



CARTA DE AUTORIZACIÓN

CÓDIGO

AP-BIB-FO-06

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

1 de 1

Neiva, marzo 18 de 2019

Señores
CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN
UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
Ciudad

El (Los) suscrito(s):

Leidy Andrea Guerrero Muñoz, con C.C. No., 1053812169
Yina Paola Orozco Rojas, con C.C. No., 1083880461

Autor(es) de la tesis y/o trabajo de grado titulado Conocimientos, actitudes y prácticas de métodos anticonceptivos en adolescentes gestantes de la empresa social del estado Carmen Emilia Ospina de la ciudad de Neiva en el primer semestre del año 2018, presentado y aprobado en el año 2019 como requisito para optar al título de Especialista en Epidemiología; autorizamos al CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN de la Universidad Surcolombiana para que, con fines académicos, muestre al país y el exterior la producción intelectual de la Universidad Surcolombiana, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo de grado en los sitios web que administra la Universidad, en bases de datos, repositorio digital, catálogos y en otros sitios web, redes y sistemas de información nacionales e internacionales "open access" y en las redes de información con las cuales tenga convenio la Institución.
- Permita la consulta, la reproducción y préstamo a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan *finalidad académica, ya sea en formato Cd-Rom o digital desde internet, intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer*, dentro de los términos establecidos en la Ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993, Decisión Andina 351 de 1993, Decreto 460 de 1995 y demás normas generales sobre la materia.
- Continúo conservando los correspondientes derechos sin modificación o restricción alguna; puesto que, de acuerdo con la legislación colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación del derecho de autor y sus conexos.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, "Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores", los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.

Leidy Andrea Guerrero Muñoz:

Firma:

Yina Paola Orozco Rojas:

Firma:



CÓDIGO	AP-BIB-FO-07	VERSIÓN	1	VIGENCIA	2014	PÁGINA	1 de 2
---------------	---------------------	----------------	----------	-----------------	-------------	---------------	---------------

TÍTULO COMPLETO DEL TRABAJO: Conocimientos, actitudes y prácticas de métodos anticonceptivos en adolescentes gestantes de la empresa social del estado Carmen Emilia Ospina de la ciudad de Neiva en el primer semestre del año 2018

AUTOR O AUTORES:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Guerrero Muñóz Orozco Rojas	Leidy Andrea Yina Paola

DIRECTOR Y CODIRECTOR TESIS:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre

ASESOR (ES):

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Mahecha Reyes	Eduardo

PARA OPTAR AL TÍTULO DE: Especialista en Epidemiología

FACULTAD: Salud

PROGRAMA O POSGRADO: Especialización en Epidemiología

CIUDAD: Neiva **AÑO DE PRESENTACIÓN:** 2019 **NÚMERO DE PÁGINAS:** 85

TIPO DE ILUSTRACIONES (Marcar con una X):

Diagramas___Fotografías___Grabaciones en discos___Ilustraciones en general X Grabados___
Láminas___Litografías___Mapas___Música impresa___Planos___Retratos___ Sin ilustraciones___Tablas
o Cuadros X

SOFTWARE requerido y/o especializado para la lectura del documento: N/A

MATERIAL ANEXO:

PREMIO O DISTINCIÓN (En caso de ser LAUREADAS o Meritoria):

PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS:

<u>Español</u>	<u>Inglés</u>
1. Embarazo Adolescente	Adolescent Pregnancy
2. Métodos Anticonceptivos	Contraceptive Methods
3. Actitudes	Attitudes
4. Prácticas	Practices
5. Conocimientos	Lethality



DESCRIPCIÓN DE LA TESIS Y/O TRABAJOS DE GRADO

CÓDIGO

AP-BIB-FO-07

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

2 de 2

RESUMEN DEL CONTENIDO: (Máximo 250 palabras)

El presente estudio tiene el objetivo de caracterizar los conocimientos, actitudes y prácticas de los adolescentes entre los 15 y 19 años, en relación con el uso de métodos anticonceptivos; se desarrolló desde un enfoque cuantitativo descriptivo, tomando como muestra 185 mujeres adolescentes, pacientes de la EPS Carmen Emilia Ospina, sedes Canaima, Palmas, IPC y Granjas de Neiva, Huila. Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó Epi, versión 3, y se tuvieron en cuenta criterios de inclusión, también se tuvo en cuenta algunos criterios de exclusión como adolescentes en condición de discapacidad mental o embarazo producto de un abuso sexual.

Las adolescentes que participaron en el proyecto son mujeres jóvenes con un nivel de escolaridad bajo, con oportunidades laborales precarias, que desencadena en un nivel económico bajo, y que dependen económicamente de su pareja. Estas condiciones de vida contribuyen a la generación de pobreza y al incremento de embarazos no deseados.

Se identificó que, si bien las jóvenes desconocen algunos aspectos relacionados con los métodos anticonceptivos naturales y de emergencia, la principal problemática para el embarazo en la adolescencia radica en las creencias y actitudes que tienen las jóvenes sobre la conducta sexual, las cuales influyen directamente sobre el uso de estos. Las prácticas o comportamientos se ven afectadas por un fenómeno que no es ajeno en el sistema de salud, y corresponde con las diferentes barreras que se presentan al momento de acceder a servicios de salud con oportunidad y calidad.

ABSTRACT: (Máximo 250 palabras)

The present study has the objective of characterizing the knowledge, attitudes and practices of adolescents between 15 and 19 years, in relation to the use of contraceptive methods; It was developed from a descriptive and descriptive approach, taking as sample 185 adolescent women, patients from the EPS Carmen Emilia Ospina, Canaima headquarters, of Neiva, Huila. For the choice of sample, the OpenEpi version 3 was used, and inclusion criteria were taken into account, took into account some exclusion criteria such as adolescents in mental disability or pregnancy due to sexual abuse.

The adolescents who participated in the project are young women with a low level of education, with precarious job opportunities, which triggers at a low economic level, and who depend economically on their partner. These living conditions contribute to the generation of poverty and the increase of unwanted pregnancies.

It was identified that while young women are unaware of some aspects related to natural and emergency contraceptive methods, the main problem for teenage pregnancy lies in the beliefs and attitudes that young women have about sexual behavior, which directly influence the use of them. The practices or behaviors are affected by a phenomenon that is not unknown in the health system, and corresponds to the different barriers that arise when accessing health services with opportunity and quality.

APROBACION DE LA TESIS

Nombre Presidente Jurado: DOLLY CASTRO BETANCOURT

Firma:

Vigilada Mieducación

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES GESTANTES DE LA EMPRESA
SOCIAL DEL ESTADO CARMEN EMILIA OSPINA DE LA CIUDAD DE NEIVA EN
EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2018

LEIDY ANDREA GUERRERO MUÑOZ
YINA PAOLA OROZCO ROJAS

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA
NEIVA - HUILA
2019

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES GESTANTES DE LA EMPRESA
SOCIAL DEL ESTADO CARMEN EMILIA OSPINA DE LA CIUDAD DE NEIVA EN
EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2018

LEIDY ANDREA GUERRERO MUÑOZ
YINA PAOLA OROZCO ROJAS

Trabajo de grado presentado como requisito para optar el título de
Especialista en Epidemiología

Asesor
EDUARDO MAHECHA REYES
Enfermero
Magister en Epidemiología

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA
NEIVA - HUILA
2019

Nota de aceptación:

Aprobado mediante Acta de Sustentación
No. 002 de enero de 2019



Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, marzo del 2019

DEDICATORIA

A nuestros padres por el cariño y apoyo incondicional.

Leidy Andrea
Yina Paola

AGRADECIMIENTOS

La Autoras expresan sus agradecimientos a:

DIOS, por habernos dado la vida y por permitirnos haber llegado hasta este momento tan importante de nuestras profesiones.

A los docentes del programa Epidemiología por sus diversos conocimientos y enseñanzas que nos transmitieron en el desarrollo de nuestra especialización.

A nuestro asesor Eduardo Mahecha, por su orientación y asesoría para que este trabajo se llevara a cabo.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	13
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
2. JUSTIFICACIÓN	20
3. OBJETIVOS	23
3.1 OBJETIVO GENERAL	23
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
4. ANTECEDENTES	24
5. MARCO TEÓRICO	29
5.1 ADOLESCENCIA	29
5.2 DETERMINANTES DE RIESGO PARA EL INICIO TEMPRANO DE ACTIVIDAD SEXUAL EN ADOLESCENTES	30
5.3 EMBARAZO ADOLESCENTE	33
5.4 COMPLICACIONES MÉDICAS EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE	36
5.5 ACTITUD DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA	37
5.6 CONOCIMIENTOS	38
5.7 PRÁCTICAS	38
5.8 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	39
5.8.1 Métodos hormonales	39
5.8.2 Métodos de barrera	39
5.8.3 Dispositivos intrauterinos	39
5.8.4 Anticonceptivos de emergencia	40
5.9 NO-MÉTODOS	40
5.10 ANTICONCEPCIÓN EN ADOLESCENTES	40
5.11 MARCO LEGAL	41
6. METODOLÓGIA	46
6.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	46
6.2 LUGAR DE ESTUDIO	46
6.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO	46
6.4 TAMAÑO DE LA MUESTRA	47
6.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	48
6.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	48
6.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	48

	Pág.	
6.8	ESTRATEGIAS PARA CONTROLAR VARIABLES DE CONFUSIÓN	52
6.9	RECOLECCION DE DATOS	52
6.9.1	Validez y confiabilidad del instrumento	52
6.9.2	Codificación y tabulación	53
6.9.3	Fuentes de información	53
6.9.4	Plan análisis de los resultados	53
7.	RESULTADOS	54
7.1	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	54
7.2	VARIABLES RELACIONADAS CON LOS CONOCIMIENTOS DE LAS ADOLESCENTES	57
7.3	VARIABLES RELACIONADAS CON LAS ACTITUDES	60
7.4	VARIABLES RELACIONADAS CON LAS PRÁCTICAS	62
8.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	65
9.	CONCLUSIONES	67
9.1	CONCLUSIONES DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	67
9.2	CONCLUSIONES DE LA DIMENSIÓN “CONOCIMIENTOS”	67
9.3	CONCLUSIONES DE LA DIMENSIÓN “ACTITUDES”	68
9.4	CONCLUSIONES DE LA DIMENSIÓN “PRÁCTICAS”	68
9.5	CONCLUSIÓN GENERAL	68
10.	RECOMENDACIONES	70
	REFERENCIA BIBLIOGRAFÍA	71
	ANEXOS	75

LISTA DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1	Razones de abandono por zona y nivel de educación más alto alcanzado en Colombia	16
Tabla 2	Determinantes de riesgo para inicio de actividad sexual temprana en la adolescencia	31
Tabla 3	Determinantes de riesgo para el embarazo en la adolescencia	32
Tabla 4	Métodos anticonceptivos más frecuentemente empleados por adolescentes	42
Tabla 5	Métodos de barrera y otros anticonceptivos en adolescentes	44
Tabla 6	Operacionalización de variables	48
Tabla 7	Variables sociodemográficas, llave 1	55
Tabla 8	Variables sociodemográficas, llave 2	56
Tabla 9	Variables sociodemográficas, llave 3	56
Tabla 10	Variables relacionadas a los conocimientos, llave 1	57
Tabla 11	Variables relacionadas a los conocimientos, llave 2	58
Tabla 12	Variables relacionadas a los conocimientos, llave 3	59
Tabla 13	Variables relacionadas con la recepción de información y orientación	59
Tabla 14	Variables relacionadas con las actitudes, llave 1	60
Tabla 15	Variables relacionadas con las actitudes, llave 2	62
Tabla 16	Variables relacionadas con las prácticas, llave 1	63
Tabla 17	Variables relacionadas con las prácticas, llave 2	64

LISTA DE FIGURAS

		Pág.
Figura 1	Cálculo de la muestra	47
Figura 2	Distribución por escolaridad alcanzada	54

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A Aprobación del Comité de Ética	76
Anexo B Cronograma de Actividades	77
Anexo C Presupuesto	77
Anexo D Consentimiento Informado	78
Anexo E Encuesta	80

RESUMEN

El presente estudio, tiene el objetivo de caracterizar los conocimientos, actitudes y prácticas de los adolescentes entre los 15 y 19 años, en relación con el uso de métodos anticonceptivos; se desarrolló desde un enfoque cuantitativo descriptivo, tomando como muestra 185 mujeres adolescentes, pacientes de la Empresa Social del Estado Carmen Emilia Ospina, sedes Canaima, Palmas, IPC y Granjas de Neiva, Huila. Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó el paquete estadístico Open Epi, versión 3, y se tuvieron en cuenta criterios de inclusión, como que las pacientes hubiesen sido captadas durante el primer y segundo trimestre de embarazo y que aceptaran participar en la investigación, también se tuvo en cuenta algunos criterios de exclusión como adolescentes en condición de discapacidad mental o embarazo producto de un abuso sexual.

Las adolescentes que participaron en el proyecto son mujeres jóvenes con un nivel de escolaridad bajo, con oportunidades laborales precarias, que desencadena en un nivel económico bajo, y que dependen económicamente de su pareja. Estas condiciones de vida contribuyen a la generación de pobreza y al incremento de embarazos no deseados.

Se identificó que, si bien las jóvenes desconocen algunos aspectos relacionados con los métodos anticonceptivos naturales y de emergencia, la principal problemática para el embarazo en la adolescencia radica en las creencias y actitudes que tienen las jóvenes sobre la conducta sexual, las cuales influyen directamente sobre el uso de estos. Las prácticas o comportamientos se ven afectadas por un fenómeno que no es ajeno en el sistema de salud, y corresponde con las diferentes barreras que se presentan al momento de acceder a servicios de salud con oportunidad y calidad.

Palabras claves: embarazo adolescente, métodos anticonceptivos, actitudes, prácticas, conocimientos.

ABSTRACT

The present study has the objective of characterizing the knowledge, attitudes and practices of adolescents between 15 and 19 years, in relation to the use of contraceptive methods; It was developed from a descriptive and descriptive approach, taking as sample 185 adolescent women, patients from the State Social Enterprise Carmen Emilia Ospina, Canaima headquarters, of Neiva, Huila. For the choice of sample, the OpenEpi statistical package, version 3 was used, and inclusion criteria were taken into account, such as that the patients had been recruited during the first and second trimester of pregnancy and that they accepted to participate in the research. took into account some exclusion criteria such as adolescents in mental disability or pregnancy due to sexual abuse.

The adolescents who participated in the project are young women with a low level of education, with precarious job opportunities, which triggers at a low economic level, and who depend economically on their partner. These living conditions contribute to the generation of poverty and the increase of unwanted pregnancies.

It was identified that while young women are unaware of some aspects related to natural and emergency contraceptive methods, the main problem for teenage pregnancy lies in the beliefs and attitudes that young women have about sexual behavior, which directly influence the use of them. The practices or behaviors are affected by a phenomenon that is not unknown in the health system, and corresponds to the different barriers that arise when accessing health services with opportunity and quality.

Keywords: adolescent pregnancy, contraceptive methods, attitudes, practices, knowledge.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la OMS (1), aproximadamente 16 millones de niñas con edades entre los 15 y 19 años son madres adolescentes cada año, y el 95% de estos nacimientos ocurre en países en vía de desarrollo. Convirtiéndose en un problema de Salud pública de alcance Mundial, trayendo consigo grandes cambios físicos, psicosociales y cognitivos, y en el recién nacido presentándose bajo peso al nacer o prematuridad, lo cual también podría ocasionar mayores gastos para el sistema de salud.

La mayoría de las adolescentes embarazadas pertenecen a un nivel socioeconómico desfavorecido, familias numerosas y desintegradas, con un nivel educativo bajo y afectadas por el desempleo, lo cual está muy relacionado con las conductas sexuales tempranas y la mala información que circula sobre la sexualidad.

La educación sexual en los jóvenes es fundamental en el desarrollo de su personalidad. Resaltando la importancia de una adecuada orientación sobre el uso de los métodos anticonceptivos, en vista que existen numerosos mitos acerca de estos, lo cual lleva a prácticas y actitudes sexuales erróneas y desconocimiento de las ventajas y el uso adecuado de los métodos anticonceptivos.

Es por ello por lo que se hace necesario implementar acciones más eficaces en pro de prevenir el embarazo a temprana edad contemplando con ello las diferencias culturales y las características especiales de la familia para entender de forma precautoria la situación de la adolescente en riesgo de embarazo.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud (1), se denomina embarazo en adolescentes, a la concepción que ocurre durante el ciclo de vida adolescente de la madre, es decir en el lapso de vida transcurrido entre los 10 y 19 años. También se suele designar como embarazo precoz, teniendo en cuenta que se presenta antes de que la madre haya alcanzado la suficiente madurez física y emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad.

De acuerdo con Sáez Cantero “el embarazo que a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial de gran trascendencia, en la adolescencia cobra mayor importancia por los riesgos que puede conllevar para la salud del binomio madre-hijo y por las consecuencias que puede acarrear para el futuro” (2). En esta etapa del ciclo de vida, en el que los adolescentes se encuentran atravesando importantes cambios: fisiológicos, cambios en la manera de relacionarse con sus pares y con los demás, cambios en su manera de pensar y de ver el mundo; el embarazo puede dejar a la adolescente en una situación de desprotección y angustia.

El embarazo en mujeres adolescentes está asociado a las condiciones económicas, sociales y culturales. Algunas variables relacionadas con las causas que influyen en embarazo en adolescentes son la falta de apoyo, información y orientación en materia de salud reproductiva y educación sexual para niñas y adolescentes, siendo un problema de salud pública muy importante (3).

De acuerdo con la OMS (1), aproximadamente 16 millones de niñas con edades entre los 15 y 19 años son madres adolescentes cada año, y el 95% de estos nacimientos ocurre en países en vía de desarrollo. La falta de acceso a educación, la carencia de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, la pobreza y la falta de acceso a servicios sociales y sanitarios son algunos de los factores que contribuyen con la ocurrencia de embarazos en la adolescencia, contribuyendo al círculo de enfermedad y de pobreza.

