



**NIVEL DE CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LOS
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LOS ADOLESCENTES DE 9, 10 Y 11° EN
DOS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL DEPARTAMENTO BOLÍVAR.**

Investigadores:

LIZAIDA VALENTINA MÁRQUEZ CASTRO

SUGEYDYS PAOLA MARTÍNEZ MARTÍNEZ

ANA EMMA PINEDA NAVARRO

Trabajo de investigación para optar al título de Enfermero

Escuela de Enfermería

Cartagena D. T y C.

2021

**NIVEL DE CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LOS
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LOS ADOLESCENTES DE 9, 10 Y 11° EN
DOS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL DEPARTAMENTO BOLÍVAR**

Investigadores:

LIZAIDA VALENTINA MÁRQUEZ CASTRO.

SUGEYDYS PAOLA MARTÍNEZ MARTÍNEZ.

ANA EMMA PINEDA NAVARRO.

Trabajo de investigación para optar al título de Enfermero

Asesor

LINDSAY PEINADO VALENCIA

Universidad del Sinu Elías Bechara Zainum – Seccional Cartagena

Escuela de Enfermería

Cartagena D. T y C.

2021

Nota de aceptación

Firma de presidente de Jurado

Firma de Jurado

Firma de Jurado

Agradecimientos y/o dedicatoria:

A Dios por brindarnos la sabiduría, porque a lo largo del camino comprendimos que cada paso es importante darlo, pero seguras y con la confianza puesta en El.

A cada una de nuestras familias por impulsar este sueño, por cada día motivarnos a continuar y trabajar fuertemente en él, gracias por confiar en nosotros que, si podíamos con este proyecto de grado y más, este camino sin ustedes no hubiera sido lo mismo, sacamos lo mejor de nosotros por ustedes

A la Universidad por su esmero en forjar excelentes profesionales, y a nuestros docentes que nos acompañaron durante este proceso, por su dedicación en hacer de este trabajo de grado un buen producto.

A los estudiantes y directivas de ambas instituciones, por abrirnos las puertas y recibir con tanto cariño a nuestro proyecto, sin ustedes este proyecto hoy no fuese posible.

Y especialmente a nosotras como equipo, esta idea que hoy es realidad es gracias al esfuerzo de tanta dedicación y amor, por medio de este presente descubrimos el amor por la investigación y esperamos avanzar, y ser las mejores en este campo.

TABLA DE CONTENIDO

| | | |
|----------|--|----|
| 1 | INTRODUCCIÓN..... | 11 |
| 2 | PROBLEMA..... | 13 |
| 2.1 | PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 13 |
| 2.2 | FORMULACIÓN DE PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN | 16 |
| 3 | OBJETIVOS..... | 17 |
| 3.1 | OBJETIVO GENERAL..... | 17 |
| 3.2 | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 17 |
| 4 | JUSTIFICACIÓN..... | 18 |
| 5 | REVISIÓN LITERARIA | 21 |
| 5.1 | ESTADO DEL ARTE / ANTECEDENTES | 21 |
| 5.2 | MARCO CONCEPTUAL..... | 24 |
| 5.2.1 | CONCEPTOS RELEVANTES | 24 |
| 5.3 | MARCO TEÓRICO..... | 26 |
| 5.3.1 | CONTEXTO DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS | 26 |
| 5.3.1.1 | INSTITUCION EDUCATIVA BENJAMIN HERRERA DE ARJONA BOLIVAR..... | 26 |
| 5.3.1.2 | INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÉCNICA AGROPECUARIA SAN JOSÉ DE CLEMENCIA..... | 28 |
| 5.4 | GENERALIDADES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES Y MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS | 30 |
| 5.4.2.1. | Especificaciones de la clasificación de los métodos anticonceptivos: | 35 |
| 6 | HIPÓTESIS..... | 41 |
| 6.1 | HIPOTESIS ALTERNA..... | 41 |
| 6.2 | HIPÓTESIS NULA..... | 41 |
| 7 | METODOLOGÍA..... | 42 |
| 7.1 | NATURALEZA DEL ESTUDIO | 42 |
| 7.2 | TIPO DE DISEÑO | 42 |
| 7.3 | POBLACIÓN..... | 43 |
| 7.3.1 | POBLACIÓN MARCO O REFERENCIA | 43 |
| 7.3.2 | CRITERIOS DE INCLUSIÓN | 43 |

| | |
|---|----|
| 7.3.1.1 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN | 43 |
| 7.3.2 MUESTRA Y MUESTREO | 44 |
| 7.3.2.1 CÁLCULO DE LA MUESTRA..... | 44 |
| 7.4 TECNICAS DE RECOLECCION DE LA INFORMACION | 47 |
| 7.4.1 FUENTES..... | 47 |
| 7.4.2 FASES DEL ESTUDIO..... | 48 |
| 7.5 TECNICAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO | 48 |
| 7.5.1 TABULACIÓN DE DATOS | 48 |
| 7.5.2 ANÁLISIS ESTADÍSTICO | 48 |
| 7.6 CONSIDERACIONES ETICAS..... | 49 |
| 8 RESULTADOS | 51 |
| 8.1 VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS | 51 |
| 9 DISCUSIÓN..... | 68 |
| 10 CONCLUSIONES..... | 74 |
| 10.1 RELACION ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO, PRACTICAS Y ACTITUDES..... | 75 |
| 11 RECOMENDACIONES..... | 76 |
| 12 BIBLIOGRAFÍA..... | 77 |
| 13 ANEXOS..... | 85 |

Lista de tablas

| | |
|---|----|
| Tabla 1. Distribución en el número de nacimientos, según edad de la madre..... | 31 |
| Tabla 2. Número de defunciones fetales según grupos de edad de la madre. Total, nacional II trimestre (2021pr-2020pr) | 32 |
| Tabla 3. Indicadores relacionados al embarazo en adolescentes en Arjona y Bolívar durante 2018 y 2019. Tomado de secretaria de Salud de Arjona..... | 33 |
| Tabla 4. Cantidad de estudiantes por grado estudiantil y totalidad del Colegio Benjamín Herrera de Arjona, Bolívar..... | 45 |
| Tabla 5. Cantidad de estudiantes por grado estudiantil y totalidad de la Institución Educativa San José de Clemencia, Bolívar..... | 46 |
| Tabla 6. Características sociodemográficas de participantes..... | 50 |
| Tabla 7. Respuestas afirmativas en cada Institución educativa..... | 53 |

Lista de Gráficas.

| | |
|---|----|
| Grafica 1 Distribución por edad y sexo en ambas IE..... | 53 |
| Gráfica 2 Distribución de religiones declaradas..... | 54 |
| Gráfica 3 Distribución de conocimiento sobre métodos anticonceptivos por edades e instituciones educativas..... | 56 |
| Gráfica 4 Distribución de medios de exposición previa a educación sobre anticonceptivos..... | 57 |
| Gráfica 5 Distribución de anticonceptivo considerado más efectivo..... | 58 |
| Grafica 6 Concepción del uso de anticonceptivos por adolescentes..... | 59 |
| Grafica 7 Ausencia de temor, problema, miedo y pena al solicitar métodos anticonceptivos..... | 60 |
| Grafica 8 Decisión del uso de métodos anticonceptivo..... | 61 |
| Grafica 9 Inicio de vida sexual de encuestados..... | 62 |
| Grafica 10 Edad ideal para inicio de vida sexual..... | 63 |
| Grafica 11. Distribución de prácticas de anticonceptivos según inicio de vida sexual..... | 64 |

Lista de anexos

1. Encuesta aplicada a población conocimiento, actitudes y practicas sobre métodos anticonceptivos.
2. Carta comité de ética de la universidad del sinu Elías Bechara Zainum seccional Cartagena
3. Aval de las 2 instituciones educativas.
4. Evidencias fotográficas de explicación del consentimiento informado.
5. Evidencias fotográficas aplicación instrumento IE Benjamín Herrera de Arjona.
6. Evidencias fotográficas aplicación instrumento IE Técnica Agropecuaria San José de Clemencia.

Resumen

El embarazo adolescente es uno de los problemas de salud pública más importantes a nivel mundial. Un embarazo adolescente impacta por mecanismos directos e indirectos a los índices de desarrollo de una población. El adecuado conocimiento, practica y actitud frente a los métodos anticonceptivos son los principales determinantes en la incidencia de embarazos en la adolescencia. Los anticonceptivos se clasifican en diversas formas, y tienen diferentes indicaciones y contraindicaciones según el individuo que haga uso de estos. Nuestro estudio se llevó a cabo con los estudiantes de 9, 10 y 11 grado de dos instituciones educativas de Bolívar, y concluyo que la mayoría de los estudiantes sabe de la existencia de métodos anticonceptivos, sin embargo, la forma en que practican su aplicación es deficiente. Además, se concluyó que las actitudes frente a los anticonceptivos son favorables, puesto que la mayoría se considera potencial usuario de alguno de los métodos anticonceptivos. Uno de los hallazgos más importante de nuestra investigación radica en la disposición a recibir jornadas de pedagogía sobre métodos anticonceptivos, lo cual supone una potencial intervención en la población en cuestión, sumado a otras poblaciones con características similares.

Palabras clave: Métodos anticonceptivos, embarazo adolescente, actitud, practica, conocimiento

1 INTRODUCCIÓN

El término método anticonceptivo hace referencia al grupo de procedimientos que tienen como común objetivo evitar la concepción ante conductas que en su curso natural conllevan al inicio de una gestación (1). Los métodos anticonceptivos dentro del marco de planificación familiar denotan que la prevención de una concepción le confiere control al individuo sobre la forma en que controla su natalidad sin la obligación de privarse del placer propio de las relaciones sexuales (2). Es necesario anotar que los métodos anticonceptivos son un amplio y heterogéneo grupo de procedimientos cuya aplicación no se limita a la anticoncepción propiamente debido a que existen usos terapéuticos e incluso preventivos ante condiciones patológicas determinadas (3). A medida que el volumen de literatura científica se expande rápidamente, se ha vuelto cada vez más difícil para el personal de salud mantenerse al día con la búsqueda, y llenarse de la nueva evidencia para poner en práctica. Si bien existen desafíos para determinar exactamente qué tan bien funcionará un método anticonceptivo para una mujer determinada, la efectividad de cada método anticonceptivo es una parte importante de la educación sobre cada método. En general, la población debe recibir información personalizada y precisa para guiar en la identificación del método anticonceptivo que mejor se adapte a su estilo de vida, preferencias y objetivos (4). Lamentablemente, las encuestas muestran que muchas mujeres reciben información inexacta, desactualizada o sesgada durante el asesoramiento anticonceptivo (5). La mayoría de desinformación se centra en grupos de edades tempranas, incluyendo la adolescencia, por lo que resulta de máxima importancia la educación sobre métodos anticonceptivos a esta población. De esta forma también se previenen los embarazos en la adolescencia, que son relativamente no deseados. El embarazo en la adolescencia es un problema de salud mundial que afecta negativamente los resultados del parto y puede conducir a ciclos intergeneracionales de pobreza y mala salud. En todos los entornos, es más probable que los embarazos de adolescentes se produzcan en comunidades afectadas por desventajas sociales y económicas (6). Las implicaciones sociales y de salud de los embarazos de adolescentes incluyen una mayor exposición a la

violencia doméstica (que puede verse agravada por el embarazo), trastornos de salud mental, uso de sustancias, infecciones de transmisión sexual (ITS), estrés financiero y falta de vivienda. Es importante destacar que la educación y la formación de una persona pueden verse interrumpidas por el embarazo en la adolescencia, con una oportunidad variable de reanudación. Si bien las madres adolescentes a menudo se sienten motivadas a hacer lo mejor por sus bebés y a continuar desarrollándose como padres y en la vida adulta, también pueden ser particularmente susceptibles a violaciones de sus derechos a la atención médica y la educación.

