ovarios, rápidamente es inactivada por el hígado mediante oxidación del hidroxilo. En 1938 Hans Herloff Innhoffe informa que se puede cambiar el estradiol por etinilestradiol agregando un grupo etinilo en la posición 17 de la molécula estrogénica el cual era activo por vía oral a diferencia del estradiol, fue el primer análogo del estrógeno, se sintetizó en Berlín y es uno de los medicamentos más usados en el mundo. ^[10,12]

George W. Corner y Willard M. Allen (EEUU, 1928) identificaron una hormona que favorecía la implantación y el embarazo, a la cual le dieron el nombre de progesterona, En 1943 Raphael Kurzrok postuló como hipótesis que “utilizando adecuadamente algunas

sustancias, se pudiese llegar a modificar el ciclo de la ovulación, y si esas sustancias se pueden elaborar, de seguro serían un buen método anticonceptivo” [10, 13].

En 1944 Russell Earl Marker comenzó a producir progesterona sintética a partir de diosgenina, identificado en la raíz de una planta silvestre mexicana denominada “cabeza de negro”, pero se necesitaban 2500 ovarios de cerdas preñadas para obtener apenas un miligramo de progesterona, pero encontró que en la raíz llamada “barbasco” por los nativos del este de México, había diez veces más cantidad de diosgenina, una sapogenina vegetal. Al mismo tiempo, en Alemania, Inhoffer realizó investigaciones con la etisterona, derivado sintético de la progesterona, también obtenido a partir de algunos vegetales y a mediados del siglo XX, Carl Djerassi, Luis Miramontes y George Rosenkranz anunciaron la elaboración de dos progestinas: noretisterona y noretinodrel. [10, 14-15].

El Doctor Álvaro Monterrosa rememora en su libro *Anticoncepción Oral* la publicación en 1936 del libro *Medical History of Contraception* por NE Himes donde su autor declara “Los hombres y las mujeres siempre han aspirado tanto a la fertilidad como a la esterilidad, cada uno a su debido tiempo y en sus circunstancias elegidas” y se citan casi 1500 artículos publicados desde la antigüedad hasta 1930. [10] Con el paso de los años se han introducido a los anticonceptivos hormonales diferentes estrógenos sintéticos y algunos combinados con progestinas para simular la función del ovario y evitando los posibles efectos adversos o indeseados de las dosis altas de hormonas, hasta llegar a la actualidad donde se utilizan micro dosis, así como la mortalidad causada por embarazos de alto riesgo o complicaciones durante el mismo o en el parto.

Desde la década de los 60's con la llegada de los anticonceptivos orales se inicia en Colombia una constante evolución hacia la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos que actualmente ofrece a su población, al crearse la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME) la primera institución en promover la planificación familiar y en convenio con las instituciones del Estado se realiza la capacitación en fundamentos de demografía nacional, sus implicaciones para el desarrollo y la salud y métodos para regular las altas tasas de natalidad con lo cual el

Ministerio de Salud incluyen en 1969 actividades de planificación familiar en sus programas de protección materna e infantil. [1]

En la década de los 70's en algunos países aún se consideraba que el crecimiento demográfico obstaculizaba el desarrollo y en 1984 se expide en Colombia la Resolución 8514 por la cual “se establece como derecho fundamental del individuo y/o de la pareja la libre decisión sobre el ejercicio de la reproducción, decidir tener hijos o no, cuántos y en qué momento”, con la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud de la Ley 100 de 1993 se amplía la reglamentación sobre la Salud Sexual y Reproductiva y en el 2000 se expide la Resolución 412 donde se estipulan las normas técnicas y guías de atención integral. [16] Cuando se acordaron los Objetivos del Milenio (2001) el acceso universal a la salud reproductiva era una de las metas para el 2015 (meta 5b), pero la prevalencia global de anticoncepción se encontraba entre el 41% y 64% con tasas de insatisfacción de hasta 22% por lo que en los nuevos Objetivos para el 2030 se demandan “el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, y a los derechos reproductivos y de salud sexual y reproductiva” (metas 3.7 y 5.6) [19,20] A pesar de la evolución en política nacional acerca de los derechos sexuales y reproductivos las tasas de fecundidad para el 2000 y 2010 estaban alrededor del 20% en adolescentes lo que no se lograba cumplir con la Meta 5b, por lo cual se presenta la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos 2014-2021 donde se prioriza en salud sexual y reproductiva detener el crecimiento de embarazos en adolescentes por debajo del 15%. [16]

El embarazo adolescente debe ser considerado un problema de salud pública ya que el inicio de la reproducción temprana no solo repercute a nivel biológico con el aumento de la morbimortalidad materna, perinatal e infantil pues constituye un grupo poblacional en riesgo, sino a nivel social con el cese de la educación y por tanto limita la posibilidad laboral de las adolescentes y a nivel familiar ya que un número importante de adolescentes no logra la formación de un núcleo familiar y por consiguiente serán madres solteras o tendrán un número mayor de hijos al tener relaciones no estables.

Cada año a nivel mundial la prevalencia de embarazos en adolescentes se ha mantenido sin lograr una disminución importante de ésta por lo cual se ha tenido que reajustar los

Objetivos del Milenio, con resultados negativos en cuanto a la tasa de abortos inseguros que conllevan a mortalidad materna por procedimientos realizados de manera inadecuada y en condiciones insalubres.

En 2015, 303 000 mujeres fallecieron durante el embarazo o el parto, con una razón de 239 por 100 000 nacidos vivos en países de bajos ingresos y 12:100 000, demostrando una gran brecha entre países desarrollados y aquellos en vías de desarrollo, pero igualmente dentro de las naciones hay una gran diferencia entre mujeres de bajos y altos ingresos y entre aquellas que viven en zonas rurales vs zonas urbanas. Entre 1990 y 2015 la reducción de la mortalidad materna mundial, es decir, el número de muertes maternas por 100 000 nacidos vivos solo se redujo 2.3% por año, algunos países superaron el 5.5% entre el 2000 y 2010. La población adolescente menor de 15 años representa un mayor riesgo de muerte materna en la mayoría de países en desarrollo donde el riesgo de muerte por causa materna es de 1:180 vs 1:4 900 en países desarrollados. [17,18] *La Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2016-2030* [24] presentada en la Asamblea de las Naciones Unidas de 2015 pretende acabar con las muertes evitables de esta población teniendo en cuenta que no se logró cumplir la meta de los Objetivos del Milenio, identificar los riesgos y traducirlo en políticas que permita a este grupo poblacional desarrollarse en un entorno adecuado para su salud a largo plazo.

La adolescencia es una etapa de desarrollo rápido, con cambios fisiológicos y morfológicos importantes como la maduración de sus órganos sexuales y su capacidad de reproducción, así como la definición sexual, con un impulso por experimentar nuevas experiencias y tomar riesgos, la necesidad de generar sus propios conceptos, discernir, expresar sentimientos, aceptar responsabilidades y diferenciarse de aquellos que hasta el momento eran sus modelos a seguir, sus padres, para apoyarse en sus pares, pero en este proceso de maduración debe estar presente una orientación apropiada ya que son particularmente sensibles a las influencias de sus entornos sociales y pueden decidir sobre bases erróneas conllevando a problemas sociales más profundos.

La adolescencia categorizada por la OMS como pre adolescencia de los 10 a los 14 años y adolescencia de los 14 a los 19 años, es el período donde entre los cambios fisiológicos y

mentales que ocurren se presenta el despertar sexual, con el consecuente inicio de la vida sexual temprana motivados ya sea por la curiosidad, influencia de la publicidad en las redes sociales, en la televisión, de sus pares u obligados por estos o su pareja sin una adecuada guía e información que les permita decidir sobre cómo iniciar el proceso obteniendo como resultado embarazos no deseados con las consecuencias conocidas de complicaciones gestacionales por aumento de tasas de prematuridad y morbilidad materna y perinatal, o muertes maternas por abortos inseguros, sin dejar de lado el aumento en el riesgo de contagio por enfermedades de transmisión sexual.

Miller y Cols.^[34] encontraron que de 306 adolescentes de 14 a 19 años 45% informó relaciones sexuales previas y 63% tuvieron comportamientos de riesgo como primera relación sexual antes de los 15 años (43%), no uso del condón en la última relación sexual (29%), más de 3 compañeros sexuales en los últimos 3 meses, más de 4 compañeros sexuales en su vida (17%), uso de alcohol / drogas (9%), sexo sin protección en los últimos 5 días (6%); No obstante casi todas querían evitar el embarazo (93%) sólo un tercio recibió consejería para planificación familiar antes del inicio de la vida sexual y un 14% reportó no haberse protegido en la última relación sexual, consistente con el estudio de Fine y Mollen ^[35] donde evidenciaron que un 14% de las niñas entre 14 y 19 años sexualmente activas encuestadas informaron relaciones sexuales sin protección en los últimos 5 días, coincidiendo así que edades más tempranas se asocian a más comportamientos de alto riesgo.