En Colombia, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud⁴, en el área rural para el año 2015 se encontraban casi un 8 por ciento de mujeres que no estaban vinculadas al sistema educativo formal porque quedaron embarazadas y las proporciones aumentan en todos los niveles de educación con relación al año 2005. En la tabla 1 se puede observar que el 51.4% de mujeres de 15 a 24 años en ese momento se encontraban estudiando, y se discriminan las razones por las cuales no estaba asistiendo a la escuela el porcentaje restante, tanto de la zona urbana como de la zona rural. Se observa que la principal razón de ausentismo escolar en dicha población es “no quiso estudiar”, seguido de “no podían pagar la pensión”; y en tercer lugar se encuentra “quedó embarazada”.

Además de las consecuencias psicosociales y económicas, el embarazo en mujeres menores de 20 años se considera de alto riesgo, ya que es la causa principal de mortalidad de las jóvenes que tienen entre 15 y 19 años, debido a complicaciones relacionadas con el parto, y los abortos practicados en condiciones de riesgo (3).

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud (4), informó que, de las mujeres de 15 a 49 años entrevistadas, el 3.2% se encontraba embarazada, por departamentos los porcentajes mayores de mujeres embarazadas se encuentran en Vaupés 9%, Chocó 6.1%, Amazonas 5.7% y Huila 5.1%. Para el año 2016 según boletín informativo de la Secretaría Departamental del Huila, durante el primer trimestre se registraron en el departamento 1188 casos de embarazos en adolescentes entre 15 y 19 años y 48 casos de estos embarazos entre jóvenes de 10 y 14 años.

Tabla 1. Razones de abandono por zona y nivel de educación más alto alcanzado en Colombia

Porcentaje de mujeres de 15 – 24 años que asisten actualmente a la escuela y distribución porcentual de quienes no asisten por razones de abandono de la escuela, según nivel educativo más alto alcanzado y zona, Colombia 2010						
Zona y razón de abandono	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria completa	Secundaria incompleta	Superior	Total
ZONA URBANA						
Asiste actualmente	14.2	18.7	69.9	28.9	64.6	54.3
No asiste actualmente						
Quedo embarazada	7.5	11.2	8.5	9.1	3.1	7.2
Se caso	3.2	2.1	1.6	2.1	0.5	1.5
Tenía que cuidar los niños	6.3	9.5	3.6	6.0	1.3	3.9
La familia necesitaba ayuda	5.1	4.8	1.2	1.8	1.2	1.6
Enfermedad	9.5	13.5	3.1	26.8	8.1	11.3
Necesitaba ganar dinero	1.0	0.6	0.3	0.1	0.1	0.2
Se graduó/suficiente estudio	7.1	8.1	2.7	10.7	7.4	6.5
No paso exámenes de entrada	0.0	0.0	0.0	2.4	9.6	3.3
No quiso estudiar	0.0	0.0	0.0	2.6	0.3	0.8
Escuela muy lejos/no había escuela	27.8	20.9	6.0	3.2	0.9	4.9
No había maestros en la escuela	3.5	0.9	0.3	0.2	0.0	0.3
Otra	0.6	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0
No sabe	5.8	6.0	2.2	5.8	3.0	3.6
	0.0	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Número de mujeres	281	516	5,164	3,490	3,723	13,174
ZONA RURAL						
Asiste actualmente	14.0	14.2	62.4	16.8	42.3	40.6
No asiste actualmente						

Quedo embarazada	4.9	7.0	8.9	11.5	3.9	8.5
Se caso	5.3	6.3	4.5	4.9	1.7	4.7
Tenia que cuidar los niños	4.8	7.4	4.1	5.3	3.2	4.8
La familia necesitaba ayuda	6.4	4.4	1.0	3.0	2.3	2.5
Enfermedad	11.3	20.1	4.2	36.0	13.0	14.0
Necesitaba ganar dinero	1.2	0.4	0.3	0.6	0.3	0.5
Se graduó/suficiente estudio	1.7	4.8	1.6	7.6	10.7	3.8
No paso exámenes de entrada	0.0	0.7	0.1	4.5	11.8	1.8
No quiso estudiar	0.0	0.1	0.0	1.1	0.0	0.2
Escuela muy lejos/no había escuela	33.5	23.2	7.9	3.6	2.7	11.4
No había maestros en la escuela	5.3	5.2	1.3	1.2	0.9	2.2
Otra	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
No sabe	5.5	4.3	3.3	4.0	7.1	4.0
Total	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.1
Número de mujeres	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	359	488	1,801	723	229	3,600

TOTAL

Asiste actualmente	14.1	16.5	68.0	26.8	63.3	51.4
No asiste actualmente						
Quedo embarazada	6.0	9.2	8.6	9.5	3.2	7.5
Se caso	4.4	4.1	2.4	2.6	0.5	2.2
Tenia que cuidar los niños	5.4	8.5	3.7	5.9	1.4	4.1
La familia necesitaba ayuda	5.8	4.6	1.1	2.0	1.2	1.8
Enfermedad	10.5	16.7	3.4	28.4	8.3	11.9
Necesitaba ganar dinero	1.1	0.5	0.3	0.2	0.1	0.3
Se graduó/suficiente estudio	4.0	6.5	2.4	10.2	7.6	5.9
No paso exámenes de entrada	0.0	0.3	0.1	2.7	9.7	3.0
No quiso estudiar	0.0	0.0	0.0	2.4	0.3	0.7
	31.0	22.0	6.5	3.2	1.0	6.2

Escuela muy lejos/no había escuela	4.5	3.0	0.6	0.4	0.1	0.7
No había maestros en la escuela	0.5	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0
Otra	5.6	5.2	2.5	5.5	3.2	3.7
No sabe	0.0	0.0	0.1	0.1	0.0	0.1
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Número de mujeres	640	1,004	6,965	4,213	3,952	16,773

Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2010) p.76

El Análisis de situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de salud Huila 2016 (5), indicó que las tasas específicas de fecundidad en mujeres entre 15 y 19 años para el año 2014 fue de 87,84 por 1000 con una tendencia a la reducción revisando la estadística desde el año 2005 (6). Con esto se situó la tasa general de fecundidad para el 2015 en 53.7 por 1000 mujeres y el del Huila en 49.4 por 1000 mujeres. Estas altas tasas de fecundidad podrían deberse a la falta o ineffectividad de las políticas públicas en salud que existen en el territorio huilense, en ese sentido es necesario fortalecer y replantear los programas de educación sexual, de planificación familiar y estilos de vida saludable.

Noguera, afirma que “aproximadamente 16 millones de niñas entre los 15 y 19 años son madres cada año y de ellas el 95% viven en países en vías de desarrollo” (7); en el caso de Colombia, Flores y Soto (8), indican que la probabilidad de embarazo adolescente está asociada con factores personales individuales, como nivel educativo, acceso a información de salud sexual y reproductiva y a métodos anticonceptivos, percepciones sobre la maternidad y sobre las oportunidades de movilidad social; factores interpersonales, como nivel socioeconómico del hogar, estructura familiar y violencia intrafamiliar, apertura a la comunicación con figuras parentales, supervisión parental, las actitudes de los pares hacia las relaciones sexuales en la adolescencia y factores contextuales como nivel de urbanización, la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, la política social en educación para la sexualidad, normas sociales sobre la maternidad y el inicio de las relaciones sexuales, y factores culturales regionales.

Si bien, la problemática del embarazo adolescente ha sido ampliamente estudiada, desde hace varias décadas, las cifras anteriormente expuestas muestran que continúa siendo un tema actual de gran preocupación para la sociedad, para los gobiernos y para los organismos de salud en el mundo. Pese a que cada vez se tiene mayor posibilidad de acceso a la información sobre métodos anticonceptivos para la población y se han implementado programas de servicios amigables para

adolescentes en las instituciones de salud de los municipios, la tasa de embarazos adolescentes parece no afectarse.

La ciudad de la ciudad de Neiva no es ajena a dicha problemática, y dado que los embarazos adolescentes contribuyen con el mantenimiento del círculo de pobreza y enfermedad, se hace necesario continuar investigando hasta encontrar estrategias de intervención que permitan disminuir la tasa de embarazos en adolescentes de manera significativa.

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, se ratifica que el embarazo en las adolescentes es un problema de salud pública puesto que trae consigo un número elevado de complicaciones para la salud de la madre y de su hijo. Resulta pertinente adelantar un estudio desde la Empresa Social del Estado de la Ciudad de Neiva, Huila, para identificar los conocimientos, actitudes y prácticas que presentan con respecto a la utilización de los métodos anticonceptivos, las adolescentes que se encuentran en embarazo.

De acuerdo con lo expresado surge un interrogante el cual ha sido el motivo que da pie a esta investigación, ¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas de métodos anticonceptivos en adolescentes gestantes de la empresa social del estado Carmen Emilia Ospina de la ciudad de Neiva en el primer semestre del año 2018?

2. JUSTIFICACIÓN

La educación sobre el uso de los métodos anticonceptivos es un tema fundamental para trabajar con los adolescentes. Este tema despierta gran curiosidad en ellos y la posibilidad de que acudan a otras fuentes que no tengan la idoneidad para transmitir información veraz es muy alta. Usualmente los padres por temor o por aspectos culturales no se sienten con la capacidad de hablar con los hijos abiertamente sobre el tema, por lo tanto, la mayoría de información que reciben los adolescentes proviene de las redes sociales en donde no existe control sobre la veracidad, ni responsabilidad de la emisión de contenidos; otra gran fuente de información en este tema son los pares, quienes se encuentran a expensas de la misma situación.

Castañó Castrillón, et al (9), afirman que los conocimientos insuficientes o erróneos, y la falta de educación sexual adecuada, conduce a situaciones conflictivas y frustraciones que causan un número considerable de embarazos adolescentes, paternidad irresponsable, deserción escolar, matrimonios precoces, abortos, infecciones de transmisión sexual, inicio temprano de la actividad sexual, trastornos depresivos y suicidio.

Según Noguera (7), el embarazo en adolescentes es considerado como un problema de salud pública a nivel mundial; esta situación es asociada a varios factores como la cultura, religión, etnia, acceso a la educación, servicios de salud y sitio de residencia sea este rural o urbana.

Uno de los factores predisponentes para el embarazo en la adolescencia es el inicio temprano de la vida sexual, siendo la región de América Latina y el Caribe un área donde se estima que aproximadamente el 22% de las niñas inician su vida sexual antes de cumplir los quince años; en Colombia, según un estudio realizado por la facultad de medicina de la Universidad Nacional, el promedio de inicio de la actividad sexual en las colombianas es de 13,8 años. Se calcula que aproximadamente quince millones de adolescentes dan a luz cada año en el mundo, es decir, que son responsables del 10% de todos los partos a nivel mundial, cifra que aumenta en los países en vía de desarrollo, ya que se estima que en estos países los partos en adolescentes corresponden al 17% (7).

El embarazo en las adolescentes trae la aparición de otros problemas debido a que generalmente son madres solteras, de hogares disfuncionales y sin apoyo social ni económico; esta condición afecta a las adolescentes porque la mayoría ven limitados sus proyectos de vida, ya que generalmente se ven obligadas a abandonar sus estudios, hecho que lleva a menor preparación para competir laboralmente y por ende, disminución en los ingresos económicos afectando su calidad de vida y la del hijo por nacer.

El embarazo tiene un impacto psicológico, social y cultural en cualquier edad, pero este es mayor en las adolescentes, inclusive se habla del “síndrome de las embarazadas adolescentes” que comprende fracaso en los siguientes aspectos: adquisición de independencia, logro de la propia identidad, continuación de sus estudios, preparación para la vida adulta, constitución de una familia estable y manutención de sí misma (7).

Además de las consecuencias psicológicas y sociales antes mencionadas, llama la atención que las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las adolescentes de 15 a 19 años en todo el mundo. La procreación prematura aumenta el riesgo tanto para las madres como para los recién nacidos. En los países de ingresos bajos y medianos, los bebés de madres menores de 20 años se enfrentan a un riesgo un 50% superior de mortalidad prenatal o de morir en las primeras semanas de vida que los bebés de mujeres de 20 a 29 años. Cuanto más joven sea la madre, mayor el riesgo para el bebé. Además, los recién nacidos de madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de registrar peso bajo al nacer, con el consiguiente riesgo de efectos a largo plazo¹.

En este mismo sentido, Rothschild et al. indican que “la maternidad en la adolescencia aumenta los riesgos tanto para la madre como para el recién nacido. Si bien se ha logrado avanzar en la reducción de la tasa de nacimientos entre las adolescentes, más de 15 millones de los 135 millones de niños nacidos vivos en todo el mundo son hijos de mujeres adolescentes (de entre 15 y 19 años)” (8).

Es indispensable trabajar desde diferentes frentes: familiar, social, educativo, desde el enfoque de salud para sensibilizar y sobre todo por entender a los adolescentes y brindar acompañamiento en el proceso de desarrollo para que tomen decisiones informadas en el marco de un proyecto de vida sano y bien estructurado. Los estudios revisados coinciden en mostrar que al ofrecer educación y orientación a los adolescentes se pueden mejorar los resultados frente al embarazo adolescente, desarrollando prácticas de autocuidado, haciendo uso correcto de los anticonceptivos.

Por esta razón, es necesario que las instituciones educativas y de salud trabajen en conjunto para generar diversas estrategias pedagógicas, proporcionando a los adolescentes una información clara, objetiva, precisa y oportuna acerca del tema de la sexualidad y de los métodos anticonceptivos. Pero para tener éxito, se debe conocer en primer lugar a los adolescentes tal como se desarrollan en la sociedad, en su contexto familiar, en su ambiente socioeconómico y en el ambiente cultural.

La presente investigación resulta relevante y pertinente puesto que conocer el estado en que se encuentran los conocimientos, actitudes y prácticas respecto al uso de los métodos anticonceptivos en las adolescentes embarazadas es sin duda un punto de partida clave para todos los planes y programas que se diseñen en adelante.

Es una investigación novedosa en la ciudad, no existe otro estudio con las mismas características y metodología, teniendo en cuenta que la mayoría de los estudios que se han realizado sobre las variables objeto de estudio en la región se han realizado desde el ámbito educativo.

Esta investigación aportará información para identificar los puntos débiles e las políticas actuales de salud sexual y reproductiva. Ayudará a abordar a los adolescentes con estrategias educativas pertinentes sobre los métodos anticonceptivos. A la vez, brindará elementos para reformular la atención y orientación dirigida a esta población vulnerable, de tal forma que contribuya a mejorar las condiciones de salud sexual y reproductiva a la población adolescente en la ciudad de Neiva. También contribuirá con el sistema de salud y la Secretaría Departamental de Salud, aportando información para realizar promoción de factores protectores, prevención de factores de riesgo y educación para los adolescentes, que permitan desarrollar y cultivar una sexualidad satisfactoria y sobre todo responsable.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Caracterizar los conocimientos, actitudes y prácticas de métodos anticonceptivos en adolescentes gestantes de la empresa social del estado Carmen Emilia Ospina de la ciudad de Neiva en el primer semestre del año 2018.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Describir las características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años de la E.S.E Carmen Emilia Ospina de Neiva para el primer semestre del año 2018.

Analizar las variables asociadas al conocimiento de las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años acerca de los métodos anticonceptivos.

Determinar las actitudes de las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años acerca de los métodos anticonceptivos.

Identificar las prácticas asociadas al uso de los métodos anticonceptivos previo al embarazo de las adolescentes de 15 a 19 años.

4. ANTECEDENTES

Para el desarrollo de la presente investigación se realizó la búsqueda de antecedentes a través de bases de datos como PubMed, Lilacs y Google Scholar, con el propósito de identificar investigaciones relacionadas con el embarazo adolescente. Así mismo, el inicio temprano de las relaciones sexuales, la anticoncepción en adolescentes y el embarazo no planificado. Encontrando diversos documentos publicados en revistas científicas a nivel internacional. No cabe duda de que el embarazo adolescente es un tema ampliamente estudiado; sin embargo, sigue siendo una preocupación para los gobiernos y para las instituciones de salud, por lo cual es pertinente continuar investigando a nivel local dadas las particularidades culturales y sociales que influyen en el problema.

El embarazo adolescente, además de ser un fenómeno social complejo y multidimensional, constituye un problema de salud pública en los países en vía de desarrollo, dados los riesgos para la salud de la madre y del hijo. Según cifras del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), para el segundo trimestre del año 2018, en Colombia se presentaron 29.598 nacimientos de madres con edades comprendidas entre los 10 y los 19 años; esto es, el 19,6% de los nacimientos en el país (10).

Lara y Abdo (11), realizaron una búsqueda sistemática de ensayos clínicos, estudios comparativos, de casos y controles, transversales, de cohortes, metacéntricos, observacionales, metaanálisis y revisiones sistemáticas publicados hasta diciembre de 2014, con el fin de identificar los factores que podrían proteger contra el inicio temprano de las relaciones sexuales en las niñas. Lograron extraer datos de 28 estudios y como principales resultados obtuvieron que el inicio de las relaciones sexuales en las niñas es cada vez más temprano. Las niñas que tienen relaciones sexuales desde los 14 años o menos son menos propensas a usar la anticoncepción y tienen más probabilidades de tener varias parejas sexuales cuando utilizan un método anticonceptivo. Como factores de riesgo hallaron que se presenta con mayor frecuencia episodios de depresión, autoestima baja y más episodios de arrepentimiento, teniendo mayor probabilidad de contraer una enfermedad de transmisión sexual, embarazo a temprana edad y cáncer cervical.

Como factores predisponentes, estos mismos autores encontraron que los factores de riesgo suelen materializarse en jóvenes con bajo nivel educativo, socioeconómico y cultural, con escaso monitoreo de los padres, la separación de estos y la ausencia de un sistema de valores. Finalmente, sugieren que proporcionar a las niñas y adolescentes una educación adecuada sobre la sexualidad podría reducir el efecto negativo de las relaciones sexuales a una edad temprana (11).