2 PROBLEMA

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Un problema de salud pública es una alteración de la salud que afecta a una gran proporción de una población específica, y se contrapone a los objetivos de desarrollo social planteados por esta. A nivel mundial, cada año hay 74 millones de mujeres de países de ingresos bajos y medianos con embarazos no planificados que son causa de 25 millones de abortos peligrosos y 47 000 muertes maternas al año (7). Los embarazos en la adolescencia son un problema de salud pública puesto que existe asociación con múltiples consecuencias negativas para padres adolescentes, sus hijos, familiar y comunidades enteras, es por ello que el embarazo en la adolescencia a menudo pone en riesgo la salud tanto de la madre como del niño.

Seguidamente la OMS observa que, en todo el mundo, "el embarazo en la adolescencia sigue siendo un factor importante que contribuye a la mortalidad materna e infantil y al ciclo de mala salud y pobreza". Sin mencionar además el grado morbilidad que representa la conducción de un embarazo en estos rangos de edad tales como bajo peso al nacer, mayor riesgo de mortalidad infantil, mayor riesgo de admisión al servicio de urgencias en la infancia temprana, menor apoyo familiar, desarrollo cognitivo más pobre, y mayor riesgo de reincidir con embarazo en adolescencia para las hijas (8). Los efectos descritos aún continúan siendo investigados, pues posiblemente el embarazo en la adolescencia tenga un impacto aún más funesto en la sociedad (9,10). Incluso, los embarazos en la adolescencia tienen efecto acumulativo, puesto que tan solo tener un embarazo produce una gama de alteraciones sociales, este también aumenta el riesgo de un nuevo embarazo no deseado, lo cual acentúa mucho más sus efectos en la calidad de vida del individuo y quienes le rodean (11). Las causas de este problema son multifactoriales y tienen estrecha relación con el mal uso de métodos anticonceptivos. El uso de métodos anticonceptivos también tiene connotaciones de

salud sexual debido a que las enfermedades de transmisión sexual (que también son un problema importante de salud pública a nivel mundial) son producto de su mala utilización. Inglaterra como referente en el tema de educación sexual han creado un programa gubernamental donde priorizaban la prevención del embarazo adolescente en un marco de 10 años, con objetivos definidos para reducir a la mitad la tasa de embarazos adolescentes, las conclusiones derivadas de estos programas apuntan a que el problema de los embarazos en la adolescencia no se resuelve en al menos más de 5 años, por lo que una profunda intervención debe contar con seguimiento de una década al menos para lograr evidenciar los efectos de la estrategia.

Por otra parte a nivel de Colombia y la mayoría de países latinoamericanos es que en contexto de un país en vía de desarrollo la situación es más profusa, puesto que está demostrado que el bajo nivel socioeconómico aumenta el riesgo de embarazos en la adolescencia por mecanismos estrechamente relacionados al mal uso de métodos anticonceptivos (12). En Colombia 19.5%, es decir que una de cada cinco adolescentes entre los 15 y los 19 años es madre o está embarazada, conllevando que sea un problema de salud pública. Las cifras de embarazo adolescente en Colombia son alarmantes, pues según el ICBF, desde el año 2008 hasta el 2013 han nacido cada año, en promedio, 159.656 niños de madres entre 10 y 19 años. Según el Observatorio del Bienestar de la Niñez del ICBF también advirtió que “de este total, alrededor del 4% eran madres entre 10 y 14 años (13). Para los datos parciales de 2021 reportados por el DANE aún se mantienen cifras similares con constantes tendencias de aumento, lo que indica que este flagelo aumenta de intensidad progresivamente (Tabla 1)(14). Se agrega que casi el 15% de muertes fetales se dan en madres adolescentes según el DANE, siendo uno de los únicos grupos que mostro aumento de este componente mayor al 10% en los últimos años (Tabla 2). A nivel de Bolívar, las tasas específicas de fecundidad en niñas de 10 y 14 años se sitúan en los niveles más altos para el 2020 situando a Bolívar en el noveno lugar a nivel nacional. Respecto a edades de 15 a 19 años se exacerba al

quinto lugar en los últimos 5 años (14). Más de la mitad de estos embarazos se dan en mujeres cuyo nivel académico es Básica secundaria, media académica, y media técnica. Datos del banco mundial aseguran que en Colombia la tasa de fertilidad (nacimientos por cada mujer) ha disminuido de 6,7 a 1,7 desde 1960 hasta 2019, respectivamente; así como la tasa de natalidad (nacidos vivos por cada 1000 personas año) ha mostrado un decremento de 46 a 14 en el mismo periodo. La tasa de mortalidad infantil (muertes de niños por cada 1000 nacidos vivos año) disminuyó de 102 a 13. El uso de anticonceptivos aumentó entre las mujeres de 15 a 49 años del 20% al 81% desde 1969 hasta 2016 (15). A simple vista estos datos permiten suponer que las estrategias actuales para combatir estos problemas de salud pública parecen funcionar, sin embargo, analizando el comportamiento a través de los años de estos indicadores de desarrollo, alrededor del 70% de progresión se obtuvo hasta hace 30 años, suponiendo de esta forma que el otro 30% restante se obtuvo en los últimos 30 años, y que en comparación a los países desarrollados aun Colombia permanece con razones suficientes para confinarle a país de tercer mundo o subdesarrollado.

Así mismo a nivel de Cartagena, el comportamiento de los embarazos adolescentes no ha variado de manera significativa en la última década, manteniéndose en una proporción considerablemente alta. En 2007 estos embarazos representaron el 21% del total de partos en la ciudad y para 2017, cuando se alcanzó el punto mínimo, esta tasa se encontraba en el 19,2%, una disminución de menos de dos puntos porcentuales en 10 años que demuestra que Cartagena no ha realizado acciones efectivas para reducir el número de jóvenes que salen embarazadas a temprana edad (16). A nivel de Arjona, la mayoría de indicadores del embarazo en adolescentes mostraron una tendencia de aumento en últimos años por datos suministrados por la secretaria de salud de Arjona (Tabla 3). A nivel de Clemencia, se observa un comportamiento similar a Arjona, sin embargo, no se disponen de datos completos para realizar una comparación objetiva. Esto se puede explicar debido al común denominador con Arjona y otros municipios de Bolívar, es un

resultado esperado que en otras poblaciones de Bolívar se encuentren tendencias similares.

Por lo anterior procedemos a realizar el siguiente interrogante a investigar:

2.2 FORMULACIÓN DE PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el nivel de conocimiento, grado de prácticas y favorabilidad de actitudes sobre los métodos anticonceptivos en los estudiantes de grado 9, 10 y 11 en Instituciones educativas del departamento de Bolívar?

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Describir los conocimientos, actitudes y prácticas sobre los métodos anticonceptivos en los estudiantes de grados 9, 10, 11 de dos instituciones educativas del departamento de Bolívar durante 2021.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar los datos sociodemográficos de la población estudiantil como edad, sexo, estrato socioeconómico, estado civil, religión, etc.
- Identificar el nivel de conocimiento de los estudiantes sobre los métodos anticonceptivos.
- Explicar las actitudes de los estudiantes a cerca de los métodos anticonceptivos.
- Describir las prácticas de los estudiantes sobre los métodos anticonceptivos.

4 JUSTIFICACIÓN

Los embarazos no planificados siguen siendo un importante problema de salud pública, a diferentes escalas y localizaciones. Poblaciones en riesgo de alto índice de embarazos no planificados son aquellas en contextos rurales, de bajo nivel socioeconómico, baja escolaridad, edad menor, entre otras. A este flagelo se le agrega la alta incidencia de enfermedades de transmisión sexual, las cuales también se previenen con el correcto uso de anticonceptivos, pues algunos de estos tienen funciones fuera de la anticoncepción, por ejemplo, los anticonceptivos orales son usados en el tratamiento del acné vulgar, el dispositivo intrauterino es usado en pacientes con hiperplasia endometrial, entre otros beneficios derivados de su uso. Respecto a la transmisión de enfermedades, los métodos de barrera por excelencia evitan el contagio. A nivel mundial como en países de bajos ingresos se han expuesto los factores determinantes del mal uso de anticonceptivos, efectos que servirán como indicadores de desarrollo en todas las esferas. Sin embargo, con datos parciales de 2021 (indicados anteriormente) se asegura que este flagelo está lejos de disminuir en la población de estudio. Por este motivo fueron seleccionados dos instituciones educativas distritales, una en Clemencia y otra en Arjona, ambas del departamento de Bolívar, estas poblaciones tienen en común varios problemas de salud pública, incluido el embarazo adolescente como lo muestran los indicadores posteriormente relacionados.

En Colombia durante las últimas décadas aumento la proporción de embarazos no planeados (17). Según la Sociedad Colombiana de Pediatría, la tasa de embarazo adolescente (mujeres entre 15 y 19 años) es del 19,5%, dicho de otra forma, un quinto de las mujeres a esta edad ya tiene un hijo o embarazo en curso. Tomando edades más tempranas, el Observatorio del Bienestar de la Niñez del ICBF también advirtió que “alrededor del 4% (de embarazos en la adolescencia) eran madres entre 10 y 14 años de edad” (18). Por su parte el Ministerio de Salud y Protección Social agrega el efecto de estrategias empleadas y destaca el papel de los métodos anticonceptivos. En Encuesta Nacional de Demografía y Salud del 2015 se

evidencio que la mayoría de los embarazos adolescentes ocurren en niñas sin educación y habitantes de zona rural (19)

La secretaria de salud de Arjona posee el seguimiento de esta problemática y los resultados que exponen permiten concluir que las estrategias que hasta el momento se están empleando para hacer frente al embarazo adolescente no están funcionando. Estos hallazgos también permiten identificar un posible patrón de meseta que en los próximos años puede llevar a un estancamiento o punto de inflexión negativo en materia de salud pública (20). Tomando como referencia la información de la población en estudio, los adolescentes representan gran responsabilidad de estas cifras., motivo por el que el presente estudio tiene como centro de población a la institución educativa de una zona rural del departamento de Bolívar. Asimismo, detallando la población de Arjona, Bolívar, se observa un aumento pronunciado de estos problemas sociales en los últimos años. Si hablamos en relación a nivel mundial, continental, nacional y departamental se identifican poblaciones con mayor incidencia, en las que se espera que una intervención tenga un efecto mucho más efectivo en comparación a poblaciones con menor impacto del flagelo (21).

Se prevé que este estudio poblacional impactará en la sociedad puesto que busca conocer directamente un problema de salud pública, lo cual posteriormente será la base para una intervención pedagógica extrapolable a todas las regiones de Bolívar, incluida Cartagena y, específicamente, a estudiantes de las instituciones educativas objeto de estudio, ya que en base a la investigación realizada servirá para futuras intervenciones. El embarazo adolescente o el embarazo no planificados es una causa demostrada de deserción académica, lo cual supone una pérdida de potenciales promotores de la responsabilidad social de la misma en el marco del “sentido de solidaridad con los demás, participar deliberada y conscientemente en acciones que redunden en el bienestar de nuestra sociedad.” (22) Con el mismo sentir, la escuela de enfermería también se encuentra estrechamente comprometida como lo expone en su descripción del espíritu de responsabilidad y altos valores

éticos en el contexto social en que se hallan inmersos. Es vital tener conocimiento de las problemáticas de nuestro medio para poder ser activista y gestor en la sociedad, e impulsarle al desarrollo.