El acceso del adolescente a la información y a la anticoncepción teniendo como base la privacidad, la confidencialidad, la posibilidad de elección y la seguridad de no ser juzgado por el profesional de la salud son primordiales para eliminar la barrera al acceso y necesarios para proteger los derechos se una salud sexual y reproductiva adecuada, dando como resultado tasas aumentadas de satisfacción y alta prevalencia del uso de los diferentes métodos anticonceptivos seguros. En muchos países, sobre todo en aquellos en vías de desarrollo no solo las barreras al acceso se dan por parte de dificultad al acceso físico a las instituciones de salud sino también por tradiciones sociales, miedo a ser descubiertas con el uso de los anticonceptivos y la dificultad para desterrar los mitos que rodean el uso de los

anticonceptivos entre otros motivos, pero una adecuada orientación puede resultar en satisfacción y aceptación por parte de las adolescentes. [22]

Los países de bajos y medianos ingresos coinciden en una cobertura insuficiente de educación y de acceso a servicios de salud, dos puntos claves para combatir desde la base la falta de información acerca de los derechos sexuales y reproductivos y un asesoramiento apropiado para los adolescentes evitando la deserción escolar o morbilidad materna.

Se evaluó un grupo de médicos de familia ginecólogos y pediatras sobre el asesoramiento anticonceptivo. 66% del grupo era especialista y el 17% había trabajado por más de 20 años, aquellos con conocimiento de las recomendaciones nacionales fueron los ginecólogos (20%) y en el género femenino. Los pediatras y médicos jóvenes observaron la necesidad de una actualización, [41] por lo que es importante invertir en la educación médica continuada de los médicos ya que de acuerdo a los planes y programas de salud a nivel mundial el acceso a los especialistas implica mayor retraso en el inicio de una asesoría apropiada a las adolescentes, sobretodo en Colombia donde se conoce las dificultades para acceder a la atención de un especialista.

La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS afianzó el concepto de que una educación de calidad tiene beneficios a corto y largo plazo ya que no solo prioriza la educación temprana sino que al culminar la básica secundaria brinda la capacidad a las adolescentes de mejorar su bienestar, aprehende sobre su salud, asume responsabilidades y aumentar su capacidad de prevenir un embarazo y mejorar la calidad de vida. Se registra que hasta un 33% de los adolescentes en básica secundaria en países de ingresos bajos y medios no reciben estudios en comparación con el 4% en países desarrollados. [36] Los datos indican que la población en países con bajos ingresos tienen mayor tasa de abandono escolar antes de completar la básica secundaria.

Desde 1990 el número de adolescentes a nivel mundial ha tenido un aumento significativo de 1: 53 millones a 1:8 millones en 2016, esto es 250 millones de jóvenes más, con una prevalencia mayor instalada en zonas de bajos ingresos como el África subsahariana y sur de Asia, lo que desencadena el aumento de comportamientos de riesgo como tabaquismo,

consumo de alcohol, obesidad, embarazos, deserción escolar, uso de anticonceptivos [25], lo cual es comparable con América Latina y los resultados en los países latinos con tasas de embarazos adolescentes que no logran descender del 18%. [26].

Hay una gran fisura en relación al acceso a información adecuada y servicios de anticoncepción, mientras en países como Reino Unido y EEUU el 69% y 59% de las mujeres de 15 a 19 años informan haber usado un anticonceptivo moderno la última vez que tuvieron relaciones sexuales en regiones como Malí y Tanzania solo el 12% y 21% tienen acceso a estos.[37] El inicio de la vida sexual temprana está relacionado a embarazos adolescentes y bajos niveles educativos al no completar la básica secundaria, con un porcentaje muy bajo que logra una educación superior. Países donde hay una mayor proporción de adolescentes con estudios tienen prevalencias menores en embarazos no deseados, morbilidad femenina y masculina y a mayor grado de educación menor son las tasas de prevalencia de VIH, ETS, embarazos no deseados en adolescente. [36]

Alrededor de 15 000 niños y niñas fallecieron cada día en 2016 antes de cumplir cinco años, esto es casi diez millones de niños a nivel mundial, 46% murieron durante sus primeros 28 días de vida, es decir cada año en el mundo 2.6 millones de recién nacidos fallecen en sus primeros 28 días a causa de la prematuridad, complicaciones del parto e infecciones graves, además 2.6 millones de mortinatos anuales a nivel global, de ellos 50% mueren durante el trabajo de parto. Datos de las Naciones Unidas reveló que, de mantenerse las tendencias, entre 2017 y 2030 alrededor de 60 millones de niños morirán antes de cumplir cinco años, 50% serán recién nacidos. [1, 17,18, 21]

Siendo la salud reproductiva un derecho fundamental ha obligado a la implementación de políticas orientadas a los derechos sexuales y reproductivos, los adolescentes han empezado a tener mayor acceso a una anticoncepción segura y efectiva con una información adecuada sobre los diferentes métodos anticonceptivos, que les permita evitar los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual (ETS), teniendo en cuenta que una inadecuada salud reproductiva contribuye a aumentar los índices de morbilidad materna en adolescentes, morbilidad perinatal e infantil y tasas de abortos inseguros. Por otro lado se pueden vigilar los resultados de la implementación de las políticas por

medio de indicadores como la tasa de prevalencia de anticonceptivos, necesidad insatisfecha de planificación familiar, tasa de natalidad en adolescentes y cobertura de atención prenatal. [31, 32]

Los adolescentes son el grupo de edad con mayor riesgo de embarazo no deseado y la importancia de evitar la actividad sexual sin protección entre los adolescentes ha sido reconocida en todo el mundo por lo tanto escoger el método anticonceptivo adecuado es importante a la hora de determinar la continuidad en el uso, puesto que todos tienen efectos secundarios y si no son apropiadamente informados pueden generar insatisfacción y rechazo al uso del mismo, de igual manera los resultados negativos de sus pares pueden influir en la decisión de las adolescentes para el uso o no de un tipo de anticonceptivo. Las indicaciones de los anticonceptivos son principalmente para control de natalidad pero tienen otros beneficios no contraceptivos como acné, menstruación excesiva, regulación del ciclo, que pueden ser importantes al momento de realizar la consejería en el marco de la consulta del adolescente.

El acceso a la información no sólo se traduce a aquella recibida en el marco de una cita de planificación familiar sino aquella recibida en los centros educativos y en el ámbito familiar, los cuales aún presentan muchas falencias tanto en la cantidad de información que brindan al adolescente como en la calidad de ésta. Tanto la edad como el nivel educativo tienen repercusión en la probabilidad de uso de anticonceptivos en comparación con aquellas que no tienen educación. [37] Al presentarse mayores tasas de embarazos en adolescentes, aumenta la deserción escolar, por tanto las mujeres no tienen un nivel educativo que les permita la superación a nivel personal y laboral lo que conlleva al aumento de las tasas de pobreza.

En Alemania la prevalencia del uso de anticonceptivos en adolescentes de 12 a 18 años aumentó entre 2007 y 2011 (62.9% en 2007 vs 77.2% en 2011) con predominio de los anticonceptivos orales, seguido de los inyectables y los de uso vaginal. En EEUU el porcentaje de uso de anticonceptivos aumentó del 26% en 2002 al 36% en 2009 [27, 28]. Un estudio en México reportó que 23.9% de las mujeres no recibieron educación sexual en la

adolescente y 15.6% recibieron una educación incompleta. 62.5% utiliza un método anticonceptivo en la primera relación sexual. [33]

En Tanzania de 3511 mujeres encuestadas entre los 15 y 19 años el 28.2% de las mujeres eran sexualmente activas (5.7% casadas, 22.5% solteras), 68.1% usaban métodos anticonceptivos (19.4% casados, 48.7% solteros), de los métodos utilizados, en las casadas los implantes fueron los más utilizados (38.5%), seguido por los inyectables (23.1%) y el SDM -método de días estándar- (15.4%), en cuanto a las solteras, los preservativos masculinos fueron los más utilizados (71.6%) seguidos por SDM -método de días estándar- (15.8%). En cuanto al nivel de educación un 65.2% de las mujeres casadas sólo habían cursado la educación primaria vs las solteras que se encontraban con un nivel de educación secundaria en un 52.7% y de acuerdo al conocimiento sobre la anticoncepción, la mayoría tenía un conocimiento moderado (casados: 56.2%, solteros: 62.4%). [37]

Uno de los métodos anticonceptivos ampliamente populares son los reversibles como los anticonceptivos orales combinados (ACO) en mujeres en edad fértil [30], con una prevalencia de 17% en norteamericanas entre los 15 y 44 años de edad según un estudio realizado por la Universidad de Princeton en una población de 12 279 mujeres [6]. El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG) indica que entre 2006 y 2010 el 82% de las adolescentes con vida sexual activa usaban anticonceptivos y de ellas el 59% usaba un método anticonceptivo reversible de acción prolongada (LARC's) incluyendo los implantes subdermicos o dispositivos intrauterinos.[66] Los anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC's) son de mayor eficacia con tasas de fallos menores, menores tasas de abandono y complicaciones y tasas de satisfacción mayores en comparación con las mujeres que utilizan otro tipo de anticonceptivos como los orales.