En el mismo contexto, Salam et al (12). Evaluaron el impacto de las intervenciones para mejorar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y para prevenir la

violencia íntima. De acuerdo con sus resultados, sugieren que la educación en salud sexual y reproductiva es importante para aumentar el conocimiento sexual, el uso de anticonceptivos y disminuir el embarazo adolescente. Estos autores también realizaron un estudio del arte hasta el año 2014 con enfoque sistemático sobre las intervenciones para mejorar la salud de la población adolescente centrada en la educación sexual, embarazo adolescente no deseado, violencia de pareja. La mayoría de los estudios hallados fueron realizados en HICs en América del Norte y Europa. Las intervenciones incluían principalmente educación y consejería a través de grupos de compañeros, educación de padres, miembros de la comunidad, llamadas telefónicas, contenido basado en la Web y visitas a domicilio; servicios de salud amigables con los jóvenes; mejorar el acceso a los anticonceptivos a través de la farmacia, la clínica, distribución del condón y promoción de anticonceptivos de emergencia.

De igual forma, en Perú (13) durante el año 2012 desarrollo un estudio con el objetivo de describir los conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes de entre 14 y 19 años, con enfoque cuantitativo, no experimental y descriptivo de corte transversal. Se estudió una muestra de 200 adolescentes, a quienes les aplicaron un cuestionario estructurado para determinar sus conocimientos y una escala para actitudes previamente validados (índice de confiabilidad Alfa Crombach 0,88 e índice de confiabilidad de Guttman 0,89). Encontraron que el 12.5% de adolescentes tiene conocimientos generales sobre el concepto de sexualidad, siendo las dimensiones más conocidas: prevención de infecciones de transmisión sexual-VIH/SIDA (18%), ciclo de respuesta sexual (15.5%) y métodos anticonceptivos como prevención del embarazo (8.5%). Así mismo, el 38% presentó una actitud global favorable hacia la sexualidad. El 7.5 % inició su actividad sexual, entre los 14 y 16 años. La autora concluyó que la mayoría de los adolescentes entrevistados tienen poco conocimiento sobre sexualidad y presentan actitudes desfavorables para una vida sexual responsable, compartida y basada en el amor.

En un estudio similar, Granda Jaramillo en Perú (14), realizó su tesis de grado llamada “Conocimientos sobre educación sexual y características sociodemográficas de madres adolescentes de una zona rural de Lambayeque” con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento de educación sexual y características sociodemográficas de las madres adolescentes de una zona rural de Lambayeque. La investigación fue de tipo cuantitativo, diseño descriptivo no experimental de corte transversal, considerando una población no probabilística. La población estuvo conformada por 101 madres adolescentes de la zona rural de Batangrande- Lambayeque.

La técnica que empleó dicho estudio fue la encuesta, y el instrumento que aplicó para obtener los datos fue un cuestionario, el cual en la primera parte recoge datos sociodemográficos de las madres adolescentes y en la segunda parte incluye preguntas cerradas, relacionadas al conocimiento que tienen sobre educación sexual. La recolección de datos se realizó en el 2013 y como resultados obtuvo que

el 43,6% de las madres adolescentes tienen un nivel de conocimiento medio sobre educación sexual, el 28,7% un nivel de conocimiento bajo y el 27,7% un nivel de conocimiento alto, el 26% de las madres adolescentes tienen 18 años de edad y el 24% 17 años de edad; el 77% tiene un hijo, el 63% tienen estudios de educación secundaria, el 85% son amas de casa, el 71% son convivientes y el 57% profesan la religión católica (14).

Así mismo, la Universidad Nacional Faustino Sánchez Carrión de Huacho Perú en 2015 desarrolló un estudio con el objetivo de determinar cómo son los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la anticoncepción de los estudiantes de la Facultad de Educación de esta universidad (15). Con metodología de tipo descriptivo transversal y trabajando una muestra del 10% de los estudiantes matriculados que asisten en forma regular, obtenida en forma aleatoria del registro de matrícula. Utilizaron instrumentos de medición de actitudes de escala de Likert. Aplicaron cuestionarios para las dimensiones: conocimientos, actitudes y prácticas sobre anticoncepción. Con la prueba de Alfa de Cronbach. Se evaluó la consistencia interna referida a la coherencia de los ítems y a la interrelación entre las variables siendo el resultado de 0.781 de 31 ítems.

Cabe resaltar que, los resultados de dicho estudio arrojaron que el 42,0% de estudiantes la Facultad de Educación, tienen conocimientos suficientes sobre la sexualidad, un 33,6% conocen mucho, un 16,3% presentan un conocimiento regular y un 8,1% muy poco. El 50,2% valoran como suficiente la información sobre anticonceptivos, un 19,3% tienen poca, otro 19,3% muy poco y un 11,2% no opinan. Además, el 50,2% que mantienen relaciones sexuales con una pareja, un 27,5% no opina al respecto y un 22,4% tiene relaciones sexuales con dos o más parejas. Así mismo, un 72,5% afirman que si utilizan algún método anticonceptivo en la actualidad y un 27,5% no lo utilizan. Los autores concluyeron que de manera significativa los conocimientos, actitudes y prácticas sobre anticoncepción de los estudiantes es adecuada (15).

En Colombia también se destacan algunos estudios relacionados con el tema de embarazo en adolescentes. En Manizales (16) por ejemplo, se estudiaron los conocimientos sexuales y comportamientos en una población escolarizada de la ciudad en el año 2014. El estudio fue de corte transversal; la población estuvo conformada por 170 adolescentes de 14 a 21 años, matriculados en los grados 8 a 11 de básica secundaria de una institución educativa de la ciudad de Manizales, de estratos medio y bajo. Empleando el método de encuesta, tomaron diferentes variables sobre conocimientos sexuales, prácticas sexuales y factores de riesgo para embarazo y enfermedades de transmisión sexual.

Es válido aclarar que, el promedio de edad fue de 16,31 años, de género masculino en un 56,5 %. Los resultados arrojaron un promedio de 2,9 (sobre 5) de conocimientos en educación sexual, 1,8 en métodos anticonceptivos, 2,4 en embarazo, 3,5 en enfermedades de transmisión sexual, para un promedio total de

2,7. También se encontró que el 91,8 % ha tenido experiencias sexuales, 70,1 % con penetración; 46,6 % no emplea métodos anticonceptivos; 5 % de las mujeres manifestó que había tenido embarazos; 4,2 % dijo que no ha tenido enfermedades de transmisión sexual (16).

Además, el bajo puntaje de conocimientos correlaciona significativamente con incomodidad en el empleo de métodos anticonceptivos, desconocimiento de para qué se emplean y no empleo de éstos. Por lo tanto, los autores concluyeron que debido al bajo conocimiento en temas de sexualidad y la intensa práctica sexual, esta población se convierte en población de alto riesgo para presencia de embarazos no deseados, de abortos inducidos y de enfermedades de transmisión sexual (16).

Por otro lado, en Cartagena (17) durante el año 2014, se realizó un estudio cuyo objetivo fue conocer las creencias y prácticas de la sexualidad en adolescentes embarazadas; allí se analizó cómo las adolescentes de niveles socioeconómicos bajos en la ciudad han construido sus creencias y prácticas sobre la sexualidad. El diseño de la investigación fue de tipo cualitativo, con enfoque etnográfico centrado en lo que las participantes expresaron en cuanto a sus experiencias, actitudes, valores, roles, tradiciones y creencias. Igualmente, analizaron la apropiación de conductas que generan estilos de vida y formas de relacionamiento que inciden sobre la presencia del embarazo a temprana edad.

Las creencias y prácticas de sexualidad de los jóvenes adolescentes participantes de dicho estudio (17), se han construido de lo que culturalmente se ha transmitido de generación en generación, ejerciendo una gran influencia la dinámica social, los mecanismos de ocio y esparcimiento. A partir de tal resultado se pone a consideración la importancia de orientar las intervenciones a un plano social y cultural, donde se identifiquen claramente las dinámicas de cada territorio y a partir de estas diseñar metodologías para aproximarse desde el entorno social y la cultura de los adolescentes y jóvenes.

Por otra parte, para el año 2016 realizaron un estudio en Villavicencio (18), con el fin de determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el uso de métodos anticonceptivos que tienen los estudiantes de educación secundaria. Utilizando un diseño de tipo descriptivo se trabajó con 874 estudiantes de 14 a 19 años matriculados en las instituciones de educación secundaria públicas, modalidad diurna que pertenecían a la Unidad Educativa Local 1, a quienes se les aplicó un cuestionario. Los resultados muestran que el 66,7% de los estudiantes encuestados, consideran que sus conocimientos sobre métodos anticonceptivos son “escasos”, de estos el 68,3 % son hombres. En cuanto a la edad, se evidencia que quienes tienen entre 16 y 17 años (68,9 %) son quienes más consideran tener ese nivel de conocimientos. Los adolescentes participantes de este estudio prefieren sin diferencia del rango de edad el preservativo, ya que lo consideran

como el mejor método de planificación, seguido de los anticonceptivos inyectados, por ser el más fácil de usar y de conseguir.

Las investigaciones mencionadas, se han aproximado al objeto de estudio desde diferentes metodologías cualitativas y cuantitativas, encontrando que el conocimiento de los adolescentes frente a los métodos de planificación es bajo, y que es esta una de las principales razones por las cuales no hacen uso de ellos, adicionalmente se puede inferir que los adolescentes suelen presentar actitudes desfavorables para una vida sexual responsable, compartida y basada en el amor, dada su corta edad; a medida que se cuenta con mayor madurez se encuentran conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad más adecuadas como observaron Herrera Carreño et al, al trabajar con universitarios (15).

En la búsqueda realizada no se hallaron estudios publicados sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de métodos anticonceptivos en las adolescentes embarazadas de la ciudad de Neiva, Huila, que hubiesen trabajado la metodología planteada en la presente investigación.

5. MARCO TEÓRICO

En seguida se abordará la definición y concepción social adolescencia, profundizando en el embarazo adolescente, los determinantes de riesgo para el inicio de la actividad sexual temprana, así como para el embarazo en la adolescencia, se revisa literatura e investigaciones previas sobre actitudes, autoestima y depresión en las embarazadas adolescentes; también se revisarán las complicaciones médicas y psicosociales del embarazo en esta etapa del ciclo de vida y por último se hará un breve resumen sobre los métodos anticonceptivos.

5.1 ADOLESCENCIA

Para referirse a la adolescencia es necesario pensar en el dinamismo de esta etapa del ciclo de vida de acuerdo con los cambios sociales y las concepciones culturales del contexto. De acuerdo con Lozano (2014), en las sociedades existe un importante intercambio de opiniones entre científicos sociales, educadores, padres de familia, instituciones ciudadanas y políticas en torno a la adolescencia en su sentido categorial o técnico.

Actualmente la adolescencia se presenta como una realidad de la que se ocupan diversas disciplinas científicas y se constituye así en el campo de estudio de la antropología, la psicología, la biología del desarrollo, la sociología, la historia y, por supuesto, también aparece como un concepto mundano de la realidad familiar, educativa y social del presente. Desde cada una de dichas disciplinas se ofrecen definiciones de la adolescencia que configuran enfoques conceptuales imprescindibles para la investigación y práctica social (19).

Si bien no existe un consenso sobre el significado de la palabra adolescencia, para efectos de la presente investigación, de acuerdo con Noguera (7), se acogió la definición propuesta por la OMS: la adolescencia es el periodo comprendido entre los 10 y 19 años durante el cual, el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica. No obstante, cabe aclarar que no se puede hacer referencia a los adolescentes como un grupo homogéneo, teniendo en cuenta que este concepto está influenciado de manera importante por la cultura la clase social y la historia familiar.

En este periodo de crecimiento y desarrollo humano, se presentan los mayores cambios físicos y psicológicos del individuo, se completan los rasgos propios de identidad, base para consolidar la personalidad. Se encuentra condicionado por diversos procesos biológicos, anatómicos, fisiológicos, psicológicos y sociales.

Durante la adolescencia comienzan a manifestarse los cambios físicos, el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias tales como el crecimiento de los senos en las mujeres y la nuez de adán en los varones, aparición

del vello púbico y facial; es decir se lleva a cabo la transformación “físico -sexual” del individuo y que se define por la aptitud para la procreación.

Durante esta etapa ocurren cambios biológicos y hormonales; como la primer menstruación o menarquia y con ello la capacidad biológica de ser madre en el caso de las mujeres, usualmente se presenta desde los 10 o 12 años. Así también se despierta la curiosidad por la relación sexual y el instinto sexual. Posteriormente se presentan características y fenómenos afectivos que determinan cambios en la personalidad. La edad promedio de aparición de la menarquia se ubica sobre los 11 años, lo cual se encuentra en función de factores como el peso y la etnia; sin embargo, la edad media ha disminuido en los últimos años y tiende a la baja; en consecuencia, cada vez podrían existir embarazos más tempranos (20).

Desde la etimología de la palabra en latín *adolescencia* y su raíz *adolecere*, se traduce en falta o carencia; lo cual hace referencia a que en esta etapa los individuos adolecen de conocimiento, y viven una transición en la que comienzan a adquirir experiencia, aprender de sus errores y se asignan los roles socioculturales (21).

Al respecto Lozano (19) indica que cuando se habla del concepto, se refiere a un proceso de adaptación más complejo que el simple nivel biológico, e incluye niveles de tipo cognitivo, conductual, social y cultural. Este periodo, es reconocido en casi todas las culturas a nivel mundial y está determinado por cuatro factores: la dinámica familiar, la experiencia escolar, el marco cultural que ha estructurado el ambiente social para la puesta en práctica de normas y límites, las condiciones económicas y políticas del momento.

5.2 DETERMINANTES DE RIESGO PARA EL INICIO TEMPRANO DE ACTIVIDAD SEXUAL EN ADOLESCENTES

Existen diversos determinantes asociados al inicio temprano de la actividad sexual, de acuerdo con Mendoza Tascos, Claros Benítez y Peñaranda Ospina (22), se clasifican en individuales, familiares, socioculturales y políticos, tal como se describen en la tabla 2.

Como se puede observar los factores de riesgo para el inicio temprano de la actividad sexual son amplios y en ocasiones confluyen varios de ellos en un mismo individuo; es claro que el consentir las relaciones sexuales por parte de los adolescentes, está mediado por su ambiente y su contexto social, por el comportamiento y las percepciones de sus pares frente a la sexualidad y al sexo en edades tempranas.

Tabla 2. Determinantes de riesgo para inicio de actividad sexual temprana en la adolescencia

Determinantes individuales

1. Sexo masculino
2. Actitud permisiva hacia la AS en la adolescencia
3. Consumo de licor.
4. Consumo de tabaco
5. Consumo de drogas psicoactivas

Determinantes familiares

1. Falta de educación sexual por parte de la madre o padre comunicación en temas de sexualidad con la madre.
2. Antecedentes de algún hermano o hermana haya sido padre o madre o haya estado en embarazo en la adolescencia.
3. Permisibilidad de los padres hacia la AS en la adolescencia
4. Convivir con solo padre o con familia reconstruidas
5. Un menor control y una baja supervisión por parte de los padres, sin el establecimiento de límites y reglas a cerca de las actividades de noviazgo
6. Conductas disciplinarias extremistas (déficit o exceso de normas)
7. Relación nula o pobre entre el adolescente y sus padres
8. Mayor escolaridad de los padres (bachillerato, carrera técnica o profesional) y el hecho de que el Padre o la madre trabajen

Determinantes socioculturales y políticos

1. Pertenecer a estratos socioeconómicos bajos (estratos 1 y 2)
2. Comportamiento y presión por parte de compañeros, pares o amigos
3. Influencia de ambiente y contexto social
4. Pobre o nula educación en planificación familiar en colegios o servicios de salud
5. Falta de políticas públicas, inequidades en el acceso a servicios de SSR y no consideración de los Derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes
6. Erotización de la televisión de los medios de comunicación

Abrev.: AS: Actividad sexual; SSR: Salud sexual y reproductiva.

Fuente: Mendoza Tascos, Claros Benítez y Peñaranda Ospina (2016)

También es importante considerar los determinantes de riesgo para el embarazo adolescente, que si bien, algunas adolescentes pueden desear quedar en embarazo, es bien sabido que muchos se producen en medio de circunstancias de abuso sexual y en algunas culturas en medio de violaciones a los derechos humanos (23). De acuerdo con Mendoza Tascos, Claros Benítez y Peñaranda Ospina (22), las mujeres sin escolaridad tienen la edad de la primera unión marital a los 17,7 años; un 81% de adolescentes ha usado un método anticonceptivo alguna

vez en su vida, pero sólo 10% los usa en su primera relación sexual, siendo este uno de los determinantes más importantes para embarazos precoces.

Este fenómeno también se ha estudiado desde la dimensión individual, familiar, sociocultural y político, tal como se relacionan en la siguiente tabla:

Tabla 3. Determinantes de riesgo para el embarazo en la adolescencia

Determinantes individuales

1. Realización por el adolescente de otra actividad diferente a estudiar
2. Inicio de la AS muy temprana (15 años o menos)
3. No uso de métodos de planificación familiar de todas las relaciones sexuales
4. Baja escolaridad
5. Consumo de alcohol
6. Consumo de tabaco
7. Consumo de drogas psicoactivas
8. Falta de proyectos de vida

Determinantes familiares

1. Escolaridad materna inferior a 11 años de estudio
2. No educación sexual al adolescente por parte de la madre
3. No suministro de métodos de anticoncepción por parte de la madre del adolescente

Determinantes socioculturales y políticos

1. Estratos socioeconómicos bajos (estrato 1)
2. La ruralidad, origen étnico y oportunidades económicas limitadas para las adolescentes
3. Insuficientes educación sexual por personal diferente a los padres (colegios y sector salud)
4. Pertenecer a familia no nuclear
5. Madres que tuvieron su primer embarazo en la adolescencia
6. Matrimonio infantil
7. Abuso sexual
8. Inequidades en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva
9. Falta de políticas públicas de salud sexual y reproductiva para adolescentes
10. No consideración de los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes
11. Erotización de la televisión y de los medios de comunicación

Abre.: AS: Actividad sexual.

Fuente: Mendoza Tascos, Claros Benítez y Peñaranda Ospina (2016)

Se resalta en este punto, la abundancia de factores individuales, así como los socioculturales y políticos. Al respecto, se ha encontrado que un adecuado enfoque de educación sexual abordada en la familia, en las instituciones educativas y en las instituciones de salud de la mano con oportunidades y proyectos de vida estructurados en donde se trabaje la resolución de problemas y la toma de decisiones en temas de sexualidad constituyen factores protectores frente al embarazo en la adolescencia (24).