5 REVISIÓN LITERARIA

5.1 ESTADO DEL ARTE / ANTECEDENTES

A lo largo de toda la historia de la humanidad se adoptaron medidas o se realizaron actividades con el fin de impedir embarazos. El origen del control de la natalidad proviene desde nuestros antepasados, aunque en general la fertilidad era algo favorable y ser estéril era considerado una maldición o un castigo, se deseaba controlar, facilitar o impedir la reproducción, dependiendo de ciertas circunstancias socioeconómicas (23). En el primer texto médico del que se tiene noticia, El Papiro de Petri, de 1850 antes de Cristo, Graficaban ya las recetas anticonceptivas. En esta primera parte se evidencia mucho el uso de hierbas, alimentos entre otros objetos para cumplir con el objetivo de evitar embarazos. Dentro de estos se encuentra el uso de excremento de cocodrilo mezclado con una pasta que servía como vehículo, luego de la preparación era insertado en la vagina; era muy común las mezclas de alimentos o elementos esta consistía en irrigación de la vagina con miel y bicarbonato de sodio nativo natural. Por otra parte, si se revisa el libro de Génesis, capítulo 38: "Pero Onán, sabiendo que la prole no sería suya, cuando entraba a la mujer de su hermano se derramaba en la tierra para no dar prole a su hermano..." Es decir, interpretando el anterior pasaje bíblico podemos decir que aquí se evidencia el coito interrumpido como medida para evitar el embarazo. Los textos de Aristóteles evidencian que en algún momento tuvo en cuenta este tema con lo siguiente "Algunos impiden la concepción untando la parte de la matriz en la que cae el semen con aceite de cedro o con un ungüento de plomo o con incienso mezclado con aceite de olivo", refiriéndose a supuestas propiedades espermicidas de los ungüentos. Los sabios de la antigüedad llegaron a la conclusión de que lo que embarazaba a las mujeres, era lo que después de muchos años se le nombraría semen que este líquido transparente acuoso, es el facilitador de la fertilidad. Una vez conocido por todos, el papel que desempeña en la concepción el espermatozoides masculino el método contraceptivo más explicado fue impedir el acceso del semen al útero, expulsándolo, bloqueando su entrada o acabando con su vida, como

indican las «recetas para matar el esperma», empleadas por los egipcios y que Aristóteles describió ya en el siglo IV a. C., en su obra Historia de los animales (23). En ella relata que hay quienes evitan la concepción untando la zona del útero a la que llega el esperma con aceites de cedro o de oliva, mezclado con incienso o con unguento de plomo. así mismo se evidencia actos tristes y despiadados, y es que en antes de Cristo recurrieron hasta de asesinar a los niños para controlar la natalidad. Para este entonces eran muy comunes los ritos de fertilidad.

En el siglo XIX Soranos un famoso ginecólogo cita, "Un anticonceptivo se diferencia de un abortivo en que el primero no permite que tenga lugar la concepción, mientras que el último destruye lo que ha sido concebido..." Que para muchos hoy en día están de acuerdo con el anterior concepto. El origen de la palabra "condón" también es desconocido; una de las teorías favoritas es que se llama así por el nombre de su inventor, el señor Condón o Contón, un cortesano de Carlos II; otros evocan la etimología latina condus, que para los romanos significa receptáculo. La primera descripción de un condón se encontró en la obra de Falopio, cuya pretensión fue lograr la protección contra la sífilis, aunque existen otras teorías sobre el origen. Se ha sugerido que algún trabajador de un matadero medieval tuvo la ocurrencia de que las membranas delgadas de un animal lo protegían contra la infección (24).

En Colombia en el 1965, el doctor Fernando Tamayo, fundador de la organización Profamilia implementó el primer dispositivo intrauterino, creado en Europa y Estados Unidos garantizando la anticoncepción de larga duración en mujeres de distintos niveles socioeconómicos; continuando en los años 1970, Profamilia hace la primera vasectomía en el país y aunque anteriormente se realizaban las ligaduras de trompas, en 1973 se realizó la primera laparoscopia: una técnica de mínima invasión y con un proceso de recuperación mucho más rápido; en el siguiente año (1980) Profamilia implementa los métodos inyectables consiguientes el implante subdérmico; en 1990, inicia el primer protocolo de anticoncepción de emergencia; en la actualidad, Profamilia cuenta con 38 clínicas a nivel nacional, incluyendo dos

unidades de fertilidad, un amplio portafolio de productos y servicios en salud sexual y reproductiva con un alcance nacional para la población Colombia (25).

En el marco internacional, Lopez-Lopez et al. realizaron un estudio con adolescentes en México, y concluyeron que los participantes tuvieron un regular conocimiento respecto a generalidades de los métodos anticonceptivos, careciendo de información sobre reacciones adversas, uso y diversidad de estos (26). Por su parte, Aleman-Rivera et al. con estudiantes de enfermería en México, determinaron que la edad, el estado civil y el nivel de escolaridad son factores determinantes para el conocimiento de anticonceptivos (27). Sumado a esto, Gonzalez et al. analizaron una cohorte compuesta de adolescentes chilenas, y concluyeron que solo el 1% de las adolescentes que había recibido educación sexual en sus respectivos colegios se había embarazado, teniendo en cuenta que era una población con prevalencia de mas de 90% de conocimiento sobre anticonceptivos (28).

En Colombia, actualmente se brinda información con profesionales especializados como son; medicina, enfermería, sexología y psicología, que tiene como objetivo principal ofrecer información de calidad sobre salud sexual y reproductiva. En el marco nacional, Rodriguez-Torres et al. estudiaron a estudiantes de 10 y 11 grado de un colegio de Puerto Tejada, y atribuyeron a los padres y la pareja el mayor protagonismo en la transmisión de conocimientos acerca del empleo de los métodos de anticoncepción, estando asociado con el uso de múltiples métodos anticonceptivos (29). Por su parte, Mungia et al. reprodujeron resultados parecidos con estudiantes del colegio público de Quilali, Nueva Segovia, y concluyeron que el 69% de la población estudiada tuvieron un nivel de conocimiento malo, respecto a los métodos anticonceptivos (30), similar a los resultados de Rivera-Sanchez et al. (31). Sumado a esta evidencia, Lapeira-Panneflex et al. estudiaron la población adolescente del Santander, concluyendo que la mujer tenía un rol predominante en la anticoncepción, desde la elección hasta la decisión de utilizarlo, lo que le confiere un papel determinante de la natalidad (32). Agregándose a la evidencia, Atehourtua-Puerta et al. analizo el comportamiento de estudiantes universitarios, concluyendo

que los estudiantes manejaban un alto el nivel de conocimiento sobre anticonceptivos. Con relación al conocimiento, el nivel más alto se presentó en los métodos de barrera y naturales y el nivel más bajo en los métodos hormonales y quirúrgicos (33). A nivel regional, en el 2015 se realizó un estudio investigativo de la facultad de ciencias de la salud en la universidad de Cartagena sobre los métodos anticonceptivos y práctica de métodos anticonceptivos de las madres usuarias del hogar infantil “la abejita” de membrillal, donde se evidenció que el machismo era uno de las principales causas de no conocer los diferentes métodos anticonceptivos (34).

En Cartagena, en el 2018 se realizó un estudio investigativo de la Universidad del Sinú Elías Bechara Zainum, acerca de los conocimientos, actitudes y practicas frente a la anticoncepción en dos colegios de Cartagena, el cual se evidencia un alto nivel de conocimientos frente a la anticoncepción, una actitud favorable, y una práctica mala (35).

No se registran estudios más recientes en la población estudiada, por lo que la realización de esta investigación constituye un paso crítico.

5.2 MARCO CONCEPTUAL

5.2.1 CONCEPTOS RELEVANTES

- Adolescente: Periodo de desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad, comprendida por las edades diez, a los diecinueve años (36).
- Actitud: Disposición subyacente que, con otras influencias, contribuye para determinar una variedad de comportamientos en relación con un objeto o clase de objetos, y que incluye la afirmación de las convicciones y los sentimientos acerca de ella y sobre acciones de atracción o rechazo (36).

- Estudiantes: Persona que cursa estudios en un establecimiento de enseñanza (36).
- Conocimiento: Facultad del ser humano para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas (36).
- Instituciones educativas: Establecimiento de enseñanza para niños y jóvenes (36). El termino instituciones educativas es designado por el gobierno colombiano para discriminar a los colegios dentro de su marco normativo.
- Métodos anticonceptivos: Es cualquier método usado para prevenir el embarazo (37).
- Practicas: Ejercicio o realización de una actividad de forma continuada y conforme a sus reglas (36).
- Relación entre conocimiento, actitudes y prácticas: Es importante mencionar que los conceptos de conocimiento, actitudes y prácticas mencionados anteriormente son nociones diferentes hacia un tema en común, como son los anticonceptivos. Sin embargo, para motivos del presente estudio los conceptos se adaptan a favor de los objetivos, por lo que guardan una relación interdependiente que permite entender a cabalidad la anticoncepción. Cabe resaltar que estas tres nociones no van en una sola dirección, y que su vez poseen cierto grado de interacción, sino que son complementarias debido a que los conocimientos hacen parte de los componentes cognoscitivos, en cambio las actitudes pertenecen al proceso cognitivo, y las practicas a los procesos fisiológicos y psicológicos. Con esta comprensión de conceptos se aborda la problemática de embarazo en adolescencia de forma precisa (38).

5.3 MARCO TEÓRICO

5.3.1 CONTEXTO DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS

5.3.1.1 INSTITUCION EDUCATIVA BENJAMIN HERRERA DE ARJONA BOLIVAR

La institución educativa Benjamín Herrera se encuentra ubicada en el barrio San José de Turbaquito carretera a Rocha con la Kra 48 C - 48A - 18 en el municipio de Arjona-Bolívar. Este sector se caracteriza por su fuerte vocación residencial e institucional y en menor escala comercial. La institución educativa es oficial. Cuenta con 109 docentes, organizados en tres jornadas (mañana, tarde y fin de semana); 7 coordinadores, 2 trabajadora social, 1 psico-orientador, 1 rector, 5 empleados administrativos y 8 de servicios generales. Referente a la historia, el nombre de esta institución es en honor al General BENJAMÍN HERRERA, quien nació en Cali en 1850, fue político, perteneció al partido liberal, llegando a ser jefe único de la colectividad. En él había un hombre, un jefe y un patriota. Como jefe del partido ordenó que los obreros y campesinos fueran elevados como principales a los cabildos. Desde el concejo de Bogotá propugnó por la construcción de escuelas para trabajadores. Al crear la Universidad Libre no sólo quería lograr profesionales, pues pensó que se hacía necesario abrir escuelas de carpintería, mecánica y escultura. Fue fundador de periódicos y de institutos de enseñanza, animador de conferencistas y de escritores. Como prueba de su interés por estos principios basta reproducir lo que dijo al vestir el traje de civil: "Iremos, no al campamento sino a las universidades, a la prensa, a la tribuna, que serán en adelante nuestra artillería". Esta institución que lleva su nombre fue creada y aprobada mediante el Decreto 734 del 13 de septiembre de 1961, firmado por Gobernador de esa época, Doctor Manuel Pineda Garrido y el secretario de Educación Doctor Julio Pretelt Olier. Hace 47 años comenzó sus labores, abajo la dirección del Licenciado Aníbal Bustos Covo, y la asesoría de un cuerpo de profesores con grandes capacidades y ánimo sincero de colaboración para con el plantel, quienes dieron a la primera promoción todo cuanto pudieron. Estos estudiantes eran muchachos animosos de asimilar las luces