En EEUU la prevalencia de embarazos adolescentes disminuyó en los últimos 20 años de 112 embarazadas por cada 1000 adolescentes entre los 15 y 19 años en 1988 a 43 embarazadas por cada 1000 en el 2013, aunque sigue siendo una de las tasas más altas dentro de los países con altos ingresos. La población latina tiene una prevalencia 1.5 veces mayor que de embarazos adolescente que el estimado americano con predominio en las zonas rurales. Barral y Cols. Encuestaron 84 adolescentes latinos entre 15 y 24 años en

zonas rurales y detectaron que existían múltiples obstáculos para acceder a servicios de salud reproductiva como distancia al centro de salud, influencia cultural y religiosa (tabú sexual, familiar, deshonra familiar), falta de educación sexual y actitudes propias hacia el embarazo y la anticoncepción. [37]

En Etiopía, Nigeria y Tanzania se ha lanzado una iniciativa *Adolescent 360* para aumentar la aceptación de la anticoncepción moderna voluntaria entre las mujeres sexualmente activas de 15 a 19 años. [37] En EEUU existe la campaña para prevenir embarazos no deseados *Power to decide* puesto que a pesar de haber disminuido la tasa de embarazos adolescentes (18.8 nacimientos por cada 1000 mujeres adolescentes a nivel nacional), hay grandes diferencias entre las mujeres de acuerdo a su nivel educativo, lugar de residencia (rural o urbana) y su raza (afroamericanas, hispanas y blancas no hispanas). La tasa de nacimiento entre adolescentes es de 13 por cada 1000 en las blancas no hispanas y casi el doble entre las afroamericanas y latinas (28 y 29 por cada 1000, respectivamente), así como tasas elevadas en los indios americanos (33 por cada 1000) [39]

En el 2018, en Colombia hubo 637 669 nacidos vivos, de los cuales 19.89% eran hijos de madres adolescentes menores de 19 años de edad (aproximadamente 0,84% entre 10 y 14 años y 19,05% entre 15 y 19 años), a nivel regional en el departamento del Atlántico hubo 11 773 nacidos vivos, de éstos 2 241 fueron hijos de madres entre los 10 y 19 años de edad, con un nivel educativo promedio de Básica secundaria entre los 15 y 19 años en un 42% y un 8% sin ningún tipo de nivel de estudio en este grupo etario. En Barranquilla, se presentaron 6 919 nacimientos, 17% fueron hijos de madres entre los 10 y 19 años de edad, con un nivel educativo máximo de media técnica de aproximadamente 78% y casi un 20% sin ningún grado educativo, con promedio educativo de básica secundaria. En el municipio de Soledad, se reportaron 2 156 nacimientos, de los cuales un 19% pertenecía al grupo etario de adolescentes menores de 19 años con un promedio educativo en esta población de básica secundaria, pero un nivel de analfabetismo menor al 1%. [2]

Las zonas rurales son de importancia porque entrañan grandes diferencias con las zonas urbanas en cuanto al conocimiento sobre sexualidad y anticoncepción, el inicio de vida sexual se inicia a edades más tempranas, hay mayor tasa de embarazos adolescentes, por

tanto hay mayor prevalencia de deserción escolar, menor probabilidad de desarrollo personal y laboral por lo que el círculo vicioso de pobreza se mantiene y se podría detener o disminuir de acuerdo al momento en que se haga una intervención eficiente y sostenida de la población adolescente sobre educación sexual rompiendo con los mitos que en las zonas rurales son más evidentes precisamente por la falta de conocimiento y de una consejería apropiada, adicionalmente son zonas donde se ratifican las tradiciones culturales y religiosas.

Un estudio en Cuba sobre conocimiento sobre uso de métodos anticonceptivos 100% refirió conocer el condón seguido de los hormonales orales (97%) e inyectables (93.5%) con sus padres en un 75.6% y amigos en 64.1% como fuente de información.^[48] En México la edad promedio de inicio de vida sexual fue de 15 años, 90% conocía o había escuchado de algún método anticonceptivos, dentro de los más utilizados estaba el condón entre el 61.5% y 80.6% en los géneros femenino y masculino respectivamente. ^[46] Rengifo-Reina y cols., reportó en Colombia inicio de vida sexual a edad promedio de 13 años, conocimientos altos sobre sexo y anticoncepción (90.5%) con sus padres como fuente de información (67.5%)
^[47]

Otro estudio en México aplicaron una encuesta a 120 adolescentes, donde el promedio de edad al inicio de vida sexual fue de 15 años, consideraron sus conocimientos como medio en un 60.8% y bajo en 23.3%, con respecto al tipo de anticonceptivos el método anticonceptivo más utilizado fue el condón (65.2%) seguido de hormonales orales (13.6%) e implantes (9.1%), con los maestros y personal de salud como fuentes de información (37.5% y 31.7% respectivamente), el lugar donde obtuvieron los anticonceptivos en un 70.8% fue la farmacia, seguido de los centros de salud en un 25.8% ^[44]

Ley 1098 de 2006 ^[40] donde se expide el Código de Infancia y Adolescencia donde se garantiza a los niños, niñas y adolescentes su pleno desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión, en igualdad y dignidad humana, sin discriminación alguna de raza, etnia u otra.

Siendo la prevención del embarazo no deseado en adolescentes una prioridad de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, el Plan Nacional de Desarrollo y el Plan Nacional de Salud Pública se declara en Colombia el 26 de Septiembre la conmemoración del día Nacional de la Prevención del Embarazo en Adolescentes por medio del Decreto 3705 de 2007 ^[42] para "sensibilizar a la sociedad colombiana sobre los factores de riesgo que inciden en la problemática del embarazo en adolescentes y sus consecuencias personales, familiares y sociales", así como, destacar "la corresponsabilidad de la familia, la sociedad y el Estado en su atención, cuidado y protección"

Ley 1622 del 29 de Abril de 2013 ^[43] donde se expide el estatuto de ciudadanía juvenil cuyo finalidad es "garantizar el reconocimiento de las juventudes en la sociedad como sujeto de derechos y protagonistas del desarrollo de la Nación desde el ejercicio de la diferencia y la autonomía", además de la participación en los diferentes ámbitos de la Nación y "relaciones equitativas entre generaciones, géneros y territorios"

Es necesario mejorar la calidad y cantidad de la información sobre los métodos anticonceptivos para que influya positivamente en la prevalencia de embarazo adolescente a nivel nacional y se pueda reproducir a nivel mundial particularmente en países en desarrollo, así mismo se requiere mayor información acerca de los factores asociados al uso de anticonceptivos en adolescentes teniendo en cuenta las diferencias presentadas en los estudios por la predilección a algunos métodos anticonceptivos de acuerdo al estado civil de las mujeres.

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

Este estudio es transversal descriptivo

ÁREA DE ESTUDIO

Este estudio va dirigido a las adolescentes del municipio de Soledad, Atlántico.

POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN: Mujeres adolescentes en el departamento del atlántico que se encuentren tomando anticonceptivos

MUESTRA: Mujeres adolescentes entre 13 y 18 años que se encuentren en un colegio del municipio de Soledad, Atlántico, entre grado 6 a 11 con o sin inicio de vida sexual

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Se aplicó por medio de censo una encuesta a la población que cumpla los criterios de inclusión se tabularan en el programa Microsoft Excel 2017. Luego de tabuladas las encuestas considerando que nuestro estudio es descriptivo transversal en el cual se determinará la prevalencia del uso de ACS en adolescentes y sus múltiples variables:

Primero, se obtendrá la media aritmética de cada una de las variables para saber la tendencia según las características preguntada en la variable para el uso de ACS.

Segundo, escrutar la moda a las variables que lo requieran y que no sean estadísticamente significativo, ejemplo: el tipo de ACS que utilizan, para así determinar el efecto adverso de este en las pacientes.

Además se graficarán las variables en barra para el tipo de ACS que utiliza y en forma agrupadas para las variables que nos informará las características de una misma manifestación, en este caso serían los efectos adversos de los ACS y se graficarían en diagrama de sectores, para poder sacar conclusiones de la prevalencia del uso de ACS en adolescentes.

RESULTADOS

Caracterización Sociodemográfica

Se encuestaron se entrevistaron un total de 159 estudiantes, la edad promedio fue $14,3\pm 1,2$ años. De estas 38 (55%) de los cursos 6 - 7 grado con un promedio de $13,3\pm 0,5$ años. De los grados 8 - 9, 88 estudiantes (21%) con un promedio de edad de $14,2\pm 0,9$ años y de los grados 10 - 11 grado 33 (24%) con un promedio de $16\pm 0,8$ años.

Tabla 1

	6 - 7 grado	8 - 9 grado	10 - 11 grado
Sample	38	88	33
Prom \pm SD	$13,3\pm 0,5$	$14,2\pm 0,9$	$16\pm 0,8$
Extendida	16 (37,2%)	20 (46,5%)	7 (16,3%)
Monoparental	9 (19,6%)	28 (60,9%)	9 (19,6%)
Nuclear	13 (18,6%)	40 (57,1%)	17 (24,3%)
Iniciado Vida Sexual	2 (5,3%)	22 (25%)	14 (42,4%)

La configuración familiar del 44% fue Nuclear, 29% Monoparental y 27% Extendida.