Si bien, es necesaria la articulación de la familia, las instituciones educativas y las instituciones de salud, en torno a la educación en salud sexual y reproductiva; cabe decir que es indispensable partir del fortalecimiento de la autoestima, el carácter, la resiliencia, las redes de apoyo familiares y sociales para desarrollar factores protectores que le permitan a los adolescentes tomar decisiones informadas y acertadas para su proyecto de vida.

5.3 EMBARAZO ADOLESCENTE

El embarazo es el periodo que transcurre desde la concepción hasta el parto, abarca aproximadamente cuarenta semanas. Según Menéndez, et al. se puede definir el embarazo en la adolescencia como “aquella gestación que tiene lugar durante la etapa de la adolescencia, o lo que es igual, aquélla que ocurre en mujeres desde la menarquia hasta los 19 años, con independencia de la edad ginecológica” (20).

Durante este tiempo el cuerpo de la madre experimenta cambios fisiológicos cuya magnitud y complejidad han impedido su comprensión plena. Muchos de estos cambios son regidos por las hormonas femeninas, lo mismo que por otras sustancias que actúan durante el embarazo como, la nutrición y eliminación de desechos, protección contra lesiones y espacio para crecer.

De acuerdo con Menéndez, et al (20), las adolescentes embarazadas se encuentran en una situación muy compleja, pues además de vivir y experimentar lo que cualquier otra mujer en estado de embarazo, se enfrentan a la incertidumbre y a los altibajos de la adolescencia; y sumado a esto, usualmente se encuentran con mayor desprotección, y preocupaciones sobre su salud dada la inmadurez de su cuerpo, además de la inestabilidad económica y la dependencia de sus familias. Esta situación se hace más crítica en las adolescentes menores de 15 años y en aquellas que viven en países en vía de desarrollo con precarias condiciones de atención en salud y desprotección social.

La atención obstétrica generalmente conlleva serios problemas biológicos, psicológicos y sociales en la adolescente embarazada, y se constituye en un problema para toda la familia.

Los cuidados prenatales se encuentran dados por factores como: “el estado biológico de la adolescente en el momento que comienza el embarazo, en especial

su estado nutricional, mayor riesgo de anemia, toxemia, diabetes, parto distócico, hemorragias, recién nacido bajo de peso, y enfermedades genéticas. sin dejar de mencionar las alteraciones psicosociales y crisis familiares no transitorias por desorganización” (20).

Según Mendoza Tascon, Claros Benitez y Peñaranda Ospina, “el 59% de embarazos adolescentes terminan en nacimientos y 41% en abortos, 14% de ellos abortos involuntarios” (22).

Otro de los conceptos que requieren de toda la atención es el de complicaciones médicas, aquí se muestra su definición y se citan las complicaciones que vienen a ser las que más comúnmente se presentan en las gestantes adolescentes.

Al respecto, la organización Save the Children afirma que cada año nacen 13 millones de niños de mujeres menores de 20 años en todo el mundo, más del 90 % (11,7 millones) en los países denominados en desarrollo y en los países desarrollados el restante 10 % (1,3 millones). Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de mortalidad entre las mujeres entre las edades de 15 y 19 en dichas zonas. La mayor tasa de embarazos de adolescentes en el mundo está en el África subsahariana, donde las mujeres tienden a casarse a una edad temprana. En Níger, por ejemplo, el 87 % de las mujeres encuestadas estaban casadas y el 53 % había parido antes de los 18 años (20).

Estudios en diferentes partes del mundo confirman que la edad de la madre en el momento de la concepción cobra gran importancia para evitar complicaciones tanto para la madre como para el bebe; un organismo en desarrollo no está preparado para enfrentar los desafíos y cambios que provoca un embarazo y esto genera una mayor complejidad durante los nueve meses de su gestación.

En países como la India donde por temas culturales casan a sus niñas a muy temprana edad, se ve reflejado en el índice de embarazos adolescentes que presentan; motivo por el cual aumentan la probabilidad de embarazos prematuros, lo cual se puede corroborar por medio del estudio realizado por Patra (25), en donde obtuvo varias conclusiones importantes: que la muerte fetal y aborto son más frecuentes entre las adolescentes más jóvenes que entre las adolescentes de mayor edad, y entre las adolescentes que entre las mujeres adultas; retrasar el primer nacimiento hasta la edad de 20 parece beneficiar a las madres y los bebés; y finalmente que el acceso a servicios de salud reproductiva; servicios de planificación y de calidad en familia, aborto seguro, administración de toxoide tetánico y hierro / ácido fólico para las adolescentes casadas que quedan embarazadas podría mejorar los resultados de su salud.

Por otro lado en el mismo país de la India, Medhi, Das, Das, Ahmed, et al. (21), quienes por medio de su estudio de tipo analítico de casos y controles y analítico de muestreo sistemático, comparten resultados similares, con su estudio “Eventos

adversos obstétricos y perinatales en madres adolescentes asociados con el primer parto: estudio de casos y controles realizado en un hospital de tercer nivel en el noreste de la India” obtuvieron como conclusiones: El control prenatal de calidad lo recibieron el 80,6% de las madres adolescentes. Las madres adolescentes tuvieron una mayor incidencia de preeclampsia y partos prematuros. Entre los resultados fetales, los bebés de bajo peso al nacer, bajo peso medio al nacer, y más alto ingreso en la unidad de cuidados intensivos neonatales se asociaron significativamente con las madres adolescentes.

Continuando con las complicaciones generadas por el embarazo adolescente se encontró que Yasmin, Kumar y Parihar (26) en su estudio “El embarazo adolescente - sus efectos en el resultado materno- fetal” realizado de igual manera en la India llegaron a la conclusión: El embarazo adolescente comprende el 5,10% de los ingresos totales obstétricos. En este estudio 53,12% de embarazos adolescentes se asociaron con diferentes complicaciones. Las principales complicaciones maternas eran trabajo de parto prematuro 27,45%, trastornos hipertensivos del embarazo 20,17%, ruptura prematura de membranas 18,21%, aborto 14,57%, anemia (8,12%). Bajo Peso 16,86%, nacimientos prematuros 16% nacidos muertos 5%.

Otro estudio internacional que muestra las complicaciones del embarazo adolescente fue el realizado en Venezuela por Caraballo (27) , con su investigación “Estado nutricional y complicaciones inmediatas en neonatos de madres adolescentes”, con la cual se llegó a las siguientes conclusiones: La edad materna promedio fue de 17,05 años. La mayoría de los neonatos resultaron a término (11,8%, pretérmino). Del total, 79,4% clasificó como adecuados para la edad gestacional, 13,7% grandes y 6,9% pequeños para la edad gestacional, con diferencias significativas entre las distintas variables e indicadores antropométricos al clasificarlos según edad gestacional y peso para la edad gestacional. La prevalencia de bajo peso al nacer fue de 7,8%. El 33,3% de los neonatos presentaron complicaciones, siendo las más frecuentes: hipoglicemia (13,7%), ictericia (9,8%) y sepsis neonatal (7,8%).

En Cuba, Ruiz (28), estudió “el embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente”, dejando al descubierto las necesidades de educación que requiere la población adolescente, el 56,2 % desconocía conceptualmente el embarazo en la adolescencia, esto mejoró notablemente después de aplicado el programa, persistió solo el 12,5 % con este criterio, el 31,2 % manifestó que la primera relación sexual debe ser al cumplir los 14 años o tener la primera menstruación. El 59,3 % conocía los dispositivos intrauterinos como método anticonceptivo, el 68,7 % continuó el embarazo oculto por temor a los padres, el 31,2 % señaló como complicación fundamental la cesárea y los desgarros del tracto vaginal. Una vez finalizado el programa el 87,5 % expresó respuestas correctas.

Minassian, Borgoño y Bustamante (29). realizaron la investigación: “Embarazo adolescente” en Chile, hallando que las principales consecuencias psicosociales fueron la deserción escolar, familias disfuncionales y problemas económicos. Este panorama ha obligado a crear en el último tiempo diferentes tipos de programas de educación sexual (PES) con el objetivo común de enfrentar el problema.

En Madrid, España, Colomer (30). realizó la investigación: “prevención del embarazo en la adolescencia” en la cual se documentó la única intervención controlada realizada por pediatras de atención primaria. Se realizó en Washington y consistió en sesiones apoyadas en vídeos. En ella se observó un incremento en la utilización de preservativos (OR: 18,5; IC 95%: 1,27 a 256,03) a los tres meses, que no se mantuvo a los nueve. Se indica que podría recomendarse en las visitas de atención preventiva que comienzan en la pubertad, preferiblemente antes del inicio de la actividad sexual. Estas visitas podrían incluir la educación y el asesoramiento en cuanto a la anticoncepción y el embarazo no deseado.

5.4 COMPLICACIONES MÉDICAS EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE

Las complicaciones del embarazo son los problemas de salud que se producen durante el embarazo. Pueden afectar la salud de la gestante, del bebé o de ambos según sea el caso.

Según la OMS, el embarazo requiere prioridad en la atención de las adolescentes, puesto que las consecuencias afectan la salud de la madre y del niño. Mora-Cancino y Hernández-Valencia (31), afirman que la mortalidad en mujeres entre los 15 y los 19 años en países en vía de desarrollo es el doble al compararla con la tasa de mortalidad del grupo de 20 a 34 años; así mismo aumenta de dos a tres veces la mortalidad infantil.

De acuerdo con Menéndez “las patologías maternas, perinatales y de recién nacidos son más frecuentes en las mujeres menores de 20 años y, sobre todo, en los grupos de edades más cercanos a la menarquia, menores de 15 años” (20).

Las mujeres adolescentes padecen más complicaciones durante la gestación que las adultas, algunas de los padecimientos comunes son: la toxemia, la eclampsia y las anemias. Pueden presentarse con mayor facilidad partos pretérminos, que pueden llevar incluso a la muerte, o a recién nacidos de bajo peso, traumas obstétricos y un riesgo elevado de muerte prenatal en el transcurso del primer año de vida. Además, en la embarazada adolescente se suma el riesgo nutricional, pues se añaden a las necesidades normales de su crecimiento, las del feto que engendra.

Durante la primera mitad del embarazo, se pueden destacar la ocurrencia de aborto, anemia, infecciones urinarias y bacteriuria asintomática. En la segunda mitad, se pueden presentar cuadros hipertensivos, hemorragias por enfermedades placentarias, poca ganancia de peso con malnutrición concomitantes, anemia,

síntomas de parto prematuro, rotura prematura de membranas, desproporción cefalopélvica por desarrollo incompleto de la pelvis ósea materna y trabajo de parto prolongado (31).

5.5 ACTITUD DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

Según la Real Academia Española, la actitud proviene del latín *actitudo* que se define como la disposición de ánimo manifestada de algún modo. Las actitudes son las predisposiciones para responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las integran las opciones o creencias, los sentimientos y las conductas. Factores que a su vez se interrelacionan entre sí. Las opciones son ideas que se tienen sobre un tema y no necesariamente se sustentan en una información objetiva.

Las actitudes orientan los actos si las influencias externas sobre lo que se dice o hace tienen una misma incidencia. Las actitudes desempeñan un papel muy importante en la dirección y canalización de la conducta social, no son innatas, sino que se forman a lo largo de la vida. Estas no son directamente observables, así que han de ser inferidas a partir de la conducta verbal o no verbal del sujeto.

Mora-Cancino y Hernández-Valencia (31), señalan que el embarazo adolescente está relacionado con conductas antisociales como el consumo excesivo de drogas y alcohol, y los actos delictivos, lo que refleja su bajo nivel de aceptación de las normas de conducta de la sociedad.

Estos mismos autores, mencionan que las adolescentes suelen experimentar sentimientos de rechazo, abandono y soledad, a veces crónicos y en otros casos aparentemente vinculados con una pérdida, que puede ser real o percibida. De acuerdo con Mendoza Tascos, Claros Benítez y Peñaranda Ospina (22), hasta un 49% de adolescentes en embarazo se encuentran por fuera de escuelas y colegios, otras abandonan los estudios secundarios y 7,5% lo hacen por estar en embarazo y 5% por que se casan, entre otras razones.

En las adolescentes más del 80 % de los embarazos no son deseados. Y más de la mitad de los embarazos no deseados se producen en mujeres que no usan anticonceptivos y la mayor parte del resto de embarazos no deseados se deben al uso incorrecto de los anticonceptivos. El 23 % de las mujeres jóvenes sexualmente activas admitió haber tenido relaciones sexuales sin protección, mientras que el 70 % de las adolescentes manifestaron que les daba vergüenza comprar preservativos o cualquier otro anticonceptivo y también solicitar información a un médico (20).

5.6 CONOCIMIENTOS

Según la Real Academia Española, el conocimiento implica datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir lo que debe o puede hacer ante una situación determinada. El término conocimiento se usa en el sentido de hecho, información y concepto; pero también como comprensión y análisis; la especie humana ha progresado en la medida que ha acumulado las experiencias de otras generaciones y las ha logrado sistematizar.

Sin embargo, el conocimiento no garantiza una conducta adecuada, pero es esencial para que la persona haga consciente las razones para adoptar o modificar una determinada conducta. El conocimiento determina a las actitudes, creencias y prácticas.

A la luz de esta investigación, los conocimientos que las adolescentes tienen sobre los métodos anticonceptivos y su uso son una de las principales bases para la toma de decisiones y para la acción, es decir que a partir de los conocimientos con los que cuentan, se comportarán en las diferentes situaciones que enfrenten relacionadas con su salud sexual y reproductiva. No obstante, es necesario tener en cuenta que conocer de manera amplia sobre métodos anticonceptivos no es suficiente para evitar embarazos adolescentes, puesto que también se encuentran implicados otros factores relacionados con el medio, con la persona y con la familia.

5.7 PRÁCTICAS

Según el diccionario de la Real Academia Española en su vigencia segunda edición práctica viene de la palabra griega praxis que significa acción, obra. Praxis es el “acto que se dirige a otra persona humana; acto hacia otra persona y relación misma de persona a persona. Praxis es la actualidad misma del ser en el mundo, es decir, siempre estamos en praxis. La actitud practica es nuestra actitud cotidiana”.

Para los investigadores las prácticas relacionadas con el uso de los métodos anticonceptivos, tiene como punto de partida los conocimientos, las experiencias previas y el nivel de desarrollo psico emocional de la adolescente; la interacción entre todos estos factores configura las prácticas que se van constituyendo en habituales en una persona.

Es importante trabajar con adolescentes embarazadas, para conocer su perspectiva sobre aquellas prácticas que dejaron como consecuencia un embarazo no deseado, y explorar aquellos factores que incluyeron de manera importante en las decisiones que tomaron y las acciones que llevaron a cabo en torno a su salud sexual y reproductiva.

No existe relación estadísticamente significativa entre las creencias religiosas y el comportamiento sexual. Sin embargo, si hay estadísticas de la edad en que los

adolescentes inician su vida sexual activa la cual es un gran porcentaje que lo hacen antes de los 18 años.

5.8 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Los métodos anticonceptivos son elementos, productos o procedimientos que pueden ser usados por hombres y mujeres para impedir o reducir la posibilidad de embarazo (5).

En la prescripción del método deberán tenerse en cuenta múltiples factores, como el grado de motivación de la pareja en general y de la mujer en particular, su maduración psicológica, así como nivel cultural, la ausencia de contraindicaciones orgánicas y la valoración cuidadosa de los factores biológicos, médicos y psicosociales asociados. Los métodos anticonceptivos se clasifican en:

5.8.1 Métodos hormonales. Funcionan por medio de hormonas sintéticas similares a las que produce normalmente el organismo de la mujer. Estas hormonas impiden la ovulación y alteran el moco del cuello del útero para que no pasen los espermatozoides. En general, la eficacia de estos métodos es del 98%.

- Implantes subdérmicos: de tres a cinco años de protección anticonceptiva.
- Píldoras anticonceptivas: de 21 a 28 tabletas.
- Inyectables: de uso mensual y trimestral.
- Anillo vaginal: de duración mensual.

5.8.2 Métodos de barrera. El condón masculino es una cubierta que se adapta al pene erecto e impide que los espermatozoides lleguen a la vagina. Se debe colocar sobre el pene desde el momento de la erección hasta después de la eyaculación. Se debe usar uno por cada relación sexual. Dependiendo de qué tan adecuado sea su uso, la eficacia anticonceptiva del condón masculino oscila entre el 85 y el 93%

El condón femenino es una funda delgada y transparente hecha de un plástico suave que se coloca en la vagina de la mujer antes de la penetración, para que durante el coito el pene permanezca cubierto y el semen se pueda almacenar allí.

5.8.3 Dispositivos intrauterinos. Son pequeños elementos, se ubican en el útero de la mujer y actúan creando condiciones que le impiden a los espermatozoides fecundar el óvulo.

- T de Cobre o Dispositivo Intrauterino (DIU): tiene una duración de hasta 12 años y un 98% de eficacia.
- Dispositivo endoceptivo: contiene hormonas que actúan localmente y su protección anticonceptiva dura entre cinco y siete años, con una eficacia del 98%

5.8.4 Anticonceptivos de emergencia. Son productos específicos que, usados de forma correcta, pueden prevenir un embarazo no deseado después de una relación sexual de riesgo sin protección. Ninguno de estos métodos interrumpe un embarazo.

- Píldora del día después: son píldoras que contienen el derivado hormonal conocido como levonorgestrel. Tienen dos presentaciones de una sola pastilla y de dos. Su ventana de efectividad son las 72 horas (tres días) siguientes a la relación sexual de riesgo. Su carga hormonal es supremamente elevada, por lo que no deben ser usadas como anticonceptivos regulares, pues podrían afectar seriamente la salud e integridad de la mujer.
- Yuzpe: Son las píldoras anticonceptivas tradicionales, que contienen dos derivados hormonales y que funcionan como anticonceptivo de emergencia si se toman dentro de las 72 horas siguientes a la relación de riesgo
- T de Cobre o DIU: Método anticonceptivo que puede ser usado como método de emergencia hasta el quinto día (120 horas) después de la relación sexual de riesgo.