del saber, y se les puede señalar como ejemplo digno de imitar. De los 15 graduados, todos llegaron a ocupar puestos distinguidos en las distintas carreras que eligieron. De ellos tenemos profesionales en todas las áreas del conocimiento, Abogados, Ingenieros y Agrónomos. La labor de la Institución Benjamín Herrera ha sido ardua, llena de inconvenientes e incomodidades. Pero el tesón de los padres de familia, profesores y estudiantes ha logrado sacar adelante al plantel hasta colocarlo en el actual sitio. La odisea comenzó cuando tuvo que mudarse a una casa de balcón contigua a la anterior (casa de Doña Ana Carmela Herrera), aquí funcionó dos años. Después por reparaciones tuvo que cambiar de local en tiempos de vacaciones, en esta ocasión se trasladó a la calle del Coco a la vuelta del cementerio, en este sitio no alcanzó a dar clases por las exigencias hechas por los arrendadores. Fue así como con la ayuda de la junta de padres de familia se logró conseguir la casa del señor Leopoldo Sarabia. En este sitio se hizo un tendal de palma para acomodar los dos primeros, pero a pesar de ello no fue suficiente la casa y se tomó al frente, en esta funcionó la secretaría y el sexto de bachillerato. Hay que anotar que en esta ocasión los alumnos hicieron bancas burdas, bipersonales, para acomodar un grupo de ellos. Fenecido el contrato y por el número de alumnos cada vez mayor se trasladaron a una casa abandonada en estado deplorable. Es así como la comunidad educativa con el apoyo de los padres de familia con su presidente Don Camilo Torres, a la cabeza, tomaron el lugar en sus manos hasta dejarlo habitable. Después a través del municipio se consiguió la dotación del terreno (cinco hectáreas), lo cual despliega una gran campaña por el pueblo en pro del Benjamín Herrera y sus habitantes responden al llamado: donan materiales de construcción y dinero. Además, para la recolección de fondos se montó una caseta llamada "el patapata", en la cual colaboraron en la administración los padres de familia y los docentes. Conseguidos los fondos se celebraron los contratos y se dio inicio a la construcción de 8 aulas. El Licenciado Lisandro Romero Aguirre fue nombrado en propiedad para reemplazar al profesor Alcides Pereira en el primer período, pero móviles políticos no dejaron despachar normalmente a este rector y entonces quedó encargado provisionalmente Constantino Pareja. Después

fue nombrado en comisión el profesor Carlos Paz Charry, quien fue el encargado de trasladar la institución a este lugar. También fueron encargados de la rectoría por resolución los profesores Rafael Puche y Luis Barboza, cada uno en su jornada, para reemplazar al profesor Alcides Pereira, en su último período. Desde 2005 y hasta la fecha dirige la institución educativa en calidad de Rector, el Licenciado José Guillermo Riaño Gómez. Por medio de la ordenanza 020 del 29 de noviembre de 2002 emanada de la Secretaría de Educación Departamental se convierte en institución anexándole a la sede Rafaela María Tarrá Guardo (preescolar) y la sede Angela Dorado (primaria). Con lo cual se incrementa la población estudiantil (39).

5.3.1.2 INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÉCNICA AGROPECUARIA SAN JOSÉ DE CLEMENCIA

La institución educativa técnica agropecuaria San José se encuentra ubicada en el barrio el milagroso del Municipio de clemencia, está situado al norte del departamento de Bolívar y localizado en la región de la zona costera, limitando al norte con el corregimiento de arroyo grande, al sur con los municipios de Santa Rosa de lima y Villanueva, al oriente con el municipio de santa catalina y al occidente con el corregimiento de bayunca, el municipio cuenta con 2 instituciones educativas, encabezando la institución técnica agropecuaria San José que cuenta con 4 sedes y en la zona del corregimiento nuestra señora del Carmen, contando con 1 sede. En el ámbito histórico, en el año de 1980 se creó una Fundación procedente del Colegio Departamental San José con miras a construir una sede que permitiera desarrollar los procesos académicos, deportivos, culturales, recreativos en mejores condiciones. Sesenta fueron los primeros alumnos agrupados en dos grupos Sexto y Séptimo, quienes recibían formación de cuatro profesores que pertenecían a la nómina que está a cargo de la Cooperativa. El Colegio Departamental San José de Clemencia nació del Colegio Cooperativo de Clemencia, el 24 de Noviembre de 1988, mediante Ordenanza No. 27 de la Honorable Asamblea de Bolívar, como respuesta a la profunda crisis económica que venía experimentando la Cooperativa especializada de Educación de Clemencia, desde el año de 1985 los socios de la

Cooperativa en Asamblea realizada el 3 de Septiembre de 1988 consideraron prudente que el Colegio Cooperativo pasara al Departamento de Bolívar para garantizar de esta manera que la institución educativa terminara sin dificultades. En el año de 1989 recibe aprobación de estudios por cinco años mediante resolución No. 3085 de diciembre 27 en el mismo año se dio la primera promoción de bachilleres académicos de los siete que van hasta el presente año. Por Ordenanza N°20 del 29 de noviembre del 2002 y por Decreto N° 143 del 01 de abril del 2003 se reorganiza el establecimiento Educativo COLEGIO DEPARTAMENTAL SAN JOSÉ DE CLEMENCIA, integrado con las sedes: Escuela Rural Mixta N°1, Escuela Urbana Mixta N°2, Escuela Rural Mixta El Socorro y Escuela Rural Mixta El Coco – San Isidro, dando origen a la Institución Educativa Técnica Agropecuaria San José de Clemencia. A partir del año 2005, según resolución N° 0417 del 26 de diciembre del mismo año, se reconocen los estudios correspondientes al nivel de educación Preescolar, el nivel de Educación Básica, a los grados de 1° a 9°, y a los grados de 10° y 11° el nivel de Educación Media Técnica, especialidad Agropecuaria. Así mismo se reconocen los estudios al nivel de Básica y Media de la Educación de Adultos Sabatina con énfasis en Contabilidad. En el año 2017, bajo la dirección de la rectora ROSIRIS CASTRO MORANTE, se realizó el lanzamiento de una nueva imagen, no solo con un logotipo, sino con el compromiso de una fresca visión del futuro sostenible y con una mayor capacidad pedagógica de cara a los nuevos requerimientos en Colombia. A lo largo de sus 40 años de labores, la Institución Educativa Técnica Agropecuaria San José de Clemencia ha efectuado ajustes a su propuesta pedagógica, modernizando sus procesos para brindar a sus estudiantes las herramientas que los hagan altamente competitivos, en un medio en donde lo único constante es el cambio y la exigencia mayor. En el año 2019, se hacen importantes mejoramientos a la infraestructura de la sede principal, dotando con aires acondicionados a 4 salones donde funcionan los grados 11°, salón de laboratorio y sala de profesores, con recursos de calidad educativa Municipal, y con recursos F.S.E. de nuestra propia institución, se adecua la biblioteca, sala de informática, audiovisuales, se construyen bebederos de agua potable con tanques

elevados, encerramiento en rejas y sistema de dispensadores para la hidratación de estudiantes, en todas las sedes. En el año 2020 se dota el laboratorio de Biología, Física y Química. En esta década se mejoraron áreas como el Salón de actos de la principal, y en la primaria se y en el campo de fútbol y un parque ecológico al lado del río. También se hicieron cambios en la zona de la cafetería, eliminando los tradicionales kioscos para establecer un comedor con techo y mesas, y uno adicional para preprimaria. En cuanto a deportes, se practica mucho el fútbol y el voleibol. Se hacen organizaciones estudiantiles como el Consejo Estudiantil, el Periódico Tribuna, un Comité de Valores y un Club Ecológico (40).

5.4 GENERALIDADES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES Y MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

5.4.1. Embarazos en adolescentes:

Los embarazos adolescentes son aquellos que se dan durante la etapa de la adolescencia, generalmente son no deseados, y se asocian a malos resultados perinatales, tales como bajo peso al nacer, mayor riesgo de mortalidad infantil, mayor riesgo de admisión al servicio de urgencias en la infancia temprana, menor apoyo familiar, desarrollo cognitivo más pobre, y mayor riesgo de reincidir con embarazo en adolescencia para las hijas (8). De forma complementaria los datos del DANE (Tabla 1 y 2) y de la secretaria de Arjona (Tabla 3) refuerzan este concepto. El comportamiento de la población a diferentes escalas ocurre en función de factores de riesgo demostrados en la literatura científica. Está demostrado que el menor nivel socioeconómico, menor educación, y mayor aislamiento de la globalización (poblaciones rurales) son promotores de embarazos no planificados, incluidos los adolescentes.

Tabla 1. Distribución en el número de nacimientos, según edad de la madre

| Nacimientos según grupos de edad de la madre | I TRIMESTRE | | | | | II TRIMESTRE | | | | |
|--|-------------|------------|---------|--------|-------------------------|--------------|------------|---------|------------|-------------------------|
| | 2020pr | | 2021pr | | Variación 2020pr-2021pr | 2020pr | | 2021pr | | Variación 2020pr-2021pr |
| | Total | Porcentaje | Total | Total | | Total | Porcentaje | Total | Porcentaje | |
| Total | 145.754 | 100,0% | 140.133 | 100,0% | -3,9% | 141.442 | 100% | 149.054 | 100% | 5,4% |
| Menores de 14 años | 1.021 | 0,7% | 949 | 0,7% | -7,1% | 946 | 0,7% | 1.156 | 0,8% | 22,2% |
| 14 a 19 años | 25.846 | 17,7% | 24.428 | 17,4% | -5,5% | 24.849 | 17,6% | 26.405 | 17,7% | 6,3% |
| 20 a 29 años | 78.436 | 53,8% | 75.800 | 54,1% | -3,4% | 75.952 | 53,7% | 80.037 | 53,7% | 5,4% |
| 30 a 39 años | 37.001 | 25,4% | 35.418 | 25,3% | -4,3% | 36.106 | 25,5% | 37.659 | 25,3% | 4,3% |
| 40 a 49 años | 3.413 | 2,3% | 3.509 | 2,5% | 2,8% | 3.565 | 2,5% | 3.745 | 2,5% | 5,0% |
| 50 a 54 años | 37 | 0,0% | 28 | 0,0% | -24,3% | 23 | 0% | 30 | 0% | 30,4% |
| Sin información | 0 | 0,0% | 1 | 0,0% | 0,0% | 1 | 0% | 22 | 0% | 2100% |

Fuente: Autoría propia

En la tabla 1 se observan los nacimientos ocurridos diferentes grupos etarios (de la madre) en función de los reportes trimestrales preliminares (pr) de cada año señalado, y la fluctuación porcentual entre ambos años. Se observa una tendencia de aumento global de nacimientos en los segundos trimestres de cada año, a diferencia de los primeros trimestres donde existe un descenso, aunque comparados ambos el aumento es mucho mayor que el descenso. Los grupos etarios de interés son las madres de 19 años o menos (incluidas las menores de 14 años), donde se aprecia el mayor aumento en nacimientos para el segundo trimestre. Tomado y adaptado de DANE 2021.

Tabla 2. Número de defunciones fetales según grupos de edad de la madre. Total, nacional - II trimestre (2021pr-2020pr).

| Grupos de edad de la madre | II trim 2021pr | | II trim 2020pr | |
|----------------------------|----------------|------|----------------|------|
| | Total | % | Total | % |
| Total nacional | 7.478 | 100 | 7.665 | 100 |
| 10 - 14 años | 88 | 1,2 | 74 | 1,0 |
| 15 - 19 años | 998 | 13,3 | 1.070 | 14,0 |
| 20 - 24 años | 1.787 | 23,9 | 1.891 | 24,7 |
| 25 - 29 años | 1.685 | 22,5 | 1.764 | 23,0 |
| 30 - 34 años | 1.365 | 18,3 | 1.345 | 17,5 |
| 35 - 39 años | 1.008 | 13,5 | 967 | 12,6 |
| 40 - 44 años | 448 | 6,0 | 453 | 5,9 |
| 45 - 49 años | 45 | 0,6 | 52 | 0,7 |
| 50 - 54 años | 0 | 0,0 | 5 | 0,1 |
| Edad desconocida | 54 | 0,7 | 44 | 0,6 |

Fuente: DANE 2021

En la tabla 2 se observan los reportes preliminares (pr) número de defunciones fetales en función de los grupos etarios de la madre y los segundos trimestres de ambos años señalados. Los grupos de edad menores de 19 años de la madre representan un porcentaje importante, con aumento en las madres de 10 a 14 años de 0,2%.