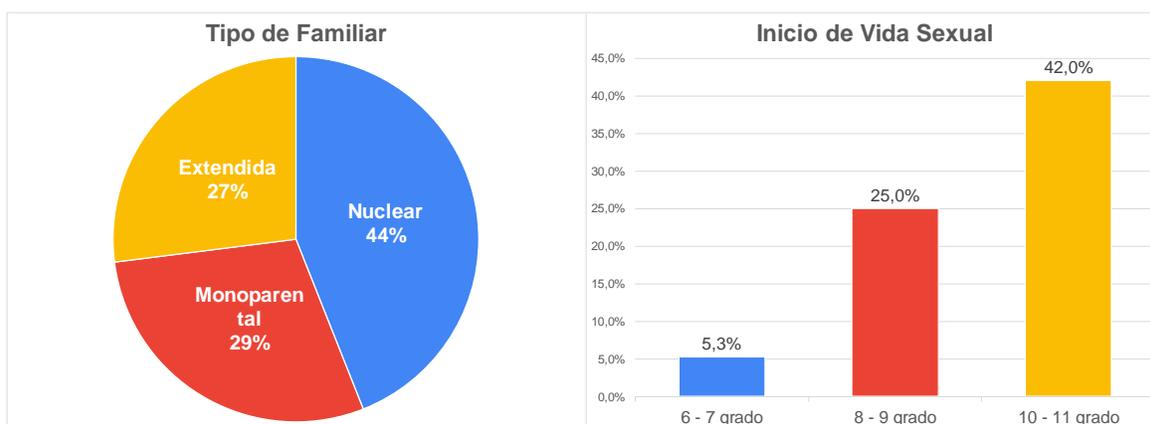


Ilustración 1

Comportamiento Sexual

El 23% de los encuestados habían iniciado vida sexual. La edad promedio de inicio fue de $15,1 \pm 1,3$ años. Se encontró como hallazgo incidental que 2 estudiantes habían estado embarazadas y estas pertenecían a los cursos 10-11 grados.

Tabla 2

Inicio de vida sexual	Tipo de Familia			Total
	Extendida	Monoparental	Nuclear	
Sí	8 (10.28)	15 (10.99)	15 (16.73)	38 (23.8)
No	35 (32.72)	31 (35.01)	55 (53.27)	121 (76.1)
Total	43	46	70	159

Se realizó una prueba de independencia de chi-cuadrado para examinar la relación entre la configuración familiar e inicio de vida sexual. La relación entre estas variables no fue significativa, mostró que no había una asociación significativa entre la configuración familiar e inicio de vida sexual, $\chi^2 (2, N = 159) = 2.8, p = 0.244$. Indicando que, para este caso, la configuración familiar no tiene asociación con el inicio de vida sexual. De los iniciaron vida sexual el 7,8% (3) lo hicieron por Presión de las amistades, por Curiosidad 71,1% (27) y por Presión de la pareja el 21,0% (8).

Tabla 3

	6 - 7 grado	8 - 9 grado	10 - 11 grado	Total
Sí	2 (9.08)	22 (21.03)	14 (7.89)	38 (23.8)
No	36 (28.92)	66 (66.97)	19 (25.11)	121 (76.1)
Total	38	88	33	159

Se realizó una prueba de independencia de chi-cuadrado para examinar la relación entre el grado académico y el inicio de la vida sexual. La relación entre estas variables fue significativa, $\chi^2 (2, N = 159) = 13.54, p = 0.001$. Esto indica que a mayor grado los estudiantes son más propensos a iniciar su vida sexual.

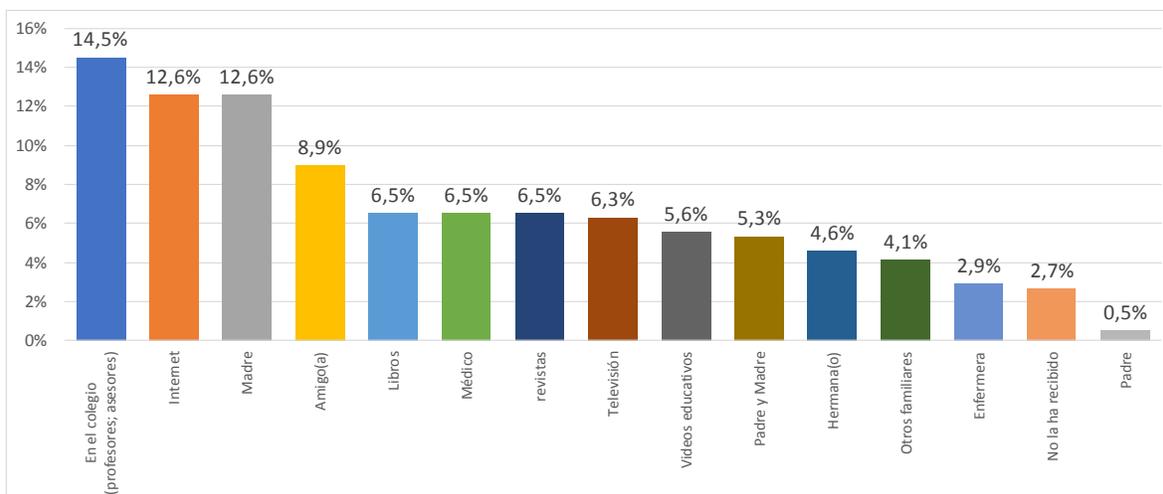


Ilustración 2

Al indagar sobre el nivel de conocimiento, el 19,5% (31) dijeron tener Muy Buenos, 26,42% (42) Buenos, 33,33% (53) Regulares y 20,75% (33) Pobres. El grado que manifestó tener menor conocimiento fue 8-9°

Tabla 4

	6 - 7 grado	8 - 9 grado	10 - 11 grado	Total
Pobres	6 (7.89)	24 (18.26)	3 (6.85)	33 (27.8)
Regulares	13 (12.67)	29 (29.33)	11 (11.00)	53 (33.3)
Buenos	10 (10.04)	22 (23.25)	10 (8.72)	42 (26.4)
Muy Buenos	9 (7.41)	13 (17.16)	9 (6.43)	31 (19.5)
Total	38	88	33	159

La prueba de independencia de chi-cuadrado para examinar la relación entre el grado académico y autopercepción de conocimientos sobre métodos anticonceptivos. La relación entre estas variables no fue significativa, mostró que no había una asociación significativa entre grado académico y autopercepción de conocimientos sobre métodos anticonceptivo, $\chi^2 (2, N = 159) = 7.05, p = 0.3157$. Indicando que, para este caso, el grado académico no tiene asociación con la autopercepción de conocimientos sobre métodos anticonceptivos.

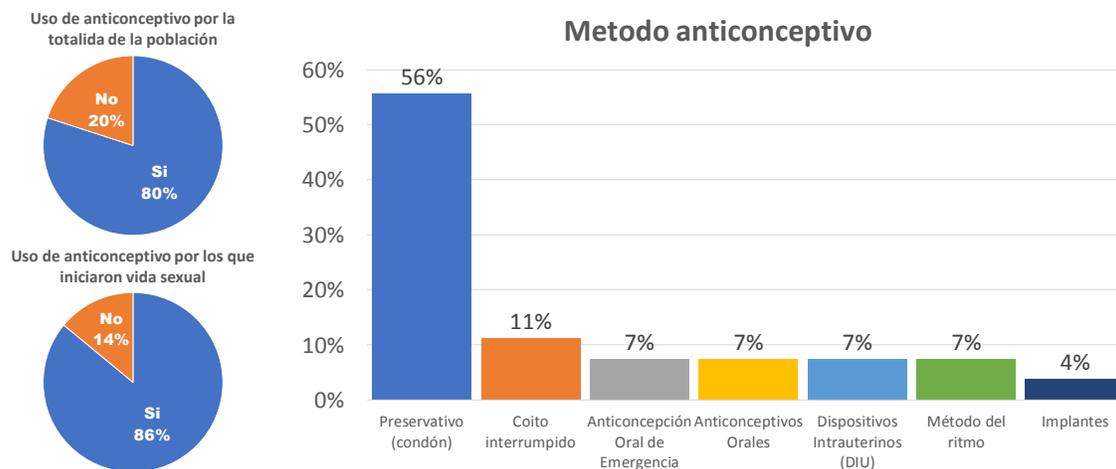


Ilustración 3

El 80% del total de los estudiantes encuestados, estaban de acuerdo con el uso de anticonceptivos. De los que habían iniciado vida sexual el 89% manifestaron estar de acuerdo con su uso, así mismo, en este grupo solo el 60% manifestó usar un método anticonceptivo; el método de preferencia fue el Condón Masculino 60%, el 11% el Coito interrumpus y el menos utilizado fueron los implantes (4%).

Conocimiento

Al evaluar el grado real de conocimiento, solo una persona contesto el 100% de las preguntas correctamente y el 5% (8 encuestados) respondieron el 80% de las preguntas correctas. El 10% estuvieron en el rango para el grado de Regular con un puntaje promedio de 63 ± 4.5 y el 84.3% (134 encuestados) mostró tener Pobre 26.4 ± 15 puntos.

En cuanto a conocimiento por tipo de familia, se encontró que sobre el 80% obtuvieron un conocimiento fue Pobre, sin importar el tipo de configuración familiar, llámese Extendida (Conocimiento Pobre: 81%), Monoparental (Conocimiento Pobre: 83%) o Nuclear (Conocimiento Pobre: 87%).