5.9 NO-MÉTODOS

También conocidos como métodos 'naturales', estos se basan en el funcionamiento del aparato reproductor humano. Tienen una tasa de fallas demasiado alta, por lo que no son recomendados por los profesionales de la salud, ya que no son métodos confiables para prevenir un embarazo. Entre estos se encuentran el coito interrumpido, ritmo o calendario. temperatura basal.

5.10 ANTICONCEPCIÓN EN ADOLESCENTES

Mendoza Toscón, Claros Benítez y Peñaranda Ospina (22), afirman que existe una necesidad insatisfecha de anticoncepción en los adolescentes, lo cual se acentúa con la falta de servicios de planificación familiar al alcance de esta población.

En la siguiente tabla se observan los métodos anticonceptivos más utilizados por los adolescentes, con la tasa de fracaso, el periodo de protección y los efectos colaterales.

5.11 MARCO LEGAL

El presente proyecto se ajustó y acogió las disposiciones establecidas en el capítulo uno de la Resolución 08430 de 1993 del Ministerio de Salud, en el sentido estricto e inequívoco de respeto por la dignidad humana, la protección de sus derechos y la búsqueda del bienestar. El Comité de Ética de la Universidad Surcolombiana, revisó y consideró viable el proyecto de investigación desde el punto de vista ético lo cual quedó consignado en el Acta No. 007 del 17 de agosto de 2018 (ver Anexo A)

En ese sentido, no sometió a los participantes del estudio a estrés, angustia o al escarnio público; en todo momento se respetó el derecho a la privacidad, el buen nombre y no se emitieron juicios o contravenciones contra el ser y la persona.

En todo momento, los participantes del estudio estuvieron acompañados de un profesional de la salud capacitado y entrenado el cual contaba con plena capacidad para resolver dudas o interrogantes frente al objetivo del estudio y el tratamiento de los datos. No se contemplaron riesgos clínicos para el desarrollo del proyecto, toda vez que el estudio no desarrolló intervención alguna sobre los participantes, y únicamente exploró, desde el punto de vista de las participantes, el fenómeno de estudio.

La presente investigación se enfocó en capturar información relacionada con las variables de estudio y por lo tanto contempló la elaboración, diligenciamiento y archivo del consentimiento informado según lo establecido en los artículos 15 y 16 de la Resolución 08430 de 1993.

La información personal que permitió identificar a nivel de micro dato a las pacientes es estrictamente confidencial y no se incluyó en las bases de datos para el análisis estadístico, inclusive, las variables de identificación no fueron solicitadas a la institución de salud para evitar posibles sesgos. La información personal que se recolectó en el ejercicio del proyecto de investigación respeta lo contenido en la ley 1581 de 2012 respecto al uso y tratamiento de datos personales.

Tabla 4. Métodos anticonceptivos más frecuentemente empleados por adolescentes

Método	Tasa de fracaso	Tiempo de cambio de nueva dosis	Periodo de protección	Efectos colaterales	Mejor recomendado en adolescentes
Implantes de progestágeno - etonogestrel- (Implanon® y Nexplanon®)	<1%	3 años	Prolongado	Labilidad emocional, aumento de peso, cefalea, acné, sangrado irregular	Si
Anticoncepcion intrauterina o dispositivos intrauterinos (de cobre: TCU380A* y MLCu375; y liberadores de levonogestrel: por 52 mg, Mirena® ** y por 13,5 mg, Skyla®)	1%	* TCu380A : 10 años ** Mirena: 5 años	Prolongada	Expulsión de dispositivos, experiencias de dolor y malestar	si
Inyecciones de progestina – acetato de medroxiprogesterona – (Depo-®)	Uso correcto y sostenible: 0,2 – 1%; uso común 3 – 6%	13 semanas	Corta	Ganancia de peso interferencia con el incremento normal, cefalea, mastalgia, caída de cabello, cambios de la libido	si

Anticonceptivos orales combinados (combinación de estrógenos y <u>progestina</u>)	Uso correcto y sostenible: 0,3 – 1%; uso común 8 – 9%	28 días	Corta	Sangrado irregular, cefalea, náuseas	Si
<u>Anticonceptivo transdérmico</u> - 0,6 mg de norelgestromina y 0,75 mg de etinilestradiol- (Ortho Evra®)	9%	28 días	Corta	Mastalgia, cefalea, náuseas, hemorragia uterina, desplazamiento del parche, <u>hiperpigmentación de la piel</u> , dermatitis de contacto, otras irritaciones de la piel.	Si
Píldora de progesterona sola	Uso correcto y sostenible: 1%; uso común 3 – 12%	4 – 22 horas previas al coito	Corta	Náuseas y vomito	Si
Anticonceptivo de emergencia (<u>progestina sola con levonorgestrel</u> 1,5 mg o combinada de estrógeno y <u>progestina</u>)	6 – 48%	Iniciarse antes de 5 días después de la relación sexual	Corta	Nauseas, vomito, cefaleas, menstruación dolorosa, mastalgia	si

Fuente: Mendoza Tascón, Claros Benítez y Peñaranda Ospina (2016).

Santelli, et al. (32), identificaron la existencia de dos intervenciones que han sido eficaces en el propósito de reducir los embarazos en adolescentes hasta en un 38% a nivel mundial; por una parte, la abstinencia sexual y por otra el uso adecuado de los anticonceptivos, en donde el 86% de la reducción de embarazos se debe al uso de anticonceptivos. En la población adolescente entre 15 y 17 años, los anticonceptivos han ayudado a disminuir en un 77% los embarazos no deseados, mientras que la abstinencia sexual solamente los ha disminuido en un 23%. Esto demuestra que la estrategia más efectiva para prevenir los embarazos a temprana

edad es con la educación en el uso adecuado de los métodos anticonceptivos disponibles.

En seguida se encuentra un resumen sobre la tasa de fracaso y los efectos colaterales de los métodos de barrera y otros métodos usados por los adolescentes.

Tabla 5. Métodos de barrera y otros anticonceptivos en adolescentes

Método	Tasa de fracaso	Tiempo de cambio de nueva dosis	Periodo de protección	Efectos colaterales	Mejor recomendado en adolescentes
Condomes masculinos	Uso correcto y sostenible: 2%; uso común 15 – 18%	Inmediato con cada relación sexual	Corta	Alergia al látex	Si
Condomes femeninos	Uso correcto y sostenible: 5 – 10%; uso común 21%	Inmediato con cada relación sexual	Corta	Alergia al látex	si
Anillo vaginal anticonceptivo -15 µg de etinilestradiol y 120 µg de etonogestrel- (NuvaRing®)	9%	28-35 días	Corta	Mastalgia, cefalea, náuseas, hemorragia por disrupción o manchado, expulsión del dispositivo	No

Espermicidas vaginales (Nonoxinol-9)	Uso correcto y sostenible 15%; uso común 25%	Inmediato con cada relación sexual	Corta	No suele recomendarse como un anticonceptivo de primera elección en adolescentes sanas	no
Diafragma, capuchón cervical y esponja anticonceptiva	Uso correcto y sostenible: 9-12%; uso común 20-25%	Inmediato con cada relación sexual	Corta	No suele recomendarse como un anticonceptivo de primera elección en adolescentes sanas	No
Conocimiento de la fertilidad y otros métodos de abstinencia periódica	Uso correcto y sostenible: 5%; uso común 12%	No aplica	No aplica	No tiene	no

Fuente: Mendoza Tascón, Claros Benítez y Peñaranda Ospina (2016).

Trabajar la anticoncepción con los adolescentes, requiere un enfoque pedagógico, en enmarcado en el proyecto de vida y la toma de decisiones, implica generar un ambiente de confidencialidad y apertura; se necesita una selección de los métodos para además de prevenir el embarazo, prevenir la transmisión de infecciones de transmisión sexual y del virus de inmunodeficiencia humana- VIH.

6. METODOLOGÍA

6.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es un estudio cuantitativo de tipo descriptivo en el cual las investigadoras buscaron determinar las características sociodemográficas e identificar los conocimientos, actitudes y prácticas acerca de los métodos anticonceptivos en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años.

6.2 LUGAR DE ESTUDIO

El estudio se desarrolló con pacientes de La Empresa Social del Estado Carmen Emilia Ospina, sedes Canaimas, Palmas, IPC y Granjas.

La Empresa Social del Estado Carmen Emilia Ospina, nació jurídicamente el 30 de diciembre de 1999, creada mediante decreto numero 472 emanado de la Alcaldía Municipal de Neiva, debidamente facultado por acuerdo del honorable Concejo Municipal.

Esta nueva Empresa se origina de la fusión de las tres (3) Empresas de la Red de Salud Municipal denominadas: E.S.E. Norte Camilo Gutiérrez, ESE Oriente Adriano Perdomo y ESE Sur Jairo Morera Lizcano, que presentaban los servicios de salud de Primer Nivel de complejidad a la población de estratos 1 y 2 del Municipio de Neiva en el área urbana y rural desde hacía dos años aproximadamente como entes descentralizados con autonomía presupuestal y administrativa, antes denominados CEMAP de Granjas, Siete de Agosto e IPC respectivamente los cuales dependían directamente de la Secretaría de Salud Municipal creadas mediante decreto 254 de 1995 del Municipio de Neiva.

Cuenta con una política de calidad y objetivos de calidad que le apuntan a disminuir las no conformidades reales, mejorar la calidad del recurso humano, evitar suspensiones no programadas del servicio, mantenimiento de equipos e instalaciones, y optimizar los servicios de salud.

6.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Se encuentra constituido por 391 adolescentes embarazadas con edad de 15 a 19 años del Municipio de Neiva que recibieron sus servicios de salud en la E.S.E CARMEN EMILIA OSPINA durante el primer semestre del año 2018.

6.4 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Teniendo en cuenta el universo poblacional, las investigadoras calcularon el tamaño de muestra utilizando el paquete estadístico Open Epi versión 3; el cual arrojó un tamaño de muestra de 185 participantes. Ver figura 1.

Figura 1. Cálculo de la muestra

Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o $fcp(N)$):	354
Frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p):	50% +/-5
Límite de confianza cómo % de 100(absolute +/-%)(d):	5%
Efecto de diseño (para encuestas en grupo-EDFF):	1

Tamaño muestral (n) para Varios Niveles de Confianza

Intervalo Confianza (%)	Tamaño de la muestra
95%	185
80%	113
90%	154
97%	203
99%	232
99.9%	267
99.99%	288

Ecuación

$$\text{Tamaño de la muestra } n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2 + \sigma^2 * (N-1) + p*(1-p))]$$

Fuente: Propia

6.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años captadas durante el primer y segundo trimestre de embarazo.
- Adolescentes de 15 a 19 años que firmen el consentimiento informado.

6.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Adolescentes que por voluntad propia no deseen participar.
- Adolescentes en situación de discapacidad mental.
- Gestantes adolescentes que estén en su tercer trimestre de embarazo.
- Adolescentes cuyo embarazo es producto de una violación.

6.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Para el desarrollo de esta investigación se realizó el proceso de operacionalización de las variables objeto de estudio, expresando los conceptos abstractos en términos concretos, observables y medibles, en el siguiente cuadro se puede encontrar el detalle de la operacionalización de las variables, relacionándolas con cada objetivo y con las preguntas formuladas en el instrumento aplicado a las adolescentes embarazadas seleccionadas en la muestra.

Tabla 6 Operacionalización de variables

Objetivos	Nombre de la variable	Definición	Indicador	Tipo de variable
Determinar las Características socio Demográficas	Edad	Se refiere a la edad cumplida en el último cumpleaños y no al número de años que la persona va a cumplir ni a fracciones de años	Fecha de nacimiento	Númerica
	Procedencia	Ciudad donde alguien ha nacido o tuvo principio la familia o de donde algo proviene.	Neiva Campoalegre Rivera Aipe Palermo Otro: cual	Nominal
	Zona	El número de habitantes que tiene una población determina si ésta es rural o urbana. De acuerdo con el INEGI, una población se considera rural cuando tiene menos de 2500 habitantes, mientras que la urbana es aquella donde viven más de 2500 personas.	Urbano Rural	Nominal
	Estrato social	Es la clasificación de los	1 2	Ordinal

		inmuebles residenciales que deben recibir servicios públicos. Los estratos socioeconómicos en los que se pueden clasificar las viviendas y/o los predios	3 4 5 6	
	Nivel de escolaridad	Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.	Último grado escolar aprobado	Ordinal
	Régimen De Salud	Regímenes del Sistema. Existen formas de afiliación al sistema de salud, mediante el régimen contributivo, el subsidiado, vinculado, especial.	Subsidiado Contributivo	Nominal
	Estado Civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles. Condición de soltería, matrimonio, viudez, etc., de un individuo	Soltera Casada Unión libre Viuda	Nominal
	Número de embarazos previos	Número de niños nacidos vivos que ha parido la mujer	1 2 3 4 5	Numérica
	Creencia religiosa	Religión con la cual se identifica la adolescente	Católica Cristiana Adventista Otra Ninguna	Nominal
	Edad de inicio de relaciones sexuales			Escala
Identificar el conocimiento de las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años Neiva acerca de los métodos anticonceptivos.	1. Los métodos anticonceptivos sirven para:	No aplica	a. Impedir el embarazo b. Previene el Cáncer de cuello uterino d. Son vitaminas e. No sabe	Nominal
	2. Los métodos anticonceptivos de barrera que usted conoce	No aplica	a. Vasectomía b. Condón c. Píldoras d. No sabe	Nominal
	3. En qué Momento se debe utilizar los métodos orales e inyectables	No aplica	a. Antes de las relaciones sexuales b. Después de las relaciones sexuales c. Durante las Relaciones sexuales d. No sabe	Nominal

	4. Cuantas veces se puede utilizar el mismo condón	No aplica	a. Dos veces b. Una sola vez c. Todas las veces hasta que se deteriore d. No sabe	Nominal
	5. Que métodos anticonceptivos naturales usted conoce	No aplica	a. Diagrama o la T b. Método el ritmo c. Pastillas d. Ninguno de los anteriores e. No sabe	Nominal
	6.Cuál es el único método anticonceptivo que protege de las infecciones de transmisión sexual?	No aplica	a. Pastillas Orales b. Inyecciones c. Condón d. Implante Su dérmico (PILA) e. No sabe	Nominal
	7. Los métodos anticonceptivos pueden ser usados por	No aplica	a. Solo hombre b. La pareja c. Solo la mujer d. Ninguna de las anteriores e. No sabe	Nominal
Identificar las actitudes de las adolescentes embarazadas de 14 a 19 años acerca de los métodos anticonceptivos.	1. Con una sola relación sexual puedo quedar embarazada	No aplica	a. Estoy de acuerdo b. No estoy de acuerdo c. No sabe	Nominal
	2. El método anticonceptivo de emergencia se debe tomar antes de la relación sexual	No aplica	a. Estoy de acuerdo b. No estoy de acuerdo c. No sabe	Nominal
	3. Durante la menstruación la mujer no puedo quedar embarazada	No aplica	a. Estoy de acuerdo b. No estoy de acuerdo c. No sabe	Nominal
	4. La píldora anticonceptiva te hace infértil	No aplica	a. Estoy de acuerdo b. No estoy de acuerdo c. No sabe	Nominal
	5. Si orina después de la relación sexual no puede quedar en embarazo	No aplica	a. Estoy de acuerdo b. No estoy de acuerdo c. No sabe	Nominal
	6. En la situación actual, las mujeres adolescentes deberían evitar quedarse embarazadas debido a riesgos y complicaciones.	No aplica	a. Estoy de acuerdo b. No estoy de acuerdo c. No sabe	Nominal
	7. Considera usted que la consejería y orientación sobre los métodos	No aplica	a. Estoy de acuerdo b. No estoy de acuerdo c. No sabe	Nominal

6.8 ESTRATEGIAS PARA CONTROLAR VARIABLES DE CONFUSIÓN

	anticonceptivos es muy importante			
Identificar las prácticas asociadas al uso de los métodos anticonceptivos previo al embarazo de las adolescentes de 15 a 19 años	1. Si ha utilizado usted y/o su pareja previa al embarazo anticonceptivos ¿dónde los consiguió?	No aplica	a. En un centro de salud/hospital b. En la consulta de un médico privado / en un establecimiento de salud privado. c. En una farmacia d. Por Internet e. Me los dio un amigo / vecino / pariente f. No responde g. Otros	Nominal
	2. Cuando quiso obtener asesoría para utilizar un método anticonceptivo por primera vez ¿quién le brindó información?	No aplica	a. médico /enfermera de un centro de salud/hospital b. padres c. amigo d. En una farmacia e. internet d. otro	Nominal
	3. Si ha contestado "a" (a la pregunta 2), ¿la orientación o indicaciones de uso del método anticonceptivo fue clara y fácil de entender por parte del médico / enfermera	No aplica	a. Si b. No c. No me dio indicaciones d. otro	Nominal
	4. cuando reclamaba su método anticonceptivo en el centro de salud, clínica u hospital se lo entregaban inmediatamente	No aplica	a. Siempre b A veces c. No sabe	Nominal
	5. En caso de que el centro de salud, clínica u hospital no le entregara su método anticonceptivo ¿qué hacía para obtener el método?	No aplica	a. Lo compraba b. Dejaba de usar el método anticonceptivo c. iniciaba a planificar con otro método anticonceptivo d. Esperaba que el centro de salud, clínica u hospital se lo diera e. otra	Nominal
	6. Desde que inició las relaciones sexuales por	No aplica	a. Si b. No c. No sabe	Nominal

	primera, ¿había adoptado usted y/o su pareja alguna medida para prevenir un embarazo no deseado?			
	7. Si ha contestado "sí" (a la pregunta 6), ¿qué medida habían adoptado usted y/o su pareja para prevenir un embarazo no deseado?	No aplica	<ul style="list-style-type: none"> a. Usar preservativo en todas las relaciones sexuales b. Usar preservativos femeninos c. Tomar anticonceptivos orales d. Usar anticonceptivos inyectables e. Usar métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada (DIU) f. Usar métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada (implantes) g. Usar anticonceptivos de emergencia h. Optar por la abstinencia sexual i. Otros 	Nominal

Fuente: propia

El diseño descriptivo del presente estudio busca reflejar la situación de unas variables objeto de estudio en un intervalo fijo de tiempo. No se pretenden realizar experimentos, ni establecer relaciones de causalidad, razón por la cual no se establecen mecanismos de control para variables de confusión.