Tabla 3. Indicadores relacionados al embarazo en adolescentes en Arjona y Bolívar durante 2018 y 2019.

| INDICADOR | MUNICIPIO | CASOS 2018 | CASOS 2019 | TENDENCIA |
|--|-----------|------------|------------|-----------|
| TASA DE FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES DE 10 A 14 AÑOS | ARJONA | 1,88 | 4,28 | AUMENTÓ |
| | BOLIVAR | 4,06 | 4,19 | AUMENTÓ |
| TASA DE FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS | ARJONA | 67,52 | 71,54 | AUMENTÓ |
| | BOLIVAR | 83,80 | 82,22 | DISMINUYÓ |
| | ARJONA | 23,98 | 23,83 | DISMINUYÓ |

| | | | | |
|--|----------------|-------|-------|------------------|
| PORCENTAJE DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS | BOLIVAR | 26,34 | 26,03 | DISMINUYÓ |
| NÚMERO DE GESTANTES ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS VÍCTIMAS DE VIOLENCIAS POR RAZONES DE GÉNERO | ARJONA | 0 | 1 | AUMENTÓ |
| | BOLIVAR | 57 | 87 | AUMENTÓ |
| NÚMERO DE ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS MADRES DE HIJOS CON BAJO PESO AL NACER | ARJONA | 0 | 3 | AUMENTÓ |
| | BOLIVAR | 31 | 59 | AUMENTÓ |

Fuente: Secretaria de salud de Arjona.

En la tabla se observan los indicadores relacionados a maternidad adolescente en Bolívar y Arjona para el 2018 y 2019. Se observa un aumento de todos los indicadores exceptuando los embarazos para el grupo de 15 a 19 años en ambas poblaciones y la tasa de fecundidad en Bolívar para el mismo grupo.

En cuanto a Clemencia, no se tuvo acceso a este tipo de documentos debido a que en el momento son de carácter privado y confidencial, estos reposan en la secretaria de salud.

5.4.2. Métodos anticonceptivos.

Los métodos anticonceptivos son un grupo heterogéneo de medidas para prevenir el embarazo que se clasifican de múltiples formas y actúan por mecanismos diversos, algunos sinérgicos y que, como todo medicamento, se asocian a efectos secundarios. La concepción tiene lugar en el momento en que las células sexuales masculina y femenina se unen para formar un cigoto. Estos procesos son altamente complejos y requieren de la contribución de múltiples mecanismos de regulación fisiológica para su realización. Los métodos anticonceptivos influyen en estos procesos de forma negativa para evitar un ulterior embarazo. Los anticonceptivos tienen esta principal ventaja, sin embargo, existen otras ventajas que se usan del punto de vista terapéutico para algunas condiciones de salud tales como la hiperplasia endometrial, la dismenorrea, el síndrome de ovario poliquístico

androgénico, el acné vulgar, e incluso, beneficios durante una gestación. El DIU liberador de progestinas se posiciona en el útero para aliviar los síntomas de dismenorrea secundaria a hiperplasia de endometrio. Además, todo método anticonceptivo basado en progestinas reduce la dismenorrea, como el implante subdérmico, píldoras de solo progestinas, etc. El ovario poliquístico androgénico regula la producción de hormonas y mitiga los efectos no deseados en el síndrome de ovario poliquístico. Se agrega que el compuesto farmacológico Facetix, esta basado en anticonceptivos, el cual ha sido medida terapéutica para el acné vulgar, puesto que reduce efecto que tienen las hormonas sobre la unidad pilosebácea. Otro beneficio es que las progestinas intravaginales son utilizadas para disminuir la progresión de la ruptura prematura de membranas. Sin embargo, a pesar de estos beneficios, lo cierto es que existe una serie de detalles que deben traerse a colación cada vez que se ofrecen los métodos anticonceptivos, pues algunos tienen indicaciones y contraindicaciones muy precisas. El caso contrario es el más común, en que se pueden escoger cualquiera de varios con algunas ventajas sobre otros, sin embargo, el mejor mensaje para los pacientes es que el usuario escoge libremente con todos los detalles de cada método, siguiendo asimismo el principio bioético de autonomía (41). Por este motivo, se hace obligatorio impartir información relevante sobre cada método anticonceptivo.

Clasificación: antes de definir cada método anticonceptivo se debe tener en cuenta que se clasifican según su:

- Reversibilidad: En reversibles (DIU, Implante subdérmico, de barrera, anticonceptivos orales), y permanentes (ligadura de trompas y vasectomía)
- Duración: Larga (DIU, implante subdérmico), anillo vaginal anticonceptivos inyectados y orales (media), y métodos de barrera (corta).
- Mecanismos: Hormonales (anticonceptivos orales combinados o solos, inyectables, implante subdérmico, anillo vaginal), de barrera (DIU de tipo T

de cobre, preservativos, espermicidas), y mixtos (DIU liberador de progestinas).

- Vía de administración en orales (combinados o solos), inyectables (hormonales), intravaginales (anillo vaginal o espermicida), intrauterinos (DIU) e implantables.

5.4.2.1. Especificaciones de la clasificación de los métodos anticonceptivos:

Los anticonceptivos reversibles incluyen al dispositivo intrauterino (DIU), que es un método reversible y de larga duración, por definición de barrera, de bajo costo y altamente efectivo un pequeño dispositivo de plástico, en forma de T utilizado como anticonceptivo. Este tipo de método constituye una buena alternativa anticonceptiva para todos los grupos de edad puesto que producen efectos adversos no relacionados a patologías de base y no impactan directamente en la salud de la mujer, lo cual posibilita su uso en casi todos los casos. Debido a esta ventaja actualmente hay varios DIU disponibles con unas diversas características. Algunos de ellos agregan importantes ventajas no anticonceptivas, ya que disminuyen la pérdida de sangre menstrual y la dismenorrea. Además, estas opciones anticonceptivas la protegen del desarrollo de hiperplasia endometrial inducida por estrógenos. Esto es especialmente beneficioso para las mujeres con sangrado irregular. El uso de prostaglandinas por vía oral, bucal o vaginal y antiinflamatorios orales antes de la inserción puede aliviar este dolor en muchas pacientes. El DIU de cobre generalmente se asocia con menstruaciones más abundantes después de la inserción, pero dura 10 años y casi no existen condiciones de salud en las que esté contraindicado (4).

Otro método reversible, de larga duración, hormonal, de costo intermedio y altamente efectivo es el implante subdérmico, el cual hace parte de los métodos de progestágeno, los cuales son seguros para la mayoría de las mujeres en edad reproductiva, independientemente de su estado de tabaquismo o presencia de hipertensión o migrañas. Los patrones de sangrado a menudo mejoran durante el

uso del implante, aunque algunos pacientes pueden experimentar la misma cantidad que antes del implante o más sangrado. Un porcentaje muy bajo de usuarias experimentan efectos secundarios relacionados con la progestina, como acné o cambios de humor. El implante es muy eficaz, no requiere la conformidad del usuario después de la inserción y se puede insertar y extraer fácilmente (5).

Añadido a los métodos reversibles, es importante agregar a esta disertación a los anticonceptivos combinados, anillos vaginales y parches, que son los mismos métodos hormonales combinados (anticonceptivos orales, anillos y parches). Estos son un grupo amplio de anticonceptivos que generalmente son opciones seguras para la mayoría de las mujeres sanas y sexualmente activas en edad reproductiva hasta los 35 años. Las excepciones importantes son las mujeres que tienen hipertensión no controlada, trombofilia conocida o aquellas con migrañas con aura. Después de los 35 años, existen muchas afecciones adicionales que aumentan drásticamente los riesgos de usar anticonceptivos orales. Para las mujeres mayores de 35 años con migrañas simples, hipertensión, tabaquismo, obesidad prolongada o diabetes, la selección de un producto que no contenga estrógenos es obligatoria (6). Es necesario anotar que los anticonceptivos orales contienen progestinas y estrógenos, por eso su denominación dentro de los anticonceptivos combinados.

Fuera de los métodos combinados que son reversibles, opciones relativamente recientes incluyen los métodos de solo Progestinas los cuales incluyen píldoras de progestina sola, acetato de depotmedroxiprogesterona, implantes subdérmicos de etonogestrel y dispositivos intrauterinos de levonorgestrel. Estos métodos hacen parte de los reversibles, de corta duración, hormonal, costoso y altamente efectivo.

El uso de métodos de progestina sola está aumentando, en parte debido a la creciente popularidad de los anticonceptivos reversibles de acción prolongada, pero también porque son seguros en mujeres con otras comorbilidades médicas. Las píldoras de progestina sola, como su nombre lo indica, contienen solo una hormona; por el contrario, las píldoras anticonceptivas combinadas más comunes contienen

dos hormonas (37). Una píldora más nueva que contenga la progestina desogestrel puede ser mejor para prevenir el embarazo que una píldora más antigua con levonorgestrel, pero la píldora más nueva ha demostrado mayor incidencia de sangrado. Las píldoras con levonorgestrel pueden ser más efectivas que las píldoras con otras progestinas que ya no se usan (42).

Tocante a los métodos independientes de hormonas que son reversibles tenemos los métodos de Barrera, los cuales impiden que los espermatozoides ingresen al útero. Los métodos de barrera incluyen el diafragma, el capuchón cervical, el condón masculino y el condón femenino y la espuma, las esponjas y la película espermicidas. Estos son métodos reversibles, de corta duración, con efectividad y costos intermedios. A diferencia de otros métodos anticonceptivos, los métodos de barrera se usan solo cuando tiene relaciones sexuales, sin embargo, la clave del éxito de estos métodos es su correcto uso, lo cual difiere del uso típico que merma la efectividad. Es muy importante que utilice un método de barrera correctamente cada vez que tenga relaciones sexuales (43). Se han propuesto mejoras cuando se asocia con un espermicida debido a que le brinda la mejor protección posible con el método de barrera. El espermicida mata a la mayoría de los espermatozoides que ingresan a la vagina. Luego, el método de barrera bloquea el paso de los espermatozoides restantes a través del cuello uterino para fertilizar un óvulo (44). Es importante destacar que estos métodos también cuentan con funciones no anticonceptivas importantes, como la prevención de enfermedades de transmisión sexual, un problema de salud pública de importancia similar a la concepción adolescente.

Para entender los anticonceptivos de emergencia es necesario agregar que todos los anticonceptivos mencionados anteriormente son aplicados para prevenir concepción de forma prospectiva (antes del acto sexual), sin embargo, existen formas de prevenir concepción de forma retrospectiva (después del acto sexual), donde entran en protagonismo la anticoncepción de emergencia, este grupo hace referencia a los métodos anticonceptivos que se pueden usar para prevenir el

embarazo después de las relaciones sexuales. Se recomienda su uso dentro de los 5 días, pero son más efectivos cuanto antes se usan después del acto sexual. Las píldoras anticonceptivas de emergencia previenen el embarazo al prevenir o retrasar la ovulación y no induce un aborto. El dispositivo intrauterino de cobre previene la fertilización al provocar un cambio químico en el espermatozoides y el óvulo antes de que se encuentren. La anticoncepción de emergencia no puede interrumpir un embarazo establecido ni dañar un embrión en desarrollo. La anticoncepción de emergencia puede prevenir hasta más del 95% de los embarazos cuando se toma dentro de los 5 días posteriores al coito (45). La anticoncepción de emergencia se puede utilizar en las siguientes situaciones: relaciones sexuales sin protección, inquietudes sobre la posible falla del anticonceptivo, uso incorrecto de anticonceptivos y agresión sexual si no hay cobertura anticonceptiva. Los métodos de anticoncepción de emergencia son los dispositivos intrauterinos que contienen cobre y las píldoras anticonceptivas de emergencia. Un dispositivo intrauterino de cobre es la forma más eficaz de anticoncepción de emergencia disponible. Los regímenes de píldoras anticonceptivas de emergencia recomendados por la OMS son acetato de ulipristal, levonorgestrel o anticonceptivos orales combinados que consisten en etinilestradiol más levonorgestrel (46).