Similar situación con los niveles académicos, el 15% de los estudiantes del nivel 10 – 11 grado demostraron un nivel de conocimiento regular; los de nivel 8 – 9 grado un 11% de los evaluados cayeron en esta categoría. EL 97% de los estudiantes 6 – 7 grado, solo

evidenciaron un nivel de conocimiento Pobre y un 3% de estos mismos, un nivel de regular.

Tabla 5

Variable	Nivel	Pobres	Regulares	Buenos	Muy Buenos	p-valor
Nivel Académico	6 - 7 grado	37	1	0	0	0,06
	8 - 9 grado	71	10	7	0	
	10 - 11 grado	26	5	1	1	
Tipo de Familia	Extendida	35	3	5	0	0,188
	Monoparental	38	5	2	1	
	Nuclear	61	8	1	0	
Inicio Vida Sexual	No	109	7	5	0	0,2
	Sí	25	9	3	1	
Autopercepción de conocimiento	Muy Buenos	28	2	1	0	0,107
	Buenos	29	8	4	1	
	Regulares	45	5	3	0	
	Insuficientes	32	1	0	0	

Cuando se comparó la autopercepción de conocimiento con conocimiento real, se encontró que solo el 10% de aquellos que decían tener un conocimiento Bueno realmente lo tenía; por contraparte el 90% de los que decían tener un Muy Buen Conocimiento tenía un Pobre Conocimiento en realidad.

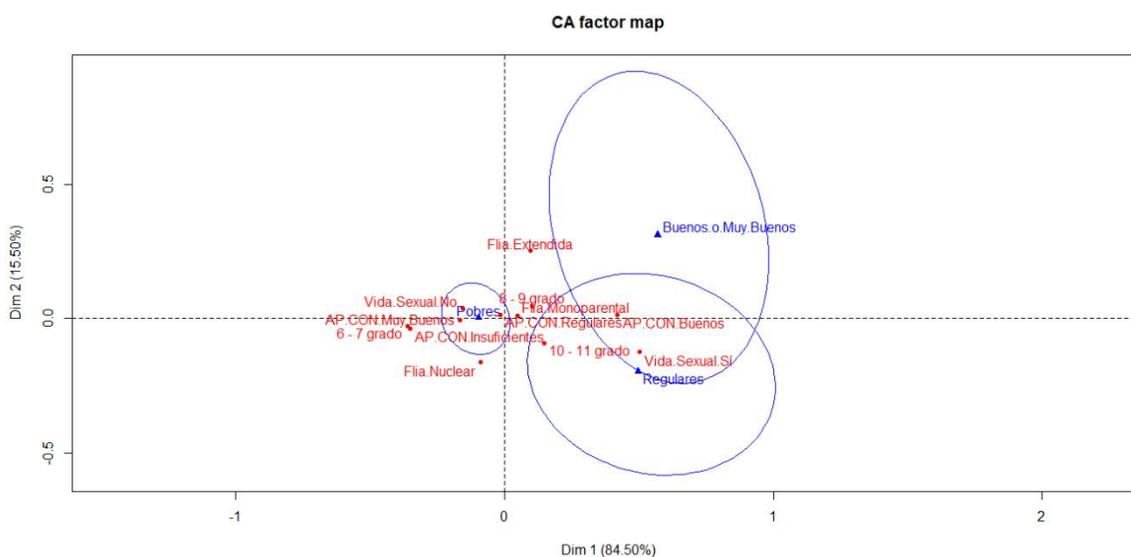


Ilustración 4

Para el análisis de correspondencias simples (ACS), los niveles Bueno y Muy Buen conocimiento se unieron teniendo en cuenta los valores bajos que se obtuvieron y observando que ambos son niveles son positivos. Se encontró que aquellos que tenían una autopercepción de conocimiento buena hubo una correspondencia con el nivel real de Bueno o Muy Bueno, así como con inicio de vida sexual.

Aquellos que tuvieron correspondencia con el nivel de Pobre conocimiento fueron aquellos que no había iniciado su vida sexual y tenían una Autopercepción de conocimiento Muy Buena o Regular. Aquellos que tenía un nivel regular, tuvieron correspondencia compartida para los que había iniciado vida sexual y de los grados superiores (10 – 11 grado).

DISCUSIONES

La adolescencia es un período altamente dinámico caracterizado por un rápido crecimiento y desarrollo. Los adolescentes tienen un conocimiento limitado sobre la salud sexual y reproductiva, y saben poco sobre los procesos naturales de la pubertad, la salud sexual, el embarazo o la reproducción. La educación sexual debe ser una parte integral del proceso de aprendizaje que comienza en la infancia y continúa en la vida adulta, porque es un proceso de toda la vida. [47]

Debido a la falta de madurez mental, los adolescentes suelen tomar decisiones sobre la actividad sexual y el uso de anticonceptivos de manera idiosincrásica. Entre los aspectos que tienen en cuenta al inicio de su actividad sexual, son: iniciar o no vida sexual, uso de anticonceptivos, que tipo de anticonceptivo usar, donde la principal preocupación es un embarazo, más que una enfermedad de transmisión sexual (ETS). Muchas de las decisiones son tomadas con base a la facilidad de adquisición (opción más económica), que en la relación costos-beneficios. Así mismo la presión social del no inicio de vida sexual conlleva a no sopesar correctamente los riesgos de quedar embarazada o contraer una ETS.[50] Esto se evidencia en nuestra muestra donde la edad de inicio es bastante temprana, así como la presión social, tanto de los amigos, como de la pareja.

La proporción de familias monoparentales en nuestra población, se encuentra dentro de promedios internacionales, que se encuentra alrededor del $30\pm 3\%$ [49]. Este es un fenómeno que ha venido en aumento. El aumento en la vida de las familias solteras y de las familias ensambladas ha coincidido con una aceleración rápida en la inestabilidad familiar, con más niños en transición a través de múltiples arreglos de vivienda en el transcurso de la infancia [50], lo que conlleva finalmente a carencias en aspectos importantes de la sexualidad, muchos de los participantes presentaban este tipo de estructura familiar. Aunque les fue tan mal en los conocimientos, como a los que estaba en otra estructura familiar, para este caso, el tipo de familia no fue determinante para establecer un nivel de conocimiento.

El fenómeno de las familias monoparentales pasó del 9% en los años 60's a un 28% en el 2012 [51], sin embargo, en educación sexual se ha encontrado que los padres (padre o madre) de estos hogares suelen tener buenos puntajes, en cuanto a conocimiento se refiere, que los perteneciente a otro tipo de familia, sin embargo, este resultado no se ve reflejado en las respuestas que dan sus hijos, es decir, que posee el conocimiento y saben cómo ejecutarlos, sin embargo, no hay una correcta transferencia de conocimiento entre generaciones. [52]

La actividad sexual prematrimonial es común y está en aumento en todo el mundo. Las tasas son más altas en África subsahariana, donde más de la mitad de las niñas de 15 a 19 años tienen experiencia sexual. Millones de adolescentes están teniendo hijos, en África subsahariana. Más de la mitad de las mujeres dan a luz antes de los 20 años [53]. En Latinoamérica, los datos son muy semejantes, esto crea la necesidad de mejorar los servicios sociales y de salud dirigidos a las adolescentes, incluidas los servicios de salud reproductiva, que en otras partes del mundo se encuentran transversal al desarrollo del niño y el adolescente, sin embargo en nuestra región se queda un poco cortos.

En cuanto a la edad de inicio, el 23 % de los encuestados refiere haber iniciado su actividad sexual antes de los 14 años, a diferencia de un estudio norteamericano que muestra que esto ocurre con una frecuencia cercana al 20% [54]. Esto da cuenta que una proporción de adolescentes ha iniciado la actividad sexual antes de la edad de consentimiento legal

establecida en nuestro país, lo que implica un desafío para los profesionales de salud. Es probable que esta situación se dé por la carencia de conocimiento.

La encuesta más reciente sobre el comportamiento sexual de los adolescentes indica que casi el 50% de los jóvenes (grados 9-12) en los Estados Unidos son sexualmente activos. Entre los jóvenes sexualmente activos, el 7.1% inició relaciones sexuales antes de los 13 años de edad (es decir, la adolescencia temprana), el 14.9% tuvo relaciones sexuales con cuatro o más parejas, y más de un tercio (38.5%) no había usado condón durante su última relación sexual. relaciones sexuales [55]. Estos resultados son muy similares a los encontrados en el presente documento, el inicio fue antes de los 14 años.

Igualmente, nuestros resultados confirman el inicio precoz de la actividad sexual en adolescentes, el bajo uso de anticonceptivos y el riesgo de lesiones cervicales. Programas educativos conducentes al retraso del inicio de la actividad sexual, el uso de métodos anticonceptivos efectivos y de barrera, permitirán reducir las cifras encontradas en este estudio [56].

El 23% de los encuestados habían iniciado vida sexual. La edad promedio de inicio fue de $15,1 \pm 1,3$ años. Se encontró como hallazgo incidental que 2 estudiantes habían estado embarazadas y estas pertenecían a los cursos 10-11 grados. La exposición a dicho contenido está relacionada con cambios en las actitudes sobre el sexo y el género, la progresión temprana a la actividad sexual, el embarazo y las infecciones de transmisión sexual entre los adolescentes [56-57].