6.9 RECOLECCION DE DATOS

6.9.1 Validez y confiabilidad del instrumento. El instrumento utilizado para la recolección de información fue una encuesta constituida por 43 ítems, algunos de los cuales son preguntas de selección múltiple con única respuesta. La estructuración de las preguntas de la encuesta se basó en la bibliografía consultada a nivel teórico y de otras investigaciones relacionadas con las variables objeto de estudio.

Para efectos de validación del instrumento se llevó a cabo una prueba piloto aplicando la encuesta a algunas adolescentes, buscando identificar la claridad de las preguntas formuladas y verificando que las adolescentes comprendieran el contenido de estas; también se verificó el tiempo de aplicación y la facilidad para

responderla. De acuerdo con esto se realizaron ajustes a la encuesta para proceder a aplicarla a la totalidad de la muestra seleccionada.

6.9.1 Codificación y tabulación. La encuesta fue tabulada con números enteros para las respuestas de las variables sociodemográficas, en relación con las variables relacionadas con el conocimiento que son de selección única se codificaron numéricamente y las variables del componente de prácticas y actitudes con la escala (Estoy de acuerdo, No estoy de acuerdo, No sabe) cuyos los resultados fueron codificados en una base de datos en SPSS V22 para luego ser analizadas.

6.9.2 Fuentes de información. La recolección de la información se realizó a partir de una fuente de información indirecta, la cual corresponde a la base de datos de la E.S.E Carmen Emilia Ospina de Neiva en un primer momento y posteriormente se utilizó la aplicación de una encuesta diseñada por las investigadoras para obtener información directa de las adolescentes participantes en el estudio.

6.9.3 Plan análisis de los resultados. Para el análisis de las variables se realizó una estadística descriptiva. Para datos continuos en escala de razón se estimaron medidas de tendencia central y de dispersión y para las variables nominales u ordinales se calcularon proporciones y medidas de frecuencia relativas y absolutas.

7. RESULTADOS

A continuación, se encuentran los resultados de la aplicación de la encuesta a las participantes del estudio. En primer lugar, anotar que los resultados de la prueba piloto mostraron que las participantes comprendieron con facilidad el propósito de la prueba y las preguntas no generaron dudas o complicaciones adicionales a las esperadas, razón por la cual se procede a hacer la aplicación a las 185 participantes seleccionadas.

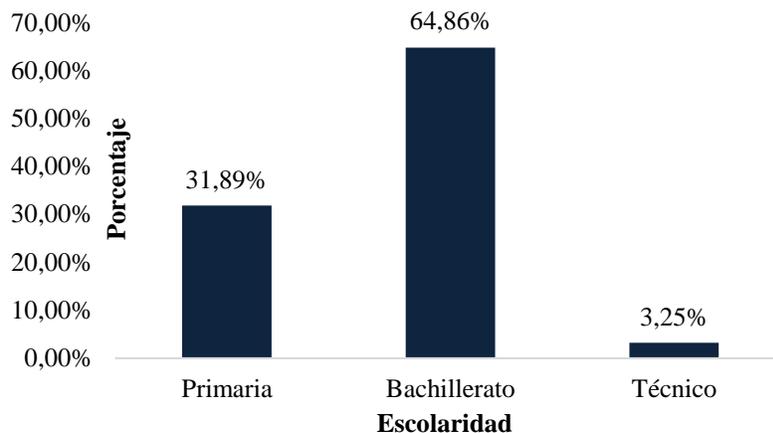
Los resultados se presentan de forma resumida y agrupada en función de la dimensión evaluada, también se presentan en llaves con el ánimo de facilitar la comprensión y claridad de la información presentada.

7.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Para la muestra evaluada y según la información de la tabla 6, la edad promedio fue de 17 años, lo cual coincide con la mediana, con una edad mínima de 15 años y máxima de 19 años. La desviación de 1,374 muestra una dispersión baja de los datos, indica que la mayoría de los sujetos muestran edades cercanas a la media y que la mayor cantidad de personas se ubican entre los 16 y 18 años.

De acuerdo con el nivel máximo de escolaridad alcanzado (ver figura 2), se encuentra que, de las 185 participantes del estudio, el 64,86% logró culminar el bachillerato y el 33,89% la primaria. Tan solo el 3,24% alcanzaron un diploma técnico. Ninguna de las mujeres participantes alcanzó grado profesional o de postgrado.

Figura 2. Distribución por escolaridad alcanzada



Fuente: Propia

Según la tabla 6, por lugar de procedencia, se pudo establecer que el 94,6% de las participantes son de la ciudad de Neiva o de otros municipios del Huila, esto concuerda con el 96,8% de participantes que viven en zona urbana, y el 3,2% que viven en zona rural. La participación de mujeres de otro país alcanzó el 1,1% y de otro departamento o municipio de Colombia el 4,3%. Los datos anteriores permiten concluir que mayoritariamente las participantes viven en el centro urbano de la ciudad de Neiva.

Por ocupación, se evidencia que el 64,9% de las participantes se dedican a labores domésticas únicamente, el 20,5% se dedican a estudiar, y el 14,6% se dedican a trabajos varios. Lo cual se ve reflejado en el estrato socioeconómico en donde el estrato uno (1) obtuvo una representatividad del 76,2% dentro de las participantes, mientras que el estrato dos alcanzó el 22,7% y el tres alcanzó apenas el 1,1%. La ocupación y el estrato socioeconómico se ven reflejado en el régimen de aseguramiento en donde el 96,8% pertenecen al régimen subsidiado.

Tabla 7. Variables sociodemográficas, llave 1.

Variable	Frecuencia	Porcentaje	
Ocupación	Ama de casa	120	64,9%
	Estudiante	38	20,5%
	Trabajadora	27	14,6%
	Sin información	0	0,0%
Estrato Socioeconómico	Uno (1)	141	76,2%
	Dos (2)	42	22,7%
	Tres (3)	2	1,1%
Lugar de procedencia	Neiva o Mcpio del Huila	175	94,6%
	Otro Mcpio de Colombia	8	4,3%
	Otro país	2	1,1%
Zona	Urbana	179	96,8%
	Rural	6	3,2%
Régimen de Salud	Contributivo	6	3,2%
	Subsidiado	179	96,8%
Estado Civil	Soltera	44	23,8%
	Casada	13	7,0%
	Unión Libre	128	69,2%
	Viuda	0	0,0%
	Divorciada	0	0,0%
Religión	Católica	134	72,4%
	Evangélica	15	8,1%
	Testigo de Jehová	0	0,0%
	Mormón	1	0,5%
	Ninguna	35	18,9%

Fuente: Propia

Se pudo identificar que el 67,6% de las participantes del estudio conviven actualmente con su pareja, el 14,6% con padre y madre y el 10,8% solo con la madre (ver tabla 7). En cuanto a la dependencia económica, se observa correspondencia directa entre las mujeres que viven con su pareja y las que dependen económicamente de su pareja, El 10,8% de las participantes depende económicamente de sí mismas.

Tabla 8. Variables sociodemográficas, llave 2.

Variable	Frecuencia	Porcentaje	
¿Actualmente con quien vive?	Sola	2	1,1%
	Padre y madre	27	14,6%
	Solo padre	1	0,5%
	Solo madre	20	10,8%
	Pareja	125	67,6%
	Otro	10	5,4%
	Padre	9	4,9%
De quien depende económicamente	Madre	23	12,4%
	Hermano	7	3,8%
	Padrastra	0	0,0%
	Madrastra	0	0,0%
	Tíos	0	0,0%
	Abuelos	0	0,0%
	Pareja	126	68,1%
Ninguno	20	10,8%	

Fuente: Propia

Según la tabla 8, la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales en las participantes fue de 16 años, por su parte, la mediana se ubicó en los 15 años, observando un valor mínimo de 12 y un máximo de 19 años, sin embargo, la desviación estándar indica que la mayor cantidad de embarazos se concentró entre los 14 y 18 años. Para la mayoría de las participantes el actual ha sido su primer embarazo.

Tabla 9. Variables sociodemográficas, llave 3.

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Número de abortos	0	1	0	0
Número de embarazos	1	3	1	1
Edad inicio de relaciones sexuales	12	19	16	2

Fuente: Propia

7.2 VARIABLES RELACIONADAS CON LOS CONOCIMIENTOS DE LAS ADOLESCENTES

Según la información reportada en la tabla 10, un 75,7% de las adolescentes participantes conocían la función básica de los métodos anticonceptivos, el restante 24,3% no acertaron al responder. En cuanto al conocimiento de los métodos de barrera, el 55,1% de las participantes acertaron. Sobre el momento en que se debe utilizar los métodos orales o inyectables, el 66,5% respondieron correctamente, sin embargo, al indagar sobre el uso correcto del condón, el 94,1% respondieron correctamente, situación que contrastó con las respuestas obtenidas sobre los métodos naturales, en donde solo el 15,1% respondió correctamente.

Tabla 10. Variables relacionadas a los conocimientos, llave 1.

	Variable	Frecuencia	Porcentaje
Los métodos anticonceptivos sirven para:	Impiden el embarazo	140	75,7%
	Previenen el cáncer de cuello uterino	21	11,4%
	Son vitaminas	1	0,5%
	No sabe	23	12,4%
Los métodos anticonceptivos de barrera que usted conoce son:	Vasectomía	17	9,2%
	Condón	102	55,1%
	Píldoras	23	12,4%
	No sabe	43	23,2%
En qué momento se debe utilizar los métodos orales e inyectables	Antes de las relaciones sexuales	123	66,5%
	Después de las relaciones sexuales	5	2,7%
	Durante las relaciones sexuales	33	17,8%
	No sabe	24	13,0%
¿Cuántas veces se puede utilizar el mismo condón?	Dos veces	2	1,1%
	Una sola vez	174	94,1%
	Todas las veces hasta que se deteriore	0	0,0%
	No sabe	9	4,9%
¿Qué métodos anticonceptivos naturales usted conoce?	Diagrama o la T	41	22,2%
	Método del ritmo	28	15,1%
	Pastillas	63	34,1%
	Ningún de los anteriores	14	7,6%
	No sabe	39	21,1%

Fuente: Propio

Según la información reportada en la tabla 10, un 84,9% de las adolescentes participantes conocían que el condón es el único método que protege contra las ITS. También fue alto el reconocimiento sobre quien debería usar los métodos anticonceptivos, el 70,3% respondieron correctamente. Sobre el momento en que se debe usar los métodos inyectables, el 71,9% respondieron correctamente, sin

embargo, al indagar sobre el método de emergencia, el 54,1% respondieron correctamente, el 72,5% de las participantes respondieron correctamente sobre el tiempo en el que se debe tomar el método de emergencia.

Tabla 11. Variables relacionadas a los conocimientos, llave 2.

	Variable	Frecuencia	Porcentaje
Cuál es el único método anticonceptivo que protege de las infecciones de transmisión sexual	Pastillas orales	0	0,0%
	Inyecciones	8	4,3%
	Condón	157	84,9%
	implante subdérmico	0	0,0%
	No sabe	20	10,8%
Los métodos anticonceptivos pueden ser usado por:	Solo hombre	15	8,1%
	La pareja	130	70,3%
	Solo la mujer	20	10,8%
	Ninguna de las anteriores	1	0,5%
	No sabe	19	10,3%
El método anticonceptivo inyectable se debe aplicar:	En cualquier fecha	0	0,0%
	En la misma fecha en que se aplicó la primera dosis	133	71,9%
	Cada vez que le llegue el periodo menstrual	26	14,1%
	No sabe	26	14,1%
El método anticonceptivo de emergencia se utiliza:	Todos los días	18	9,7%
	Cada vez que tiene relaciones sexuales sin protección	100	54,1%
	Cada vez que le llegue el periodo menstrual	3	1,6%
	No sabe	64	34,6%
Cuánto tiempo después de una relación sexual sin protección debe tomarse las píldoras de emergencia	Inmediatamente después de la relación sexual	125	67,6%
	Dentro de las 120 horas	9	4,9%
	Dentro de una semana	0	0,0%
	No sabe	51	27,6%
El alka-seltzer, cerveza, zumo de limón sirven para:	Evitar el guayabo	64	34,6%
	Prevenir el embarazo	20	10,8%
	Prevenir el sida	0	0,0%
	Ninguna de las anteriores	24	13,0%
	No sabe	77	41,6%

Fuente: Propia

Según la información reportada en la tabla 11, tan solo un 15,1% de las adolescentes participantes conocían que en caso de que olvidaran tomar la píldora anticonceptiva debían tomarla inmediatamente lo recordaran, sin embargo, el 38,9% indicó que si olvidaban tomarla se protegerían mediante el uso de condón. El 94,6% de las participantes respondieron correctamente a la pregunta sobre la frecuencia con la que se deben tomar los anticonceptivos hormonales orales.

En cuanto al método del ritmo, un 45,4% respondieron correctamente, mientras que un 41,6% indicó no saber en qué consiste el mencionado método. Sin embargo, el 78,9% de las participantes en el estudio es consciente de que cuando se inician las relaciones sexuales se deben usar métodos anticonceptivos.

Tabla 12. Variables relacionadas a los conocimientos, llave 3.

Variable		Frecuencia	Porcentaje
En caso de que olvide tomar la píldora anticonceptiva, ¿qué se debe hacer?	Tomarla en el momento que lo recuerde	28	15,1%
	Tomarla al día siguiente	20	10,8%
	No se la debe tomar	9	4,9%
	Se protege con condón	72	38,9%
	No sabe	56	30,3%
Los métodos anticonceptivos hormonales orales se deben tomar	Día de por medio	3	1,6%
	Cada vez que lo recuerden	7	3,8%
	Todos los días	175	94,6%
El método del ritmo consiste en:	Tener relaciones sexuales en días fértiles	18	9,7%
	No tener relaciones sexuales en días fértiles	84	45,4%
	Tener relaciones todos los días	6	3,2%
	No sabe	77	41,6%
Cuando se inician las relaciones sexuales por primera vez:	No debe utilizar métodos anticonceptivos	1	0,5%
	Debe contarles a los papás	14	7,6%
	Debe utilizar métodos anticonceptivos	146	78,9%
	Ninguna de las anteriores	2	1,1%
	No sabe	22	11,9%

Fuente: Propia

De acuerdo con los datos que se expresan en la tabla 12, el 82,7% de las participantes si han recibido información u orientación sobre los métodos anticonceptivos. Al respecto, el 59,5% indica que la información ha sido recibida por los profesionales de la salud y el 32,7% por la madre.

Tabla 13. Variables relacionadas con la recepción de información y orientación.

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Si		153	82,7%

Ha recibido alguna vez información sobre los métodos anticonceptivos	No	32	17,3%
En caso de ser afirmativo, ¿por quién?	Padre	3	2,0%
	Madre	50	32,7%
	Amigo(a)	1	0,7%
	Farmacéuta	0	0,0%
	Profesional de la salud	91	59,5%
	Otro	8	5,2%

Fuente: Propia

7.3 VARIABLES RELACIONADAS CON LAS ACTITUDES

Las actitudes se vinculan con fuerza a las creencias, en este sentido es importante resaltar los resultados de la tabla 13, en donde se puede observar que existe una proporción mayoritaria de mujeres que se identifican con la actitud más apropiada de acuerdo con el enunciado. Sin embargo, existe un volumen alto de mujeres que, por ejemplo, no está de acuerdo en que con una sola relación sexual pueda generar un embarazo no planeado, o un 34,6% de mujeres que cree que durante el periodo menstrual no se puede quedar en embarazo.

Preocupa por ejemplo que el 23,2% de las mujeres están de acuerdo con el postulado de que la píldora anticonceptiva produce infertilidad, y preocupa aún más que el 38,4% no sabe si produce o no la mencionada reacción. De igual forma es importante resaltar que el 21,1% de las participantes cree que orinar después de tener una relación sexual impide el embarazo, o el 37,3% que indica no saber si este argumento es cierto o no.

Tabla 14. Variables relacionadas con las actitudes, llave 1.

Variables		Frecuencia	Porcentaje
Con una sola relación sexual puedo quedar embarazada	Estoy de acuerdo	138	74,6%
	No estoy de acuerdo	25	13,5%
	No sabe	22	11,9%
El método anticonceptivo de emergencia se debe tomar antes de la relación sexual	Estoy de acuerdo	83	44,9%
	No estoy de acuerdo	72	38,9%
	No sabe	30	16,2%
Durante la menstruación la mujer no puede quedar embarazada.	Estoy de acuerdo	64	34,6%
	No estoy de acuerdo	71	38,4%
	No sabe	50	27,0%
La píldora anticonceptiva te hace infértil	Estoy de acuerdo	43	23,2%
	No estoy de acuerdo	71	38,4%
	No sabe	71	38,4%
	Estoy de acuerdo	39	21,1%
	No estoy de acuerdo	77	41,6%

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Si orina después de la relación sexual no puede quedar en embarazo	No sabe 69	37,3%

Fuente: Propia

Al igual que con la llave 1, en la tabla 14 se observa que la mayoría de mujeres reconoce la importancia de recibir orientación en métodos anticonceptivos (89,2%) pero el 17,3% indicaron que el condón y las píldoras no son métodos adecuados para prevenir el embarazo en mujeres menores de 20 años, también destaca el 33,5% de mujeres que indicaron que con el uso del condón no se disfruta las relaciones sexuales, no obstante el 92,4% reconoce en el condón un método efectivo para prevenir enfermedades como el SIDA y el 75,7% indica que las mujeres adolescentes deberían evitar quedar en embarazo debido a los riesgos y complicaciones.

Tabla 15. Variables relacionadas con las actitudes, llave 2.