Respecto a métodos menos artificiales tenemos la planificación familiar natural, que incluyen la abstinencia y el coitus interruptus, los cuales son los dos métodos que no dependen del ciclo menstrual, medicamentos, dispositivos o barreras para prevenir el embarazo. Pueden usarse como método exclusivo para prevenir el embarazo o junto con otros métodos. La abstinencia se define como evitar las relaciones sexuales vaginales con inserción del pene. Para algunas mujeres y hombres, esta es una opción permanente, pero para otros puede ser temporal. Esta última situación explica la tasa variable de éxito de la abstinencia. Si se practica, la abstinencia debe ser 100% efectiva, pero cuando se usa como método en un momento dado, pero no se practica de manera consistente, la "abstinencia" conlleva un riesgo mensurable de embarazo, con tasas de fracaso tan altas como no usar

ningún método en absoluto. Se ha invertido un esfuerzo considerable en el desarrollo de programas para fomentar la abstinencia entre hombres y mujeres adolescentes, generalmente refiriéndose a la abstinencia de toda actividad sexual (incluidas las relaciones sexuales orales y anales). Los beneficios son obvios: la abstinencia total proporciona la única forma verdaderamente eficaz de prevenir el embarazo y posiblemente la prevención de las ITS, según las prácticas sexuales específicas de las personas. La abstinencia puede ayudar a promover la autoestima y mantener las opciones de un joven para el crecimiento personal y la autosuficiencia financiera. Por otro lado, el coitus interruptus, o abstinencia, requiere que el pene se extraiga de la vagina y se dirija lejos de los genitales externos de la mujer antes de la eyaculación para evitar que los espermatozoides ingresen al tracto reproductivo superior y fertilicen un óvulo. El coitus interruptus es más eficaz de lo que generalmente se percibe; es aproximadamente equivalente al uso típico de algunos métodos de barrera femeninos. Puede tener algún efecto protector en la transmisión del VIH, pero no sustituye a los condones. Entre estos, el Método de ritmo hace parte de los métodos naturales y requiere que quien lo aplique conozca su ciclo ovárico. Se han desarrollado varias técnicas para identificar los días fértiles mediante el uso de un calendario y los cambios fisiológicos que experimentan las mujeres durante el ciclo menstrual. Para el método de “calendario” o “ritmo”, se asume que los espermatozoides duran de 1 a 3 días en el tracto genital y un óvulo es vulnerable a la fertilización hasta 24 horas después de la ovulación. La ventana fértil incluye, al menos, los 5 días antes de la ovulación y el día después (total de 6 días). Para utilizar este método utilizando enfoques tradicionales, es necesario obtener información sobre el ciclo menstrual espontáneo de la mujer durante al menos 6 meses. El primer día de abstinencia se calcula restando 18 del número de días del ciclo más corto de la mujer. El último día de su período fértil se calcula restando 11 del número de días de su ciclo más largo.

Los métodos irreversibles son generalmente de menor predilección a población adolescente, e incluyen los métodos como la ligadura u oclusión de trompas,

denominado tradicionalmente como esterilización femenina. Sin embargo, en algunos entornos, el término "esterilización" puede implicar un proceso involuntario o coercitivo. En cambio, el término "anticoncepción permanente" ofrece una alternativa para reconocer la decisión activa e informada de una mujer de completar la maternidad. Para el caso de los hombres, la vasectomía es una pequeña operación para cortar los conductos deferentes. Este es el tubo que lleva los espermatozoides de los testículos (testículos) al pene. Los espermatozoides se producen en los testículos. Una vez que se cortan los conductos deferentes, los espermatozoides ya no pueden ingresar al semen que sale (se eyacula) durante las relaciones sexuales. La vasectomía es muy confiable, pero no del 100%. Incluso después de una operación exitosa, aproximadamente 1 de cada 2,000 hombres que se han sometido a una vasectomía volverán a ser fértiles en algún momento en el futuro. Esto se debe a que, en raras ocasiones, los dos extremos de los conductos deferentes cortados se vuelven a unir con el tiempo. Por el lado femenino, ligadura de trompas, también conocida como pomey o esterilización de trompas, es un tipo de método anticonceptivo permanente. Durante la ligadura de trompas, las trompas de Falopio se cortan, atan o bloquean para prevenir permanentemente el embarazo. La ligadura de trompas evita que un óvulo viaje desde los ovarios a través de las trompas de Falopio y evita que los espermatozoides viajen por las trompas de Falopio hasta el óvulo. El procedimiento no afecta su ciclo menstrual. La ligadura de trompas se puede realizar en cualquier momento, incluso después del parto o en combinación con otra cirugía abdominal, como una cesárea. La mayoría de los procedimientos de ligadura de trompas no se pueden revertir. Si se intenta revertir, requiere una cirugía mayor y no siempre es eficaz. Los métodos quirúrgicos permanentes son las formas de anticoncepción más utilizadas en todo el mundo, con una prevalencia en los países en desarrollo que promedia el 20,6% y supera el 35% en países como India, Colombia y El Salvador (47). También se contempla este tipo de métodos para hombres mediante la vasectomía, la cual supone menos riesgos quirúrgicos y menores costos (9).

6 HIPÓTESIS

6.1 HIPOTESIS ALTERNA

Los estudiantes de grado 9, 10, 11 tienen alto nivel de conocimientos, actitud favorable y práctica óptimas sobre la importancia de los métodos anticonceptivos.

6.2 HIPÓTESIS NULA

Los estudiantes de grado 9, 10, 11 NO tienen ningún conocimiento, tienen actitud desfavorable o mala práctica sobre los métodos anticonceptivos.

7 METODOLOGÍA

7.1 NATURALEZA DEL ESTUDIO

Se trata de una investigación de naturaleza cuantitativa, en el marco de un estudio descriptivo, de corte transversal, por lo que se describe a continuación:

7.2 TIPO DE DISEÑO

Con el fin de recolectar la información necesaria para responder a las preguntas de investigación, se llevó a cabo un estudio Cuantitativo el cual es un conjunto de procesos, que es secuencial y probatorio. con un enfoque descriptivo y transversal debido a que estos estudios son usados para describir, diferenciar o examinar asociaciones, en vez de buscar relaciones directas entre variables (48). Según Sampieri, el estudio ideal para identificar el comportamiento de la población en un momento en el tiempo es la característica fundamental de un estudio transversal. Un estudio transversal es un tipo de estudio observacional que analiza datos de una población, o un subconjunto representativo, en un momento específico en el tiempo, es decir, de forma transversal. Además, estudios que no incluyan entre sus ejecuciones una intervención deben ser tenidos en cuenta como observacionales, que, a diferencia de los ensayos, no contemplan experimentación ni modificación de los factores inmiscuidos en la población. Los estudios observacionales son aquellos en los que los investigadores observan el efecto de un factor de riesgo, prueba de diagnóstico, tratamiento u otra intervención sin intentar cambiar quién está o no expuesto a él (49). En el caso objeto de estudio se observó lo que ocurre de forma natural, sin intervenir de manera alguna, describiendo los datos en resultados, y tomando la información en un solo punto en el tiempo, precediendo el diseño la misma, según los objetivos del estudio, describiendo las actitudes, prácticas y conocimientos, sin comparar con variables fuera del instrumento de recolección propuesto, este estudio se cataloga como descriptivo.

7.3 POBLACIÓN

7.3.1 POBLACIÓN MARCO O REFERENCIA

Estudiantes regulares de los grados 9, 10 y 11 de la Institución Educativa Benjamín Herrera del municipio de Arjona Bolívar y la Institución técnica Agropecuaria San José de Clemencia Bolívar durante el año 2021.

7.3.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Estudiante matriculado y activo de las instituciones encuestadas.
- Estudiantes que deseen participar en el trabajo de investigación.
- Estudiantes cursando los grados 9, 10 y 11° del año en progreso.
- Estudiantes con acceso a la encuesta por vía electrónica.

7.3.1.1 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Menores de 14 años
- Discapacidad mental para responder preguntas de mediana complejidad
- No estar presentes al momento de tomar la suministración de información por encuesta
- Respuestas de la encuesta fuera de los rangos determinados en la misma
- Encuesta repetida por estudiante
- Encuesta rellena a criterio de otra persona
- Disentimiento por razones reveladas y no reveladas al encuestador.
- Datos incompletos o mal diligenciados en la encuesta.

Con el previo permiso y autorización respectiva de los entes encargados en la dirección y coordinación de la institución educativa Benjamín Herrera de Arjona Bolívar e Institución educativa técnica agropecuaria San José de Clemencia, y la Universidad del Sinú Elías Bechara Zainum seccional Cartagena, se aplicará el instrumento de recolección a los estudiantes de grado 9, 10 y 11 en forma de encuesta electrónica, la cual antes de ser entregada será explicada de manera explícita y supervisada de forma presencial, y por efectos legales no será obligatorio diligenciarla o identificar a cada estudiante para mantener el anonimato de la misma.

7.3.2 MUESTRA Y MUESTREO

7.3.2.1 CÁLCULO DE LA MUESTRA

Este estudio captará a todos los estudiantes que cumplan los criterios de elegibilidad sin realizar cálculo de muestra, con el fin de caracterizar a todos los participantes durante el periodo de estudio. Esto quiere decir que el universo se circunscribe a 342 de la institución educativa Benjamín Herrera de Arjona, Bolívar (Tabla 4), y a 381 estudiantes de la Institución técnica Agropecuaria San José de Clemencia, Bolívar (Tabla 5), para un total de 723 potenciales participantes del estudio, sobre los cuales se aplicaran criterios de inclusión y exclusión.

Tabla 4. Cantidad de estudiantes por grado estudiantil y totalidad de la institución educativa Benjamín Herrera de Arjona, Bolívar.

| GRADO ESTUDIANTIL | CANTIDAD DE ESTUDIANTES |
|-------------------|-------------------------|
| 11°04 | 27 |
| 11°03 | 27 |
| 11°02 | 25 |
| 11°01 | 27 |
| 10°04 | 28 |
| 10°03 | 28 |
| 10°02 | 31 |
| 10°01 | 29 |
| 9°04 | 28 |
| 9°03 | 32 |
| 9°02 | 30 |
| 9°01 | 30 |
| TOTAL | 342 |

Fuente: Datos reportados por rectoría de la institución educativa.

Tabla 5. Cantidad de estudiantes por grado estudiantil y totalidad de la Institución técnica Agropecuaria San José de Clemencia, Bolívar.

| GRADO ESTUDIANTIL | CANTIDAD DE ESTUDIANTES |
|-------------------|-------------------------|
| 11°03 | 32 |
| 11°02 | 29 |
| 11°01 | 28 |
| 10°04 | 31 |
| 10°03 | 37 |
| 10°02 | 36 |
| 10°01 | 36 |
| 9°04 | 41 |
| 9°03 | 37 |
| 9°02 | 39 |
| 9°01 | 35 |
| TOTAL | 381 |

Fuente: Datos reportados por rectoría de la institución educativa.