El contenido sexual es muy frecuente en los medios tradicionales, y las representaciones rara vez representan las responsabilidades y los riesgos (por ejemplo, el uso del condón, el embarazo) asociados con la actividad sexual [47,57]. Sin embargo, hay poca información disponible sobre moderadores y mediadores de estos efectos. También sabemos poco acerca de los medios digitales, su contenido relacionado con el sexo y su influencia potencial en la juventud. Los datos de algunos estudios de jóvenes mayores indican que las relaciones sexuales las pantallas en los sitios de redes sociales están relacionadas con creencias y comportamientos problemáticos entre quienes publican este contenido y entre

los espectadores. La pornografía en línea parece ser más problemática para los jóvenes que las fuentes *offline*. Dada la gran y creciente cantidad de tiempo que los jóvenes pasan en línea y su apertura al desarrollo para influir, se necesita más atención de investigación a los medios sexuales digitales [57].

Los comportamientos sexuales como el inicio sexual temprano, las relaciones sexuales sin protección y las relaciones sexuales con múltiples parejas ponen a los jóvenes en riesgo de una serie de consecuencias negativas, como el embarazo no planificado y las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Actualmente, se estima que hay 9,1 millones de casos de infecciones de transmisión sexual (ITS) entre los jóvenes de 15 a 24 años (CDC, 2008) [55].

El estudio demuestra la poderosa influencia tanto del contexto como del género para comprender las influencias de la familia en los comportamientos sexuales de los adolescentes. Programas destinados a reducir las conductas de riesgo sexual de los adolescentes, la necesidad de comprender las influencias complejas sobre las conductas de riesgo en diferentes entornos y, en particular, el papel de las madres y los padres [58].

Una proporción sustancial de estudiantes tiene actividad sexual regular, pero un bajo porcentaje usa condones por protección. Sin embargo, los métodos de uso no son los adecuados y se desconoce la verdadera utilidad de los mismos. Se requieren intervenciones entre los hombres en particular en vista de estos cambios de actitud y comportamiento hacia la sexualidad [59]

Existe una gran brecha en el conocimiento del uso correcto del condón en esta población. Se necesitan intervenciones que aborden el problema del uso del condón durante las relaciones sexuales anales y del mismo sexo en esta población [60]. Hubo lagunas sustanciales en el conocimiento sobre la salud reproductiva y sexual, los estudiantes consideraron que la educación sexual es necesaria y debe ser introducida en el currículo escolar [47].

En otros casos al evaluar las respuestas los estudiantes sobre el uso del preservativo, se encontró que de los 180 estudiantes que completaron tanto el cuestionario como la demostración del condón, el 67% no aplicó el condón correctamente. Además, los resultados fueron igualmente pobres independientemente del formato de educación sexual anterior. Los resultados de este estudio sugieren que ninguno de los mecanismos de capacitación actuales proporciona información adecuada para garantizar el uso adecuado de condones por parte de los estudiantes universitarios y que se deben considerar alternativas para proteger la salud y el bienestar de este importante segmento de la población del estado [61]

Dado que Internet era la principal fuente de información de los estudiantes, se justifica aumentar la accesibilidad y la visibilidad de los sitios de Internet creíbles sobre salud sexual. Además, las personas clave en las redes de estudiantes (p. Ej., Padres, maestros, compañeros) deben estar equipadas con la capacitación y el conocimiento necesarios sobre temas relacionados con las ITS y participar activamente en los esfuerzos de educación sobre salud sexual. [62]

Los estudiantes prefieren recursos en línea fácilmente comprensibles. La creación de sitios web de salud sexual de acuerdo con las preferencias explícitas de la audiencia objetivo podría alentar el uso, especialmente en aquellas subpoblaciones menos propensas a evaluar críticamente la validez de la información: adolescentes varones, hijos de inmigrantes y académicamente desfavorecidos.

La rápida expansión de Internet ha llevado a una revolución de la información que afecta a casi todos los aspectos de nuestras vidas. Cambió por completo la forma en que accedemos, analizamos y usamos la información. Esto es válido incluso para áreas tan delicadas y privadas como la salud.

En los Estados Unidos, la búsqueda de información de salud se convirtió en la tercera actividad en línea más popular para todos los usuarios de Internet en 2010. Varios estudios muestran que la gran mayoría de los adolescentes buscan información de salud en línea. De particular interés para los adolescentes es la salud sexual, un área que plantea una multitud

de preguntas percibidas como vergonzosas, controvertidas o sensibles. El umbral para que los adolescentes busquen respuestas a estas preguntas se reduce por la naturaleza anónima de Internet, su disponibilidad fácil y rápida y su bajo costo [63].

Los resultados son importantes en la planificación de futuras campañas de educación sexual y requieren nuevas estrategias preventivas. Encontramos una proporción relativamente alta de estudiantes involucrados en conductas sexuales de riesgo y conocimiento insuficiente sobre las ITS. Los resultados son importantes en la planificación de futuras campañas de educación sexual y requieren nuevas estrategias preventivas. [64]

CONCLUSIONES

En este estudio se pudo demostrar que la edad media de inicio de vida sexual fue a los 15 años con un porcentaje de inicio de vida sexual del 23% de la muestra en total, además que la causa de inicio de vida de sexual fue por curiosidad en un 71.1%.

Se demostró el poco conocimiento de salud sexual y reproductiva en los adolescentes por el alto número en la muestra de adolescentes con verdaderos conceptos muy bajos por la encuesta aplicada, así como un uso inadecuado de los anticonceptivos por el poco apoyo recibido por parte de su entorno.

BIBLIOGRAFIA

1. WHO. Salud de la Madre, el niño y el Adolescente. EN: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/es/ Acceso el 25 de Octubre de 2018.
2. DANE. Colombia 2018. Estadísticas nacionales de Nacimientos y defunciones. EN: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos/nacimientos-2018>. Acceso el 5 de Febrero de 2019
3. WHO Planificación Familiar Nota descriptiva del 08 de Febrero de 2018, Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception> Consultado el 15/02/2019
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDS 2015. Colombia 2015. Tomo 1. Cap 2: 69-88.
5. Programme of Action of the International Conference on Population and Development. En: Report of the International Conference on Population and Development (El Cairo, 5 al 13 de septiembre de 1994). El Cairo: Organización de las Naciones Unidas; 1994.
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDS 2015. Colombia 2015. Tomo 1. Cap 4: 155-216
7. Cleland J, Conde-Agudelo A, Peterson H, et al. Contraception and health. Lancet. 2012; 380:149-156.
8. Braveman PA, Egerter SA, Mockenhaupt RE. Broadening the focus: the need to address the social determinants of health. Am J Prev Med. 2011 Jan;40(1 Suppl 1):S4-18.
9. DANE. Colombia 2017. Estadísticas nacionales de Nacimientos y defunciones. EN: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos/nacimientos-2017>. Acceso el 5 de Febrero de 2019
10. Monterrosa A. Anticoncepción Oral: Consideraciones Generales. Cartagena 2018. Cap 1; 15-55
11. Haberlandt E. Ludwig Haberlandt - A pioneer in hormonal contraception. Wien. Klin. Wochenschr. 2009;121(23-24):746-49
12. 11. Fitch CD. In memoriam: Edward A. Doisy. J Clin Endocrinol Metab. 1988;66(5):1094-95
13. Christin-Maitre S. History of oral contraceptive drugs and their use worldwide. Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism. 2013;27:3-12

14. Miramontes L. La industria de esteroides en México y un descubrimiento que cambiaría el mundo. *Rev. Soc. Quím. Méx.* 2001;45(3):102-104.
15. Meldrum M. The art of medicine women making contraceptive choices in 20th-century America. *Lancet.* 2012;380:102-103.
16. Ministerio de Salud y Protección Social. Publicación Digital de Educación para la Salud. 2014; Año 2 (8): 25-32
17. Organización Mundial de la Salud. Salud Materna. EN: https://www.who.int/topics/millennium_development_goals/maternal_health/es/ Acceso el: 25 de Octubre de 2018
18. UNICEF, WHO, The World Bank, United Nations Population Division. The Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). Levels and Trends in Child Mortality. Report 2015. New York, USA, UNICEF, 2015.
19. Chapter 4: Health service coverage. World health statistics 2015. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 EN: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/mdgs/health-service-coverage2015.pdf>, fecha de acceso: 15 de agosto de 2018
20. Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: guidance and recommendations. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 EN: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102539/1/9789241506748_eng.pdf, Acceso el: 15 de Agosto de 2018.
21. Cousens S, Blencowe H, Stanton C, Chou D, Ahmed S, Steinhardt L et al.. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2009 with trends since 1995: a systematic analysis. *Lancet*, 2011, Apr 16, 377(9774): 1319-30.
22. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. Tercera edición. 2018.
23. WHO, Nota descriptiva 19 de Septiembre de 2019. EN: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality> Acceso el 10 de Octubre de 2019.
24. Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health, 2016-2030. New York: United Nations; 2015
25. Improving adolescent health: an evidence-based call to action. Weiss H, Ferrand R. *The Lancet* 2019; 393(10176):1073-75
26. Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDS 2015. Colombia 2015. Tomo 1. Cap 7: 265-98