Variables		Frecuencia	Porcentaje
La consejería y orientación sobre los métodos anticonceptivos es muy importante	Estoy de acuerdo	165	89,2%
	No estoy de acuerdo	1	0,5%
	No sabe	19	10,3%
El condón y las píldoras son métodos adecuados para evitar el embarazo en mujeres menores de 20 años.	Estoy de acuerdo	121	65,4%
	No estoy de acuerdo	32	17,3%
	No sabe	32	17,3%
Al usar el condón se disfruta menos de la relación sexual.	Estoy de acuerdo	88	47,6%
	No estoy de acuerdo	62	33,5%
	No sabe	35	18,9%
El uso del condón es una protección contra el SIDA	Estoy de acuerdo	171	92,4%
	No estoy de acuerdo	1	0,5%
	No sabe	13	7,0%
En la situación actual, las mujeres adolescentes deberían evitar quedarse embarazadas debido a riesgos y complicaciones.	Estoy de acuerdo	140	75,7%
	No estoy de acuerdo	17	9,2%
	No sabe	28	15,1%

Fuente: Propia

7.4 VARIABLES RELACIONADAS CON LAS PRÁCTICAS

La tabla 12, es la primera de las variables que están relacionadas con las prácticas, las cuales son el reflejo a nivel comportamental de las creencias y actitudes, en esta llave, se puede observar que el 44,3% de las participantes han obtenido sus métodos anticonceptivos en un centro de salud u hospital, y que el 36,8% los adquirió en una farmacia, destaca que el 54,9% de las mujeres participantes del estudio indicaron que la primera asesoría que se recibió para usar métodos anticonceptivos fue suministrada por profesionales de la salud, seguidos de los padres con el 16,8% y otros agentes externos con el 14,5%. La asesoría que reportan haber recibido fue clara y fácil de entender para el 91,1% de las mujeres participantes del estudio.

Tabla 16. Variables relacionadas con las prácticas, llave 1.

Variables		Frecuencia	Porcentaje
Si ha utilizado usted y/o su pareja previa al embarazo anticonceptivos ¿dónde los consiguió?	En un centro de salud/hospital	82	44,3%
	En la consulta de un médico privado	2	1,1%
	En una farmacia	68	36,8%
	Por internet	0	0,0%
	Me los dio un tercero	0	0,0%
	No utilizo métodos anticonceptivos	17	9,2%
	Otros	16	8,6%
Cuando quiso obtener asesoría para utilizar un método anticonceptivo por primera vez ¿quién le brindó información?	Profesional de la salud	95	54,9%
	Padres	29	16,8%
	Amigos	5	2,9%
	En una farmacia	15	8,7%
	Internet	4	2,3%
Si ha contestado “a” (en la pregunta 2), ¿la orientación o indicaciones de uso del método anticonceptivo fue clara y fácil de entender por parte del médico / enfermera	Otro	25	14,5%
	Si	92	91,1%
	No	1	1,0%
	No me dio indicaciones	0	0,0%
	Otro	8	7,9%

Fuente: Propia

La llave 2 hace referencia a situaciones más pragmáticas y cotidianas, en relación con la obtención de los métodos anticonceptivos (ver tabla 16), en esta llave se destaca que el 48,6% de las participantes indicaron que en el centro de salud siempre le entregaban de forma inmediata el método anticonceptivo que requirieran, sin embargo, el 25,4% indicaron que solo a veces lo recibían y el 26% que no lo recibían inmediatamente. En ese sentido, el 66,5% indicaron que si no les era entregado el método anticonceptivo ellas lo compraban por su propia cuenta.

Finalmente es posible observar que el 61,6% de las participantes indicaron que desde que iniciaron sus vidas sexuales activas, siempre han usado métodos anticonceptivos, mientras que el 34,6% indicaron no usarlo desde el inicio; las que indicaron que si usaban métodos anticonceptivos el 65,8% reportaron usar preservativo (condón) para evitar el embarazo, el 18,4% indicaron usar anticonceptivos hormonales inyectables y el 7,9% usan anticonceptivos hormonales orales.

Tabla 17. Variables relacionadas con las prácticas, llave 2.

Variables		Frecuencia	Porcentaje
Cuando reclamaba su método anticonceptivo en el centro de salud, clínica u hospital se lo entregaban inmediatamente.	Siempre	84	48,6%
	A veces	44	25,4%
	No	45	26,0%
En caso de que el centro de salud, clínica u hospital no le entregara su método anticonceptivo ¿qué hacía para obtener el método?	Lo compraba	123	66,5%
	Dejaba de usar el método anticonceptivo	13	7,0%
	Iniciaba a planificar con otro método	7	3,8%
	Esperaba que en el centro de salud se lo diera	15	8,1%
Desde que inició las relaciones sexuales por primera vez, ¿había adoptado usted y/o su pareja alguna medida para prevenir un embarazo no deseado?	Otra	27	14,6%
	Si	114	61,6%
	No	64	34,6%
Si ha contestado "sí" (en la pregunta 6), ¿qué medida habían adoptado usted y/o su pareja para prevenir un embarazo no deseado?	No sabe	7	3,8%
	Usar preservativo en todas las relaciones sexuales	75	65,8%
	Usar preservativos femeninos	1	0,9%
	Tomar anticonceptivos orales	9	7,9%
	Usar anticonceptivos inyectables	21	18,4%
	Usar métodos anticonceptivos reversibles (DIU)	4	3,5%
	Usar métodos anticonceptivos reversibles (implantes)	0	0,0%
	Usar anticonceptivos de emergencia	1	0,9%
	Abstinencia sexual	0	0,0%

Fuente: Propia

8. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En la presente investigación, se buscó caracterizar los conocimientos, actitudes y prácticas de las adolescentes gestantes con edades entre los 15 y 19 años, en relación con el uso de los métodos anticonceptivos, teniendo en cuenta la relevancia que toma el embarazo adolescente para la sociedad y para las instituciones de salud por considerarse un problema de salud pública que pone en riesgo la vida de la madre y su hijo (7), y al mismo tiempo un problema social que contribuye con el mantenimiento del círculo de la pobreza (1).

La edad promedio de inicio de las relaciones sexuales de las adolescentes participantes de este estudio fue de 16 años, observando un valor mínimo de 12 y un máximo de 19 años; estos datos corresponden con los hallazgos de la región de Latinoamérica y el Caribe, en donde aproximadamente el 22% de las niñas inician su vida sexual antes de cumplir los 15 años (7); no obstante los resultados de un estudio de la Universidad Nacional en adolescentes de la ciudad de Bogotá, D.C. indican que, en esa población el promedio de edad de inicio de las relaciones sexuales fue de 13.8 años (7), es decir dos años por debajo que las adolescentes de la ciudad de Neiva, Huila.

Pese a que el promedio de edad de la muestra objeto de estudio se encuentra en los 16 años de edad, el último grado cursado por el 33.89% al momento del estudio fue el grado quinto de primaria, lo cual genera preocupación frente a la continuación de sus estudios, dado que el 64.9% se dedican a labores domésticas en la actualidad y el 67.6% dependen económicamente de su pareja; con lo cual las posibilidades de realizar estudios secundarios y superiores se reducen considerablemente en comparación con adolescentes no embarazadas.

Un estudio en una población de Chile, por ejemplo, indica que hasta un 49% de adolescentes en embarazo se encuentran por fuera del sistema educativo o abandonan sus estudios al quedar embarazadas (22); en una población rural de Perú solo el 63% de las madres adolescentes cuentan con estudios de secundaria y el 85% se dedican a ser amas de casa. Se observa entonces que, pese a los esfuerzos de los últimos años para garantizar la continuidad de los estudios de las adolescentes embarazadas, este continúa siendo una de las causas importantes de deserción escolar, lo cual desemboca en una mejor preparación para competir en el mundo laboral y en consecuencia menores ingresos económicos afectando de manera directa su calidad de vida y la del hijo por nacer (7).

En cuanto a los conocimientos sobre los métodos anticonceptivos y su uso, se encontró que el 75,7%, de las adolescentes participantes en el estudio, conocían la función básica de los métodos anticonceptivos. En cuanto al conocimiento de los métodos de barrera, el 55,1% de las participantes tenían conocimientos ciertos sobre los mismos, en donde el más conocido era el condón con el 94,1% de aciertos,

En un 75,7%, las adolescentes conocían la función básica de los métodos anticonceptivos; el 55,1% de las participantes tenían conocimientos certeros sobre los métodos de barrera, en donde el más conocido fue el condón con el 94,1% de aciertos en las respuestas a las preguntas trabajadas en el instrumento aplicado.

Pese a demostrar un nivel medio-bueno de conocimientos, todas estas adolescentes quedaron en embarazo, lo cual se puede explicar con los resultados obtenidos en las variables de actitudes y prácticas en donde predominan los mitos en torno a la sexualidad, a las relaciones coitales y a los efectos negativos del uso de anticonceptivos en el organismo de la mujer. Esto coincide con los resultados de un estudio realizado en Cartagena (17), con adolescentes embarazadas de niveles socioeconómicos bajos, en donde se identificó que sus estilos de vida y formas de relacionamiento inciden sobre el embarazo a temprana edad y que sus creencias y prácticas son producto de la transmisión cultural y la dinámica social de su entorno.

9. CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta el análisis de resultados realizado en el apartado anterior, se han extraído las conclusiones por dimensiones, en correspondencia con los objetivos específicos planteados en la investigación.

9.1 CONCLUSIONES DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Ninguna de las mujeres participantes alcanzó grado profesional o de postgrado. En relación con la procedencia de las participantes se pudo identificar que la mayoría de ellas provienen del centro urbano de Neiva, pertenecen al estrato socioeconómico uno y se dedican en su mayoría de manera exclusiva a labores domésticas. Esta situación económica plantea retos y dificultades a las madres jóvenes de la ciudad.

La edad promedio de inicio de las relaciones sexuales fue de 16 años, observando un valor mínimo de 12 y un máximo de 19 años. Para la mayoría de las participantes el actual ha sido su primer embarazo.

9.2 CONCLUSIONES DE LA DIMENSIÓN “CONOCIMIENTOS”

La mayoría de las adolescentes conocían la función básica de los métodos anticonceptivos. En cuanto al conocimiento de los métodos de barrera, alrededor de la mitad de las participantes tenían conocimientos certeros sobre los mismos, en donde el más conocido era el condón con el 94,1% de aciertos, incluyendo lo relacionado con las propiedades del condón en la lucha contra las ITS. Sobre el momento en que se debe utilizar los métodos orales o inyectables, el 66,5% respondieron correctamente.

Lo anterior contrasta con el conocimiento sobre métodos anticonceptivos naturales, en donde solo el 15,1% respondió de forma correcta las preguntas relacionadas. Situación que se asemeja al desconocimiento sobre el método de emergencia, ya que solo el 54,1% respondieron correctamente a preguntas sobre el método.

El desconocimiento más frecuente sobre los métodos de anticoncepción hormonal de tipo oral y las pastillas de emergencias está relacionado con las frecuencias para la toma de las pastillas o las acciones a seguir en caso de que olviden una dosis. También es frecuente el desconocimiento sobre las actuaciones frente a los tiempos del método de emergencia.

Las participantes refieren que si han recibido información u orientación sobre los métodos anticonceptivos. Al respecto, la mayoría indica que la información ha sido recibida por los profesionales de la salud y en segundo lugar por la madre. Y aunque refieren que la misma ha sido clara, es posible que se deba profundizar sobre algunos aspectos específicos.

9.3 CONCLUSIONES DE LA DIMENSIÓN “ACTITUDES”

Las actitudes se vinculan con fuerza a las creencias, en este sentido es importante resaltar los resultados que expresan la existencia un volumen alto de mujeres que, por ejemplo, no está de acuerdo en que una sola relación sexual sea suficiente para quedar en embarazo o en que durante el periodo menstrual no se puede quedar en embarazo.

Preocupa el alto porcentaje de mujeres que están de acuerdo con el postulado de que la píldora anticonceptiva produce infertilidad, o las que creen que orinar después de tener una relación sexual impide el embarazo, o las que afirman que usar el condón es una limitante importante para disfrutar de las relaciones sexuales con plenitud. En este sentido las creencias ligadas a las actitudes se constituyen en factor fundamental para el uso de los métodos anticonceptivos.

9.4 CONCLUSIONES DE LA DIMENSIÓN “PRÁCTICAS”

Las prácticas son el reflejo a nivel comportamental de las creencias y actitudes, a nivel general las mujeres participantes indicaron que sus métodos anticonceptivos son obtenidos del centro de salud y de las farmacias, y que las asesorías suelen recibirlas de los profesionales de la salud, los padres y otros agentes externos.

Las participantes reportaron dificultades para recibir los métodos de anticoncepción de forma oportuna, razón por la cual, deben adquirirlos por su propia cuenta. Los métodos anticonceptivos que más usan las mujeres que participaron del estudio son el condón, los métodos anticonceptivos hormonales inyectables y hormonales, los cuales, por su costo se hace de difícil acceso para algunas mujeres.

Aunque las participantes reportan haber recibido asesorías claras y fáciles de entender, es importante fortalecer las campañas educativas para la desmitificación de las prácticas sexuales, también es importante fortalecer el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos y derrumbar las barreras (de todo tipo) que desde las instituciones de salud se presentan para acceder a los métodos de anticoncepción.

9.5 CONCLUSIÓN GENERAL

En relación con el objetivo general es posible concluir que las adolescentes que participaron en el proyecto son mujeres jóvenes con un nivel de escolaridad bajo, con oportunidades laborales precarias, que desencadena en un nivel económico bajo, y que dependen económicamente de su pareja. Estas condiciones de vida contribuyen a la generación de pobreza y al incremento de los embarazos no deseados.

Se identificó claramente que, si bien las jóvenes desconocen algunos aspectos relacionados con los métodos anticonceptivos naturales y de emergencia, la

principal problemática para el embarazo en la adolescencia radica en las creencias y actitudes que tienen las jóvenes sobre la conducta sexual, las cuales influyen directamente sobre el uso o no de los mismos. Las prácticas o comportamientos se ven afectadas por un fenómeno que no es ajeno en el sistema de salud, y corresponde con las diferentes barreras que se presentan al momento de acceder a servicios de salud con oportunidad y calidad.

10. RECOMENDACIONES

Estos resultados confirman la necesidad de modificar las estrategias de educación para la sexualidad y la forma de acercarse a las adolescentes al brindar las asesorías de salud sexual y reproductiva, trascendiendo el umbral de brindar información para llegar a generar cambios actitudinales y comportamentales. Así mismo, es importante contemplar intervenciones con las familias de los adolescentes, a nivel comunitario y social en la formulación e implementación de las políticas públicas para la prevención del embarazo, pues es claro, que el adolescente no es un individuo aislado, sino que por el contrario está influenciado por todo su entorno.

Finalmente, este estudio arroja un elemento adicional a los identificados en los antecedentes hallados: la accesibilidad a servicios de salud con oportunidad y calidad. Al respecto se deja como recomendación para estudios futuros, la necesidad de caracterizar la existencia de barreras de todo tipo, en la atención a los adolescentes en temas de planificación familiar y salud sexual y reproductiva.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Organización Mundial de la Salud. El embarazo en la adolescencia [Internet]. [consultado 15 Ene 2018] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
2. Sáez Cantero V. Embarazo y Adolescencia: Resultados Perinatales. Rev cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2005 [citado 30 Ene de 2018]; 31(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2005000200001&lng=es.
3. Correa M. Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: Las evidencias. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2012 [consultado 30 Ene de 2018];1-8. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78253/1/WHO_FWC_MCA_12_02_spa.pdf
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Resumen Ejecutivo Encuesta Nacional de Demografía y Salud Colombia 2015. Semarnat [Internet]. 2008 [citado Feb 3 de 2018] Disponible en: <http://profamilia.org.co/docs/Libro%20RESUMEN%20EJECUTIVO.pdf>
5. Lara Sánchez RA. Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales (ASIS) Municipio de Neiva - Huila 2016. [Internet] 2016 [citado Mar 20 de 2018] Disponible en: http://old.huila.gov.co/documentos/2016/ASIS%202016/ASIS_NEIVA_2016.pdf
6. Gobernación del Huila. Análisis de situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de salud Huila 2016. [Internet] 2016 [citado Mar 20 2018] Disponible en: http://old.huila.gov.co/documentos/2016/ASIS%202016/ASIS_DEPARTAMENT_O_DEL_HUILA_2016.pdf
7. Noguera N. Ten pregnancy: a view from the nursing care. Revista Colombiana de Enfermería. [Internet] 2011 [citado Mar 2018];7,7:151-160. Disponible en https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwj9IPk7OPdAhWrrFkKHarZDfMQFjAAegQICRAC&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F4069201.pdf&usq=AOvVaw0WSb97lcrwuzX-9_Srvzs
8. Flórez CE, Soto VE. Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia. Estudio a profundidad basado en las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud- ENDS-1990/2010. [Internet] 2013 [citado Mar 20 de 2018]

Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INV/5%20%20FACTORES%20PROTECTORES%20Y%20DE%20RIESGO%20DEL%20EMBARAZO%20EN%20COLOMBIA.pdf>

9. Castaño Castrillón, J., Castro, C., García, G., García, M., Morales, L., Rivera, B., Rocha Quiroga, J., Zapata, M. Conocimientos sobre sexualidad y prácticas sexuales en adolescentes de 8 a 11 grado en colegios de la ciudad de Manizales (Caldas, Colombia), 2013. Revista Científica Salud Aníñarte, Norteamérica.
10. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Nacimientos por área de ocurrencia y sexo, según grupos de edad de la madre, total nacional. Año 2018 Preliminar - Segundo trimestre. [Internet] [citado Sept 28 de 2018] Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos/nacimientos-2018>
11. Lara AS, Ado CHN. Age at time of initial sexual intercourse and health of adolescent girls. [Internet] 2016. [citado Ene 15 de 2018]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1083318815004179>
12. Salan RA, et al. Improving Adolescent Sexual and Reproductive Health: A Systematic Review of Potential Interventions. Journal of Adolescent Health [Internet] 2017;59 [citado Ene 20 de 2018] Disponible en [https://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(16\)30168-9/abstract](https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(16)30168-9/abstract)
13. Franco Hidalgo JP. Conocimientos y actitudes sexuales en los adolescentes del distrito de Querecotillo, sector II, Sullana. In Crescendo Ciencias de la salud. [Internet] 2012; 2, 2, p. 458-474 [citado Ene 20 de 2018] Disponible en: <https://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/969>.
14. Granda, PR. Conocimientos sobre educación sexual y características Sociodemográficas de madres adolescentes de una Zona Rural de Lambayeque. Universidad Ricardo Palma [Internet] 2013. [citado Ene 25 de 2018]. Disponible en: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/360>.
15. Herrera ZF et al. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre anticoncepción en estudiantes de la facultad de Educación de la Universidad Nacional Faustino Sánchez Carrión – 2015. Repositorio de Revistas de la Universidad Privada de Pucallpa, [Internet] 2017, 1; 2. [citado Enero 25 de 2018] Disponible en: <http://www.uppvirtual.org/revistas/index.php/RICCVVA/article/view/21>
16. Castaño, J., Castro, C., García, G., García, M., Morales, L., Rivera, B., Rocha Quiroga, J., Zapata, M. Conocimientos sobre sexualidad y prácticas sexuales en adolescentes de 8 a 11 grado en colegios de la ciudad de Manizales (Caldas,