7.4 TECNICAS DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

7.4.1 FUENTES

El presente estudio se basará principalmente en fuentes primarias porque tomará registro directamente declarado por la población en cuestión depositados en una encuesta electrónica basada en un estudio realizado por Rivera-Sánchez et al y validado por la Universidad de Santander, se notificó previamente para su respectiva utilización (31). Esta encuesta ha sido aplicada con éxito en múltiples poblaciones similares a la nuestra, derivándose resultados de impacto de sus interpretaciones, de forma que ha demostrado utilidad para identificar el conocimiento, actitudes y practicas hacia los anticonceptivos del encuestado, tal como lo definimos en los objetivos del presente estudio. Se trata de una encuesta la cual fue digitalizada para un formato de 25 posibles campos de respuesta, entre opcionales y de obligatorio diligenciamiento según se indicaba a lo largo de la misma. Se anexa el link de la encuesta señalada: <https://forms.gle/Z2kyWSS6sZwGmcm49>. La encuesta se divide en sección de identificación sociodemográfica y variables generales, actitudes, conocimiento y aplicación de métodos anticonceptivos, y reúne preguntas de respuesta abierta y opción múltiple con única o varias posibles respuestas. Para el presente estudio, se ha definido el nivel de conocimiento como una variable clasificable en cuatro categorías según la frecuencia relativa (porcentaje) de población que declaro haber sabido que es un anticonceptivo: Ninguno (<25%), Bajo (25-49%), Medio (50-74%) y Alto (>75%). Otras variables de conocimiento orientan más precisamente la naturaleza de esta categorización. Para la favorabilidad de las actitudes se ha definido que en función de la introspección positiva al uso de anticonceptivos se pueden clasificar en dos categorías según la frecuencia relativa (porcentaje), en actitudes favorables ($\geq 60\%$), y en actitudes desfavorables (<60%). Otras variables de actitudes describen la naturaleza de las actitudes. Para la práctica, se definieron tres categorías en función de la frecuencia relativa (porcentaje) del uso de anticonceptivos en el presente o previamente en mala práctica (<33%), adecuada

practica (33-66%) y optima practica (>66%). Otras variables de practica caracterizan con mayor detalle la naturaleza de las practicas.

7.4.2 FASES DEL ESTUDIO

- FASE 1: Aplicación de instrumento de recolección.
- FASE 2: Tabulación de datos en hoja de cálculo electrónica.
- FASE 3: Generación de gráficas y contenido multimedia para exponer resultados.
- FASE 4: Revisar literatura para elaborar la discusión científica pertinente.

7.5 TECNICAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

7.5.1 TABULACIÓN DE DATOS

La recolección de los datos se realizó mediante un base de datos de Excel para disminuir el riesgo de pérdida de información y para obtener graficas semanales del avance del estudio. Una vez recolectados los datos con su previo consentimiento informado se procede a su respectiva descripción e interpretación de la información. Para organizar y proceder en la secuencia de la investigación u encuesta estos datos nos ayudaremos de métodos de ordenamiento de datos como los son tablas de frecuencia y para graficar los datos optaremos por graficas de barras, graficas de pastel, histograma, pictograma, polígono de frecuencias, etc.

7.5.2 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La naturaleza del presente estudio descriptivo, por lo que no se requiere aplicar método de análisis estadístico especializado durante el procesamiento de la información. Sin embargo, se usarán cálculos por medio de Excel ® 2019 para

frecuencias relativas y absolutas, y generación de histogramas, grafica de columnas, barras y de pastel para describir los datos.

7.6 CONSIDERACIONES ETICAS

Se considera la normatividad nacional vigente en materia de investigación en salud, para el diseño del presente proyecto. A continuación, se realizan algunas consideraciones pertinentes:

De acuerdo con el artículo 11 de la resolución 8430 de 1993 expedida por el Ministerio de Salud “Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en Salud”, este trabajo se clasifica como investigación sin riesgo, ya que no se realizará ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos, y utiliza recolección histórica y documental por una herramienta diseñada para este propósito. Se añade la práctica de enfermería en Colombia, reglamentada por la ley 911 de 2004, del cual citamos el artículo 29 el cual dicta que “En los procesos de investigación en que el profesional de enfermería participe o adelante, deberá salvaguardar la dignidad, la integridad y los derechos de los seres humanos, como principio ético fundamental.”. Además, para definir los criterios de inclusión/exclusión haremos validez del artículo 30 que dicta que no se tomara información de “personas jurídicamente incapaces, privadas de la libertad, grupos minoritarios o de las fuerzas armadas, en las cuales ellos o sus representantes legales no puedan otorgar libremente su consentimiento”, a menos que sus padres o tutores den consentimiento.

Los datos recolectados serán tratados de forma anónima, sólo utilizada con fines académicos y revisada solo por el equipo de investigación como datos grupales, sin entrar a identificar sujetos puntuales.

Se solicitará previamente aval al comité de ética de la institución educativa Benjamín Herrera y de la universidad del Sinú para la aplicación del instrumento de recolección de datos que cumplan criterios de inclusión en el presente proyecto.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

De acuerdo con el artículo 11 de la resolución 8430 de 1993 expedida por el Ministerio de Salud “Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en Salud”, este trabajo se clasifica como investigación sin riesgo, ya que no se realizará ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos, y utiliza recolección histórica y documental por una herramienta diseñada para este propósito.

Al enviar los resultados de la siguiente encuesta se asume que el participante está de acuerdo y confirma su consentimiento en participar en el presente estudio.

Por la ley hábeas data cada participante o su representante tiene derecho de conocer, actualizar y rectificar la información que se haya recogido en archivos y bancos de datos de naturaleza pública o privada.

Previamente antes de aplicar el instrumento de recolección para la presente investigación, y con la aprobación de ambas instituciones el cual estas se hicieron responsables de cada participante por ser menores de edad en su mayoría, así mismo la Institución Educativa Benjamín Herrera de Arjona, e Institución Educativa Técnica agropecuaria San José de Clemencia dio notificación a los tutores, padres de familia o persona responsable de los menores ante la investigación que se iba a realizar, y por ende la participación de los estudiantes el cual estuvieron en común acuerdo. .

8 RESULTADOS

La encuesta se llevó a cabo con éxito en 2 momentos en este periodo académico, según fechas comprendidas de la última semana de octubre, para Arjona y la primera semana de noviembre, para Clemencia. Al total de la población (n=732) se le aplicaron criterios de inclusión y exclusión señalados y se tomó consentimiento informado por participante. Debido a la contingencia generada por el COVID-19 ambos colegios, siguiendo la directriz definida por el gobierno que consiste en la implementación de la alternancia, tuvieron un número reducido de estudiantes para las fechas en que se aplicó el instrumento de medición, por lo que el número de respuestas se vio afectado. Posterior a depurar a las personas que no cumplían los criterios, se procedió a tomar a aquellos que consintieron participar en la investigación y estaban dentro de los criterios seleccionados en la investigación, teniendo un total de participantes de 523, siendo un poco mayor la proporción para la institución educativa de Arjona, Bolívar. A continuación, se muestran los gráficos de distribución generados por herramientas basadas en Excel ® según las respuestas:

8.1 VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

Tabla 6. Características sociodemográficas de participantes

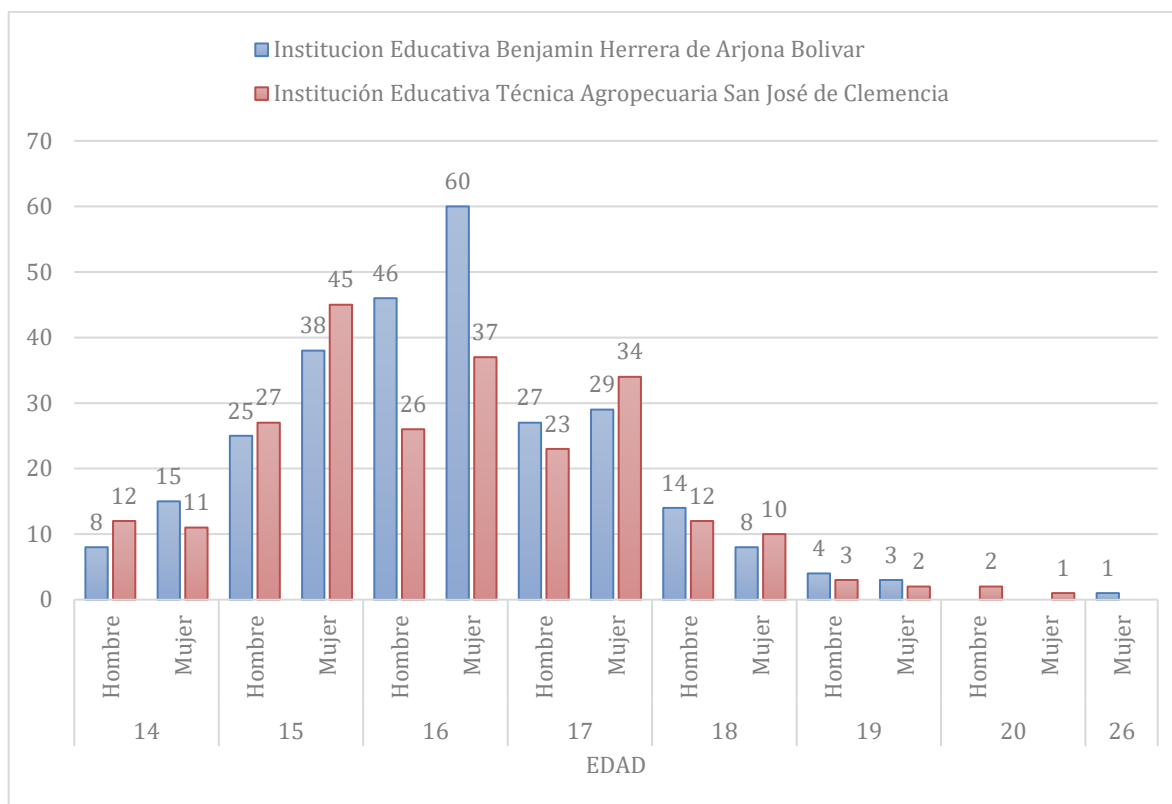
| Variable | Arjona n=278 (%) | Clemencia n=245 (%) | Total n= 523 (%) |
|---------------------------|-------------------------|----------------------------|-------------------------|
| Sexo | | | |
| Masculino | 124 (44,6) | 105 (42,8) | 229 (43,8) |
| Femenino | 154 (55,3) | 140 (57,1) | 294 (56,2) |
| Edad promedio (DE) | 16,0 (1,28) | 16,0 (1,26) | 16,0 (1,27) |
| Grado | | | |
| Noveno | 57 (20,5) | 71 (29,0) | 128 (24,5) |
| Decimo | 111 (39,9) | 79 (32,2) | 190 (36,3) |
| Undécimo | 110 (39,6) | 95 (38,7) | 205 (39,2) |
| Estado civil | | | |
| Casado | 2 (0,7) | 1 (0,4) | 3 (0,6) |
| Separado | 0 (0,0) | 1 (0,4) | 1 (0,2) |
| Soltero | 265 (95,3) | 217 (88,6) | 482 (92,1) |
| Unión libre | 11 (4,0) | 26 (10,6) | 37 (7,1) |

| Estrato | | | |
|---------|------------|------------|------------|
| 1 | 164 (59,0) | 156 (63,7) | 320 (61,2) |
| 2 | 92 (33,1) | 64 (26,1) | 156 (29,8) |
| 3 | 16 (5,8) | 12 (4,9) | 28 (5,4) |
| 4 | 4 (1,4) | 5 (2,0) | 9 (1,7) |
| 5 | 2 (0,7) | 2 (0,8) | 4 (0,8) |
| 6 | 0 (0,0) | 6 (2,4) | 6 (1,1) |

DE, Desviación estándar. Fuente: Autoría propia

Análisis: En la población total se observa un ligero predominio de participantes en la Institución Educativa Arjona (n=278), sobre la Institución Educativa de Clemencia (n= 245), para un total de 523 participantes entre ambas instituciones educativas. Respecto a la distribución por grados, se observa que la mayoría de participantes en la institución educativa Benjamín herrera cursan el grado 11 con el 39.5% (n=110), y el grado 9 con el 20.5% (n=57) tiene menor número de participantes. El grado 10 con 32.2% (n=79) y 11 con un porcentaje de 38.7% (n=95) de la institución educativa de clemencia casi idénticos, teniendo menor cantidad en 9 con 23:2% (n=57) grado. También se puede observar la forma casi absoluta de predominio de la soltería en los encuestados. Es importante anotar que el hecho de que existan encuestados en unión libre permite inferir la presencia de hijos, factor que no fue evaluado en la encuesta, pero que puede denotar una anticoncepción fallida. Esta tabla también expone que la gran mayoría de participantes vive en condiciones socioeconómicas bajas (estratos 1 y 2), estrato 1 con un porcentaje de 61.1% (n=323) y el estrato 2 con 29.9% (n=158). Esto constituye un factor de riesgo para embarazo no planificado consecuencia de la mala utilización de métodos anticonceptivos, incomprensión de los mecanismos que ocasionan un embarazo y falta de acceso a los servicios de consejería en planificación familiar.