27. Ziller M, Rashed A.N, Ziller V, Kostev K. The Prescribing of Contraceptives for Adolescents in German Gynecologic Practices in 2007 and 2011: A Retrospective Database Analysis. *J Pediat Adolesc Gynecol.* 2013; 26(5):261-64
28. Ehrlich E, Gibson TB, Mark TL: Trends in prescriptions for oral contraceptives among US teenagers. Thomson Reuters, March 2011.
29. United Nations. Report of the international conference on population and development. New York: UN Department of Economic and Social Affairs, 1994
30. Bernstein S, Say L, Chowdhury S. Sexual and reproductive health: completing the continuum. *The Lancet* 2008; 371(9620): 1225-26
31. WHO, UN Population Fund. National-level monitoring of the achievement of universal access to reproductive health: conceptual and practical considerations and related indicators
32. Hersh, A. R., Saavedra-Avendaño, B., Schiavon, R., & Darney, B. G. (2019). Sexuality Education During Adolescence and Use of Modern Contraception at First Sexual Intercourse Among Mexican Women. *J Adolesc Health.* 2019 Nov; 65 (5): 667-673. doi: 10.1016 / j.jadohealth.2019.05.028.
33. Miller M, Pickett M, Leisner K. et al. Sexual Health Behaviors, Preferences for Care, and Use of Health Services Among Adolescents in Pediatric Emergency Departments. *Pediatr Emerg Care* 2013; 29(8): 907-11
34. Fine LC, Mollen CJ. A pilot study to assess candidacy for emergency contraception and interest in sexual health education in a pediatric emergency department population. *Pediatr Emerg Care.* 2010;26; 413Y416
35. Viner, R. M., Ozer, E. M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A., & Currie, C. Adolescence and the social determinants of health. *The Lancet*, 2012; 379(9826), 1641–1652. doi:10.1016/s0140-6736(12)60149-4
36. Nsanya MK, Atchison CJ, Bottomley C, et al. Modern contraceptive use among sexually active women aged 15–19 years in North-Western Tanzania: results from the Adolescent 360 (A360) baseline survey. *BMJ Open* 2019;9:e030485. doi:10.1136/bmjopen-2019-030485
37. Barral, R. L., Cartujano, B., Perales, J., Ramirez, M., Cowden, J. D., Trent, M. E., ... Kessler, S. F. Knowledge, Beliefs, and Attitudes About Contraception Among Rural Latino Adolescents and Young Adults. *The Journal of Rural Health.* *J Salud rural.* 2019; Ago: 1–10. doi: 10.1111/jrh.12390
38. Hersh AR., Saavedra-Avendaño B et al. Sexuality Education During Adolescence and Use of Modern Contraception at First Sexual Intercourse Among Mexican Women. *Journal of adolescent health.* 2019. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2019.05.028

39. Campaña Power to decide para prevenir embarazos no planificados <https://powertodecide.org/what-we-do/information/national-state-data/national>
40. Miranda P, Moleiro P, Gaspar P, Luz A. Contraception for Adolescents: Knowledge and Practices in Portugal. *Acta Med Port* 2019; 32(7–8):505–513 Doi: 10.20344/amp.11088
41. Ley 1098 del 8 de Noviembre de 2006. Gobierno Nacional de Colombia. En: https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1098_2006.htm
42. Decreto 3705 del 24 de Septiembre de 2007. Gobierno Nacional de Colombia. En: https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/decreto_3705_2007.htm
43. Ley 1622 del 29 de Abril de 2013. Gobierno Nacional de Colombia. En: https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1622_2013.htm
44. Sánchez-Meneses MC., Dávila-Mendoza R., Ponce-Rosas ER. Knowledge and Use of Contraceptive Methods in Adolescents of a Health Care Center. *Aten Fam* 2015;22(2):35-38.
45. Rengifo-Reina HA, Córdoba-Espinal A, Serrano-Rodríguez M. Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano. *Rev Salud Pública*. 2012;14(4):558-69
46. Fernández GB, Mariño ME, Ávalos GM, Baró JVG. Información sobre anticoncepción y métodos anticonceptivos en adolescentes del Municipio “La Lisa”. *Rev Cubana Med Gen Integral*. 2013;29(1):3-7.
47. Kumar R, Goyal A, Singh P, Bhardwaj A, Mittal A, Yadav SS. Knowledge Attitude and Perception of Sex Education among School Going Adolescents in Ambala District, Haryana, India: A Cross-Sectional Study. *J Clin Diagn Res*. 2017 Mar;11(3):LC01–4. En: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28511413>
48. Gage AJ. Sexual activity and contraceptive use: the components of the decisionmaking process. *Stud Fam Plann*. 1998 Jun;29(2):154–66. En: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9664629>
49. Oshi SN, Abel WD, Agu CF, Omeje JC, Smith PW, Ukwaja KN, et al. Single Parent Family Structure as a Predictor of Alcohol Use among Secondary School Students: Evidence from Jamaica. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2018 Apr 23;19(S1):19–23. En: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29681146>
50. Kelly Raley R, Wildsmith E. Cohabitation and Children’s Family Instability. *J Marriage Fam*. 2004 Feb;66(1):210–9. En: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.0022-2445.2004.00014.x-i1>

51. Brown SL, Manning WD, Stykes JB. Family Structure and Child Well-Being: Integrating Family Complexity. *J Marriage Fam.* 2015 Feb;77(1):177–90. En: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25620810>
52. Bello CB, Irinoye O, Akpor OA. Health status of families: A comparative study of one-parent and two-parent families in Ondo State, Nigeria. *African J Prim Heal care Fam Med.* 2018 Jul 31;10(1):e1–8. En: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30198283>
53. Habesha T, Aderaw Z, Lakew S. Assessment of exposure to sexually explicit materials and factors associated with exposure among preparatory school youths in Hawassa City, Southern Ethiopia: a cross-sectional institution based survey. *Reprod Health.* 2015 Sep 14;12:86. En: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26370668>
54. Leal F. I, Molina G. T, Luttges D C, González A. E, Gonzalez A. D. Edad de inicio sexual y asociación a variables de salud sexual y violencia en la relación de pareja en adolescentes chilenos. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2018 Apr;83(2):149–60. En: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000200149&lng=en&nrm=iso&tlng=en
55. Kincaid C, Jones DJ, Sterrett E, McKee L. A review of parenting and adolescent sexual behavior: the moderating role of gender. *Clin Psychol Rev.* 2012 Apr;32(3):177–88. En: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22366393>
56. Mendoza T LA, Arias G M, Pedroza P M, Micolta C P, Ramírez R A, Cáceres G C, et al. Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en una ciudad colombiana. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2012;77(4):271–9. En: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000400006&lng=en&nrm=iso&tlng=en
57. Collins RL, Strasburger VC, Brown JD, Donnerstein E, Lenhart A, Ward LM. Sexual Media and Childhood Well-being and Health. *Pediatrics.* 2017 Nov;140(Suppl 2):S162–6. En: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29093054>
58. Mmari K, Kalamar AM, Brahmhatt H, Venables E. The Influence of the Family on Adolescent Sexual Experience: A Comparison between Baltimore and Johannesburg. *PLoS One.* 2016;11(11):e0166032. En: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27820853>
59. Salameh P, Zeenny R, Salamé J, Waked M, Barbour B, Zeidan N, et al. Attitudes Towards and Practice of Sexuality among University Students in Lebanon. *J Biosoc Sci.* 2016 Mar;48(2):233–48. En: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26040203>
60. Anyanwu PE, Fulton J. Knowledge and perception of young adults in Nigeria on effectiveness of condom use in prevention of sexually transmitted infections. *Int J Adolesc Med Health* [Internet]. 2017 Apr 1;29(2). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26536574>

61. Clifton J, Penrose L, Prien S, Farooqi N. Influence of Sex Education on Condom Knowledge and Condom Use Skills Among Texas College Students. *Tex Med.* 2015;111(10):e1. En: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26457846>
62. Karamouzian M, Shahesmaeili A, Khajehkazemi R, Hooshyar SH, Fallahi H, Haghdoost AA, et al. Awareness of and Knowledge About STIs Among Nonmedical Students in Iran. *Int Perspect Sex Reprod Health.* 2017 Jul 7;43(1):21–8. En: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28930622>
63. von Rosen AJ, von Rosen FT, Tinnemann P, Müller-Riemenschneider F. Sexual Health and the Internet: Cross-Sectional Study of Online Preferences Among Adolescents. *J Med Internet Res.* 2017;19(11):e379. En: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29117927>
64. Grad AI, Senilă SC, Cosgarea R, Tataru AD, Vesa SC, Vica ML, et al. Sexual Behaviors, Attitudes, and Knowledge about Sexually Transmitted Infections: A Cross-sectional Study in Romania. *Acta Dermatovenerol Croat.* 2018 Apr;26(1):25–32. En: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29782296>
65. Christin-Maitre S. History of oral contraceptive drugs and their use worldwide. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism.* 2013;27:3-12.
66. ACOG Committee Opinion No. 735. Adolescents and Long-Acting Reversible Contraception: Implants and Intrauterine Devices. *Obstet Gynecol.* 2018 May;131(5):130-139. doi: 10.1097/AOG.0000000000002632.