- Colombia), 2013. Revista Científica Salud Aníarte, Norteamérica. [Internet] 2014 [citado Ene 25 de 2018]; 30(3):392-404 Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/5768/7020>.
17. Castillo C. y González S. Creencias y prácticas de la sexualidad en adolescentes embarazadas en Cartagena, Colombia - 2014. Investig. desarro. [Internet]. 2015 [citado Ene 26 de 2018]; 23(2): 312-337. Disponible en: <https://bit.ly/2NcE9Cf>
 18. Hernández JD, Velásquez RN y Pinzón CM. Conocimiento, actitud y práctica en anticoncepción en adolescentes escolarizados en la comuna 1 de Villavicencio Rev. CSV [Internet] 2017 [consultado 2018 Ene 26]; 9 (1): 4-12. Disponible en <https://bit.ly/2P26Hjh>
 19. Hoch child, F., Rucks, S., Herrera, F. Moreno, L. Objetivos del desarrollo del milenio. Programa de las naciones unidas para el desarrollo. Avance y retos para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio en Colombia 2014. [Internet] 2014 [consultado 2018 Mar 20]
 20. Menéndez Guerrero, GE., Navas Cabrera, I., Hidalgo Rodríguez, Y, & Espert Castellanos, J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. [Internet] 2012 [citado 20 Mar de 2018]; 38(3):333-342. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2012000300006&lng=es&tlng=es.
 21. Medhi. R., Das., B. Das, A., Ahmed., Bawri, S., Rai, S. Adverse obstetrical and perinatal outcome in adolescent mothers associated with first birth: a hospital-based case-control study in a tertiary care hospital in North-East India. Adolescent Health, Medicine and Therapeutics. Department of Obstetrics and Gynaecology, Silchar Medical College and Hospital, Silchar, Assam, India. [Internet] 2016 [citado Abr 10 de 2018]
 22. Mendoza, LA, Benítez C, & Peñaranda, CB. Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. Revista chilena de obstetricia y ginecología [Internet] 2016 [citado Sept 13 de 2018]; 81(3), 243-253. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000300012>
 23. Chandra-Mouli V, Camacho A.V., Michaud P.A. WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. J Adolesc Health [Internet] 2013 [consultado 2018 Sept 13]; 52:517-22.
 24. Tripp J, Viner R. ABC of adolescence sexual health, contraception, and teenage pregnancy. BMJ [Internet] 2005 [consultado 2018 Sept 13]; 330:590-3.

25. Patra, S. La maternidad en la infancia: genera riesgos para la salud reproductiva entre las adolescentes casadas en la India. *Reproductive Health*. [Internet] 2016 [consultado 2018 Mar 20] DOI 10.1186/s12978-016-0171-7
26. Yasmin, G., Kumar, A. Parihar, B. Teenage Pregnancy - Its Impact on Maternal and Fetal Outcome. *International Journal of Scientific Study* [Internet] 2014 [consultado 2018 abril 10];1,6.
27. Caraballo, L. Estado nutricional y complicaciones inmediatas en neonatos de madres adolescentes. *Archivos venezolanos de puericultura y pediatría* [Internet] 2008 [consultado 2018 abril 10];71(2): 34 - 41.
28. Ruiz, A. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. [Internet] 2012 [consultado 2018 abril 13];38(3)333-342
29. Minassian, Borgoño y Bustamante. Embarazo adolescente. *Revista Pediatría Electrónica*. Chile. [Internet] 2008 [consultado 2018 abril 13];5(1). ISSN 0718-0918.
30. Colomer, R. Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. Prevención del embarazo en la adolescencia. *Pediatría Atención Primaria* [Internet] 2013 [consultado 2018 abril 13];15(59):261-269 Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria Madrid, España
31. Mora-Cancino, AM, Hernández-Valencia, M. Embarazo en la adolescencia. ¿Qué representa para la sociedad actual? *Revista de Ginecología Obstétrica de México* [Internet] 2015 [consultado 2018 Sept 13]; 83;294-301.
32. Santelli JS, Lindberg LD, Finer LB, Singh S. Explaining recent declines in adolescent pregnancy in the United States: The contribution of abstinence and improved contraceptive use. *Am J Public Health* [Internet] 2007 [consultado 2018 Sept 28]; 97:150-6.

ANEXOS

Anexo A Aprobación del Comité de Ética



MEMORANDO No.033

2-1-04

Neiva, 30 de agosto de 2018

PARA: YINA PAOLA OROZCO
YENNI ROCÍO PARDO
ANDREA GUERRERO MUÑOZ
Investigadoras Principales

DE: COMITÉ DE ÉTICA
MARTHA ROCÍO VEGA VEGA, Coordinadora

ASUNTO: Viabilidad ética proyecto

Cordial saludo.

El Comité de Ética, mediante sesión del 17 de agosto del año en curso y según consta en Acta No.007, de la misma fecha, consideró viable desde el punto de vista ético el proyecto "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES GESTANTES DE LA E.S.E CARMEN EMILIA OSPINA DE LA CIUDAD DE NEIVA – 2018"

Atentamente,

MARTHA ROCÍO VEGA VEGA
Coordinadora Comité de Ética.

Sede Central - AV. Pastrana Borrero Cra. 1a.
PBX: (57) (8) 875 4753 FAX: (8) 875 8890 - (8) 875 9124
Edificio Administrativo - Cra. 5 No. 23-40
PBX: (57) (8) 8753686 - Línea Gratuita Nacional: 018000 968722
Vigilada Mineducación
www.usco.edu.co
Neiva, Huila

Gestión, Participación y Resultados

Anexo B Cronograma de Actividades

Actividades	Lugar	Fecha
Planteamiento del problema	U Surcolombiana Neiva	Abril 2018
Búsqueda de información en bases de datos	U Surcolombiana Neiva	Abril - mayo 2018
Diseño del instrumento aplicar (encuesta)	U Surcolombiana Neiva	Abril-mayo 2018
Recolección de la información y aplicación instrumento	E.S.E Carmen Emilia Ospina sede Canaima	Mayo 2018
Sistematización de datos	U Surcolombiana Neiva	Junio del 2018
Análisis de los resultados	U Surcolombiana Neiva	Junio-Julio del 2018
Presentación de informe de investigación y los resultados	U Surcolombiana Neiva	Agosto del 2018

Anexo C Presupuesto

Ítem	Costo unitario	#	Total
Transporte hacia la E.S.E. Carmen Emilia Ospina para aplicación de instrumento y desarrollo de la investigación.	\$2000	40	\$80.000
Papelería y fotocopias para aplicación del instrumento	\$70	925	\$64.750
Total			\$144.750

Anexo D Consentimiento Informado

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES GESTANTES DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARMEN EMILIA OSPINA DE LA CIUDAD DE

Investigadoras: Andrea Guerrero y Yina Paola Orozco
Universidad Surcolombiana, Especialización en Epidemiología

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes. La presente investigación es conducida por un grupo de profesionales de la salud, adscritos a la Universidad Surcolombiana. La meta de este estudio es conocer los conocimientos, actitudes y prácticas de las adolescentes en estado de gestación en relación con el uso de los métodos anticonceptivos.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas de una encuesta la cual está redactada en lenguaje claro, sencillo y neutral. Esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo. Para el desarrollo de la presente investigación no se realizarán grabaciones de audio ni video por lo cual no será necesario realizar transcripciones o interpretaciones de ningún tipo. También resaltar que durante la aplicación de la encuesta no se realizarán tomas de fotografías de ningún tipo, en especial de aquellas que permitan la identificación de las participantes, esto en atención a lo dispuesto en la normatividad nacional vigente en relación a la protección de la identidad de los menores de edad en Colombia.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación y comprensión. A continuación, la invitamos a que, si está de acuerdo, firme la siguiente declaratoria de consentimiento informado.

Yo _____ identificada con documento de identidad _____ manifiesto que he sido informada de los alcances de la investigación, de la confidencialidad y seguridad de la información y

por consiguiente acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por _____, la cual busca caracterizar los conocimientos, actitudes y prácticas de las adolescentes en estado de gestación en relación con el uso de los métodos anticonceptivos.

Manifiesto que me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 10 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a _____ al teléfono _____.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a _____ al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante _____ Firma del Participante _____

Fecha _____

Anexo E Encuesta

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS EN ADOLESCENTES
EMBARAZADAS DE 15 A 19 AÑOS EN UNA E.S.E. DE NEIVA, HUILA 2018**

Respetada usuaria, a continuación, encontrará una serie de preguntas sobre sus conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con el uso de anticonceptivos, las cuales le solicitamos responda con sinceridad de acuerdo con su propia experiencia. Esta encuesta se aplica con el objetivo de realizar una caracterización de mujeres entre los 15 y 19 años en estado de gestación.

La información que usted proporcione será totalmente confidencial y solamente será utilizada en el marco de una investigación para la Maestría de Epidemiología Clínica de la Universidad Surcolombiana. Gracias por su colaboración.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Por favor complete la información solicitada o marque con una equis (X) la respuesta que corresponda con su situación actual:

Fecha de Nacimiento	Día _____ Mes _____ Año _____
Genero	Femenino
Ultimo año Cursado	
Ocupación	Ama de Casa _____ Estudiante _____ Trabajadora _____
Estrato socioeconómico	1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____
Ciudad de Procedencia	
Zona	Urbano _____ Rural _____
Régimen de Salud	Contributivo: _____ Subsidiado: _____
Estado Civil	Soltera: _____ Casada: _____ Unión Libre: _____ Viuda: _____ Divorciada: _____
Religión	Católica _____ Evangélica Testigo de Jehová _____ mormón Ninguna _____
Actualmente con quién vive	Sola _____ Padre y Madre _____ Solo Padre _____ Solo Madre _____ Con su pareja _____ Otro _____, ¿Cuál?
¿De quién depende económicamente usted?	Padre _____ Madre _____ Hermano _____ Padrastro _____ Madrastra _____ Tíos _____ Abuelos _____ Pareja _____ Ninguno _____

Edad de inicio de las relaciones sexuales _____ años
Números de Embarazos
Número de Abortos

CONOCIMIENTOS

A continuación, encontrará una serie de preguntas de opción múltiple con única respuesta, por favor marque con una equis (X) la que considere correcta:

- | | |
|--|--|
| 1. Los métodos anticonceptivos sirven para: | Impiden el embarazo
Previene el Cáncer de cuello uterino
Son vitaminas
No sabe |
| 2. Los métodos anticonceptivos de barrera que usted conoce son: | Vasectomía
Condón
Píldoras
No sabe |
| 3. ¿En qué momento se debe utilizar los métodos orales e inyectables? | Antes de las relaciones sexuales
Después de las relaciones sexuales
Durante las Relaciones sexuales
No sabe |
| 4. ¿Cuántas veces se puede utilizar el mismo condón? | Dos veces
Una sola vez
Todas las veces hasta que se deteriore
No sabe |
| 5. ¿Qué métodos anticonceptivos naturales usted conoce? | Diagrama o la T
Método el ritmo
Pastillas
Ninguno de los anteriores
No sabe |
| 6. ¿Cuál es el único método anticonceptivo que protege de las infecciones de transmisión sexual? | Pastillas Orales
Inyecciones
Condón
Implante Su dérmico (PILA)
No sabe |
| 7. Los métodos anticonceptivos pueden ser usados por | Solo hombre
La pareja
Solo la mujer
Ninguna de las anteriores
No sabe |
| 8. ¿Ha recibido alguna vez información sobre los métodos anticonceptivos? | Sí_____No_____
En caso de ser afirmativo ¿por quién?
Padre
Madre |

Amigo (a)
Farmaceuta
Profesional de la salud
Otro, Cual _____

9. El método anticonceptivo inyectable se debe aplicar:
En cualquier fecha
En la misma fecha en que se aplicó la primera la dosis
Cada vez que le llegue le periodo menstrual
No sabe
10. El método anticonceptivo de emergencia se utiliza:
Todos los días
Cada vez que tiene relaciones sexuales sin protección
Cada vez que le llega el periodo
No sabe
11. ¿Cuánto tiempo después de una relación sexual sin protección debe tomarse las píldoras de emergencia?
Inmediatamente después de la relación sexual
Dentro de las 120 horas
Dentro de una semana
NO sabe
12. El alka seltzer, cerveza, el zumo de limón sirven para:
Evitar el guayabo
Prevenir un embarazo
Prevenir el SIDA
Ninguna de las anteriores
No sabe
13. En caso de que olvide tomar la píldora anticonceptiva, ¿qué se debe hacer?
Tomarla en el momento que lo recuerde
Tomarla al día siguiente
No se la debe tomar
Se proteger con condón
No sabe
14. Los métodos anticonceptivos hormonales orales se deben tomar
Día de por medio
Cada vez que lo recuerde
Todos los días
Una vez al mes
No sabe
15. El método del ritmo consiste en:
Tener relaciones sexuales en días fértiles
No tener relaciones sexuales en días fértiles
Tener relaciones todos los días
No sabe

- | | |
|--|--|
| 16. Cuando se inician las relaciones sexuales por primera vez: | No debe utilizar métodos anticonceptivos
Debe contarle a los Papas
Debe utilizar métodos anticonceptivos
Ninguna de las anteriores
No sabe |
|--|--|

ACTITUDES

A continuación, encontrará una serie de afirmaciones con tres opciones de respuesta, por favor lea atentamente y marque con una equis (X) la respuesta que corresponda con su forma de pensar:

- | | |
|--|--|
| 1. Con una sola relación sexual puedo quedar embarazada | Estoy de acuerdo
No estoy de acuerdo
No sabe |
| 2. El método anticonceptivo de emergencia se debe tomar antes de la relación sexual | Estoy de acuerdo
No estoy de acuerdo
No sabe |
| 3. Durante la menstruación la mujer no puedo quedar embarazada | Estoy de acuerdo
No estoy de acuerdo
No sabe |
| 4. La píldora anticonceptiva te hace infértil | Estoy de acuerdo
No estoy de acuerdo
No sabe |
| 5. Si orina después de la relación sexual no puede quedar en embarazo | Estoy de acuerdo
No estoy de acuerdo
No sabe |
| 6. La consejería y orientación sobre los métodos anticonceptivos es muy importante | Estoy de acuerdo
No estoy de acuerdo
No sabe |
| 7. El condón y las píldoras son métodos adecuados para evitar el embarazo en mujeres menores de 20 años. | Estoy de acuerdo
No estoy de acuerdo
No sabe |
| 8. Al usar el condón se disfruta menos de la relación sexual. | Estoy de acuerdo
No estoy de acuerdo
No sabe |
| 9. El uso del condón es una protección contra el SIDA | Estoy de acuerdo
No estoy de acuerdo
No sabe |
| 10. En la situación actual, las mujeres adolescentes deberían evitar quedarse embarazadas debido a riesgos y complicaciones. | Estoy de acuerdo
No estoy de acuerdo
No sabe |

PRÁCTICAS

A continuación, encontrará una serie de preguntas de opción múltiple con única respuesta, por favor marque con una equis (X) la respuesta que refleja su propia experiencia.

1. Si ha utilizado usted y/o su pareja previa al embarazo anticonceptivos ¿dónde los consiguió?
 - a. En un centro de salud/hospital
 - b. En la consulta de un médico privado / en un establecimiento de salud privado.
 - c. En una farmacia
 - d. Por Internet
 - e. Me los dio un amigo / vecino / pariente
 - f. No utilizo métodos anticonceptivos (pase pregunta 3)
 - g. Otros

2. Cuando quiso obtener asesoría para utilizar un método anticonceptivo por primera vez ¿quién le brindó información?
 - a. médico /enfermera de un centro de salud/hospital
 - b. padres
 - c. amigo
 - d. En una farmacia
 - e. internet
 - d. otro

3. Si ha contestado “a” (en la pregunta 2), ¿la orientación o indicaciones de uso del método anticonceptivo fue clara y fácil de entender por parte del médico / enfermera
 - a. Si
 - b. No
 - c. No me dio indicaciones
 - d. otro

4. cuando reclamaba su método anticonceptivo en el centro de salud, clínica u hospital se lo entregaban inmediatamente
 - a. Siempre
 - b. A veces
 - c. No sabe

5. En caso de que el centro de salud, clínica u hospital no le entregara su método anticonceptivo ¿qué hacía para obtener el método?
 - a. Lo compraba
 - b. Dejaba de usar el método anticonceptivo
 - c. iniciaba a planificar con otro método anticonceptivo
 - d. Esperaba que el centro de salud, clínica u hospital se lo diera
 - e. otra

6. Desde que inició las relaciones sexuales por primera vez, ¿había adoptado usted y/o su pareja alguna
 - a. SI
 - b. No
 - c. No sabe

medida para prevenir un embarazo no deseado?

7. Si ha contestado "sí" (en la pregunta 6), ¿qué medida habían adoptado usted y/o su pareja para prevenir un embarazo no deseado?

- a. Usar preservativo en todas las relaciones sexuales
- b. Usar preservativos femeninos
- c. Tomar anticonceptivos orales
- d. Usar anticonceptivos inyectables
- e. Usar métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada (DIU)
- f. Usar métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada (implantes)
- g. Usar anticonceptivos de emergencia
- h. Optar por la abstinencia sexual
- i. Otros