INSTRUMENTO DE CAPTURA DE DATOS

Encuestas con preguntas cerradas y abiertas que se realizaran mes a mes a la muestra de la población para con esto poder sacar las conclusiones

VARIABLES

Variable	Tipo de variable
Edad	Cuantitativa
Peso	Cuantitativa continua
Grado de escolaridad	Cuantitativa continua
Cuál es el tipo de familia que conformas a) Familia Nuclear (con ambos padres) b) Familia Monoparental (solo con el padre o solo con la madre) c) Familia Extendida (con padres, tíos, primos, abuelos, etc.)	Cualitativa
Ha iniciado vida sexual a) Sí b) No	Cuantitativa
A qué edad inició su vida sexual	Cuantitativa
Qué motivó el inicio de tu vida sexual a) Presión de la pareja b) Presión de las amistades c) Curiosidad	Cualitativa
Cómo calificarías tus conocimientos sobre métodos anticonceptivos a) Muy buenos b) Buenos c) Regulares d) Insuficientes	Cuantitativa
De quién (es) has recibido información sobre métodos anticonceptivos a) Padre b) Madre c) Padre y Madre d) Hermana (o) e) Otros familiares f) En el colegio (profesores, asesores) g) Amigo(a) h) Médico i) Enfermera j) Internet k) Televisión l) Libros, revistas m) Videos educativos n) No la ha recibido	Cuantitativa

<p>Qué método anticonceptivo usas</p> <p>a) Coito interrumpido</p> <p>b) Anticonceptivos orales</p> <p>c) Inyectables</p> <p>d) Implantes</p> <p>e) Anillo vaginal</p> <p>f) Dispositivos Intrauterinos (DIU)</p> <p>g) Preservativo (<i>condón</i>)</p> <p>h) Método del ritmo</p> <p>i) Método del moco cervical</p> <p>j) Anticoncepción Oral De Emergencia (<i>Postday</i>[®])</p> <p>k) Método lactancia y amenorrea (MELA)</p> <p>l) No usa</p>	Cuantitativa
<p>Cómo conoció el método que utiliza actualmente</p> <p>a) Publicidad</p> <p>b) Recomendación de un familiar</p> <p>c) Recomendación de amiga (o)</p> <p>d) Recomendación de la pareja</p> <p>e) Recomendación en la farmacia</p> <p>f) Indicación del médico</p>	Cuantitativa
<p>Si utiliza el método del ritmo, escoja la forma en que la utiliza:</p> <p>a) Relaciones sexuales 7 días antes y 7 días después de la menstruación.</p> <p>b) Registro de 6 a 12 ciclos menstruales, al ciclo más corto se le resta 18 y al ciclo más largo se le resta 11 para determinar primer y último días fértiles del ciclo.</p> <p>c) No utilizo el método del ritmo.</p>	Cuantitativa
<p>Si iniciaste vida sexual ¿Cuál es el motivo para NO usar métodos anticonceptivos?</p> <p>a) No tengo pareja estable</p> <p>b) Falta de conocimiento</p> <p>c) Falta de dinero</p> <p>d) No me gustan</p> <p>e) No quiero</p> <p>f) Pareja se opone</p> <p>g) Razones de salud</p> <p>h) Efectos adversos</p> <p>i) Vida sexual no activa</p> <p>j) Actualmente embarazada</p> <p>k) Otra</p> <p>l) No aplica</p>	Cualitativa
<p>Ha estado embarazada con el uso de anticonceptivos</p> <p>a) Sí</p> <p>b) No</p>	Cuantitativa
<p>Qué método anticonceptivo utilizaba cuando quedó en embarazo? Si recuerdas el nombre, anótalo en la línea de 'Otro'.</p>	Cuantitativa

<ul style="list-style-type: none"> a) Coito interrumpido b) Anticonceptivos orales c) Inyectables d) Implantes e) Anillo vaginal f) Dispositivos Intrauterinos (DIU) g) Preservativo (condón) h) Método del ritmo i) Método del moco cervical j) Anticoncepción Oral De Emergencia (Postday®) k) Método lactancia y amenorrea (MELA) l) No usaba 	
<p>Has presentado alguno de los siguientes eventos no deseados con el uso de anticonceptivos? Escoge más de un opción si lo requiere.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Sangrado vaginal b) Incremento de peso c) Náuseas y/o vómitos d) Manchas en la cara e) Brotes de acné 	Cuantitativa
<p>Cuál es el método anticonceptivo 100% eficaz para evitar el embarazo?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Anticonceptivos orales. b) Preservativos (<i>condón</i>). c) Inyecciones d) Abstinencia e) Dispositivos (DIU, implantes) f) Método del ritmo g) Coito interrumpido (<i>Eyacular o 'terminar' fuera de la vagina</i>). h) Orinar después de haber tenido relaciones sexuales. i) No sé 	Cualitativa
<p>Para qué sirve el preservativo (condón) en la relación sexual</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Previene el embarazo, enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el SIDA b) Disminuyen la producción de semen c) Aumenta la sensación haciendo la relación sexual más agradable para la pareja. d) No sé 	Cualitativa
<p>En el método del ritmo, ¿los días en que la mujer puede quedar embarazada teniendo relaciones sexuales son?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Últimos días del ciclo menstrual b) Primeros días del ciclo menstrual c) Días intermedios del ciclo menstrual 	Cualitativa
<p>Cuáles de los siguientes métodos anticonceptivos son considerados naturales</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Preservativo. 	Cualitativa

<p>b) Método del ritmo. c) Inyecciones, píldoras anticonceptivas. d) No sé</p>	
<p>Cuál de los siguientes es un método anticonceptivo de barrera? a) Preservativo b) Ligadura de trompas c) Píldora d) Método del ritmo e) No sé</p>	Cualitativa
<p>Cuál de los siguientes es un método anticonceptivo hormonal? a) Preservativo b) Ligadura de trompas c) Píldora d) Método del ritmo e) No sé</p>	Cualitativa
<p>Cuándo deben tomarse los anticonceptivos orales? a) Solo los días que se tiene relaciones sexuales b) Diariamente c) Interdiario</p>	Cualitativa
<p>Cuándo se toma la píldora del día siguiente (Postday®)? a) Todos los días b) Antes de relación sexual c) Relación sexual sin protección</p>	Cualitativa
<p>En qué consiste La T de cobre? a) Una sustancia que se ingiere antes del contacto sexual. b) Es una pastilla cuyo compuesto se basa en cobre. c) Es un dispositivo en forma de T que se coloca vía vaginal en el útero.</p>	Cualitativa
<p>Cuáles de los siguientes métodos anticonceptivos son considerados definitivos? a) Preservativo, pastillas anticonceptivas, método del ritmo. b) Preservativo, ligadura de trompas, pastillas anticonceptivas. c) Ligaduras de trompas, vasectomía d) Todas las anteriores.</p>	Cualitativa

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct
Búsqueda de bibliografía																		
Toma de datos																		
Análisis e interpretación																		
Elaboración informe final																		
Presentación informe final																		
Presentación oral																		

PRESUPUESTO

	Recursos Propios	Universidad
Papelería	1 000 000	
Transporte	900 000	
Internet	600 000	
Computador	1 500 000	
Recursos Humanos	Investigadores	
TOTAL:	4 000 000	

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
PROGRAMA GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
AREA DE INVESTIGACION FORMATIVA

“El respeto a la vida, a la dignidad de los seres humanos y a sus derechos, sin distinción de edad, credo, sexo, raza, nacionalidad, lengua, cultura, condición socioeconómica e ideología y política, son principios y valores fundamentales que orientan el ejercicio de la ginecología y obstetricia”.

Artículo 1º Ley 911 de 2004.

El **consentimiento informado en investigación científica** hace referencia a la aceptación o no por parte del paciente o de los sujetos que conforman la muestra de una investigación o de un ensayo clínico de participar en el estudio previa información acerca de la naturaleza, objetivos, riesgos y beneficios del mismo. Esta clase de Consentimiento Informado (CI), se ajusta a la legislación vigente en Colombia: Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Resolución N° 008430 de 1993 de MINSALUD y a lo establecido en la Ley 911 de 2004.

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:

Conocimiento y uso de anticonceptivos orales: tipo, forma de uso, adherencia y efectos en adolescentes entre 14 y 18 años en el Colegio Francisco José de Caldas de Soledad dentro del periodo comprendido de mayo del 2018 a mayo del 2019

El propósito de este Consentimiento Informado es proveer a los participantes de esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella.

Yo, _____ accedo a participar en este estudio, respondiendo a preguntas de (Mencionar el tipo de instrumento a utilizar de acuerdo a la investigación, Eje: Entrevista, encuestas, test). En un tiempo aproximado de _

_____ minutos, como tiempo máximo. Lo que converse durante estas sesiones será de manera confidencial, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que he expresado.

Mi participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que suministre, será exclusivamente para los fines de la investigación, no se usará para ningún otro propósito y mi nombre permanecerá en el anonimato.

Si tengo alguna duda sobre este proyecto de investigación, puedo hacer preguntas en cualquier momento durante mi participación en él. Igualmente, de retirarme del proyecto en cualquier instancia del proceso sin que eso me perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante (la entrevista)

me parecen incómodas, tengo el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación.

_____	_____	_____
Nombre del Participante	Firma del Participante	Fecha

_____	_____	_____
Nombre del Investigador	Firma del Investigador	Fecha
Que explicó el documento		

Lugar y fecha _____