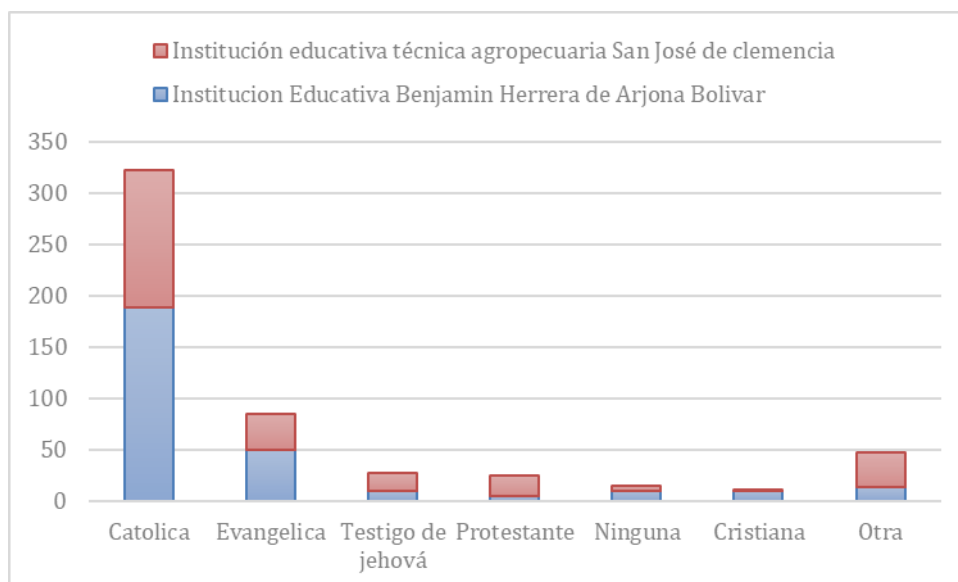
GRÁFICA 1. DISTRIBUCION DE ENCUESTADOS POR EDAD Y SEXO EN AMBAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS



Fuente: Autoría propia

Análisis: En la gráfica No. 1 se observa que las mujeres tuvieron un mayor porcentaje de respuestas y la distribución por sexos en función de edad. El promedio de edad son 16 años. Debido a que la población sigue una distribución de datos paramétrica, por lo que se calculó la desviación estándar en 1,3. Esto permite concluir que no hubo predominio de uno de los 2 sexos que pudiera sesgar la interpretación de los resultados. En la institución educativa benjamín herrera se notó más participación en las mujeres de 16 años con un porcentaje del 21.5% (n=60), en la Institución técnica Agropecuaria San José de Clemencia la mayor participación se notó en las mujeres de 15 años con un porcentaje de 18.3% (n=45).

GRÁFICA 2. DISTRIBUCION DE RELIGIONES DECLARADAS



Fuente: Autoría propia

Análisis: La gráfica No. 2 muestra un predominio de la religión católica y la evangélica, lo cual puede influir en los resultados debido a que es sabido que algunas costumbres propias de estas religiones podrían influir en el uso de anticonceptivos, aunque teóricamente podría aumentar la abstinencia.

Tabla 7. Respuestas afirmativas en cada institución

| Pregunta resumida | Arjona n=278 (%) | Clemencia n=245 (%) | Total n= 523 (%) |
|--|------------------|---------------------|------------------|
| ¿Sabe que es un anticonceptivo? * | 249 (89%) | 206 (84%) | 455 (86%) |
| ¿Ha recibido información sobre anticonceptivos? * | 232 (84%) | 203 (83%) | 435 (83%) |
| ¿Puede usar anticonceptivos? | 242 (87%) | 205 (84%) | 447 (85%) |
| ¿Quiere recibir información sobre anticonceptivos? | 269 (97%) | 231 (94%) | 500 (95%) |

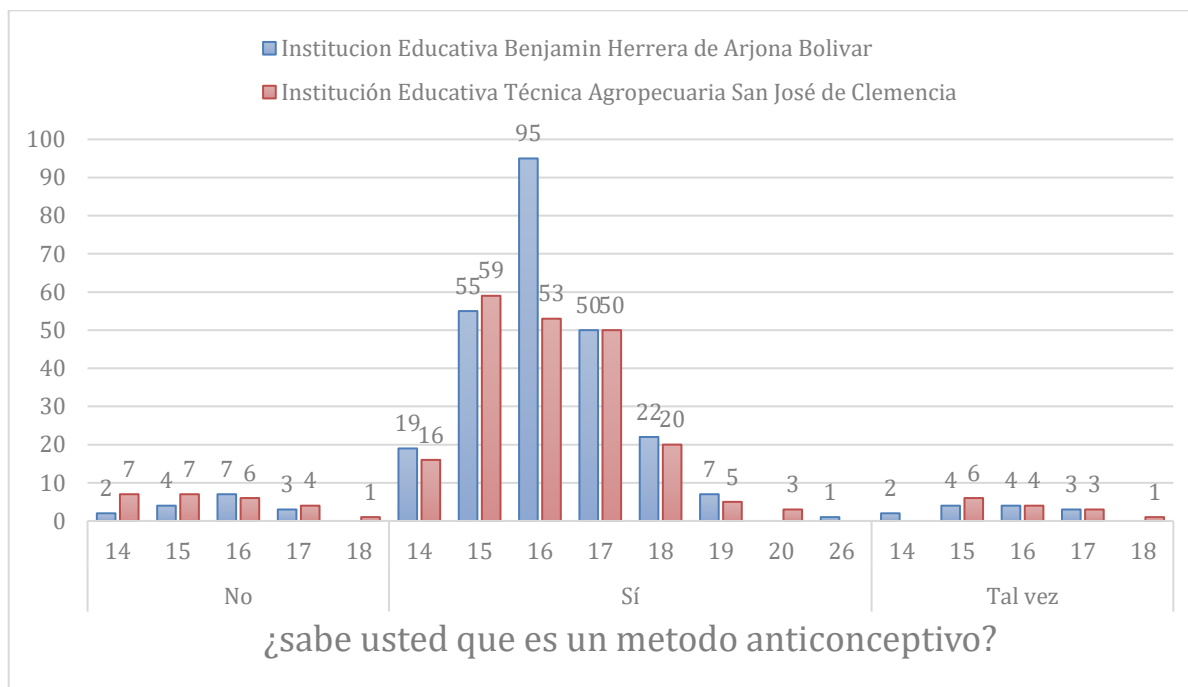
Fuente: Autoría propia

Análisis: Se observa un alto nivel de conocimiento (>75% según la clasificación propuesta) en ambas instituciones, esto se puede explicar a que la gran mayoría

declaran haber recibido información sobre anticonceptivos de alguna fuente, como se señala en la Figura 4. Es necesario anotar que a pesar de conocer sobre anticonceptivos es probable que el conocimiento no sea preciso puesto que la mayoría considera que el preservativo es el método más efectivo, lo cual es incorrecto. Además, se muestra que aún existen minorías de encuestados ha iniciado vida sexual (n) que jamás han tenido jornadas pedagógicas sobre anticoncepción, lo que les hace vulnerables a embarazos no planificados y sus implicaciones con relación a su edad tales como bajo peso al nacer, mayor riesgo de mortalidad infantil, mayor riesgo de admisión al servicio de urgencias en la infancia temprana, menor apoyo familiar, desarrollo cognitivo más pobre, y mayor riesgo de reincidir con embarazo en adolescencia para las hijas, como se describió anteriormente. También se observa una actitud favorable (>66%) hacia los métodos anticonceptivos, lo cual indica que existe una necesidad sobre educar sobre anticonceptivos en la población, hallazgo corroborado con la disposición a recibir información. Esta información denota que sólo una minoría no consienten una jornada de pedagogía sobre anticonceptivos. Además, este resultado puede establecer un precedente importante para la planeación de una intervención pedagógica en las poblaciones para reducir el embarazo adolescente.

8.2 VARIABLE CONOCIMIENTO.

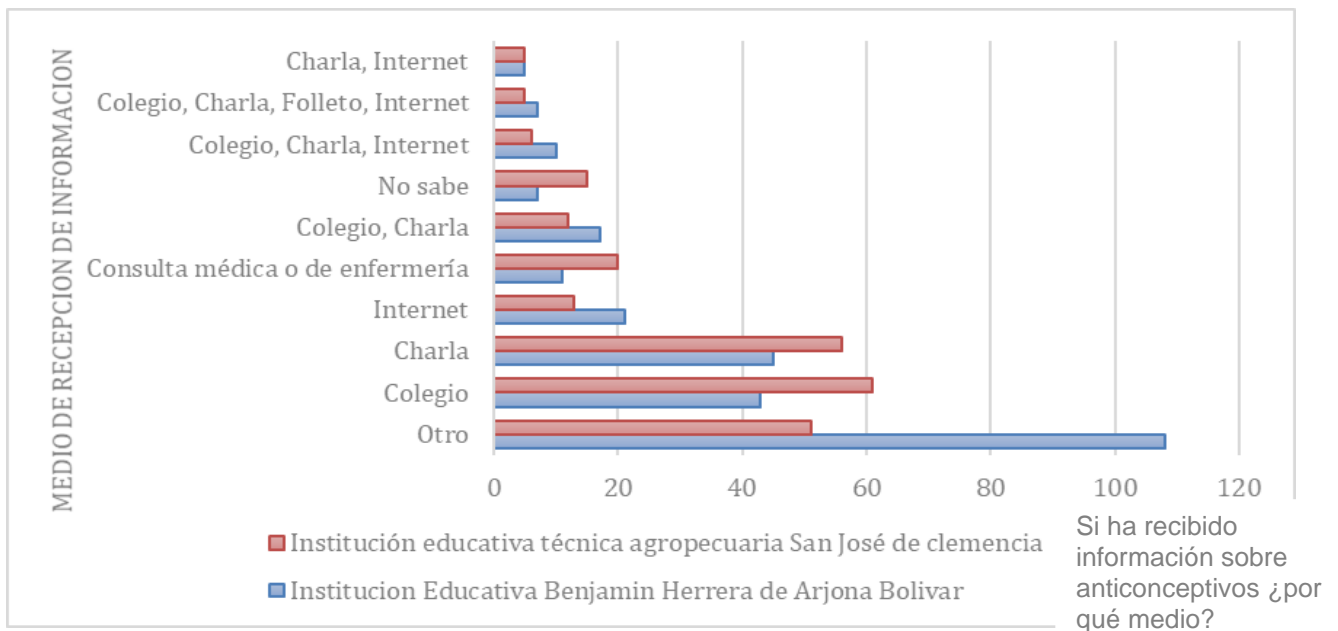
GRÁFICA 3. DISTRIBUCIÓN DE CONOCIMIENTO SOBRE METODOS ANTICONCEPTIVOS POR EDADES E INSTITUCION EDUCATIVA



Fuente: Autoría propia

Análisis: En la gráfica No. 3 se observa el significativo predominio en conocimiento sobre anticonceptivos. Se observan 35 estudiantes que declaran no tener ni el mínimo conocimiento sobre anticonceptivos.

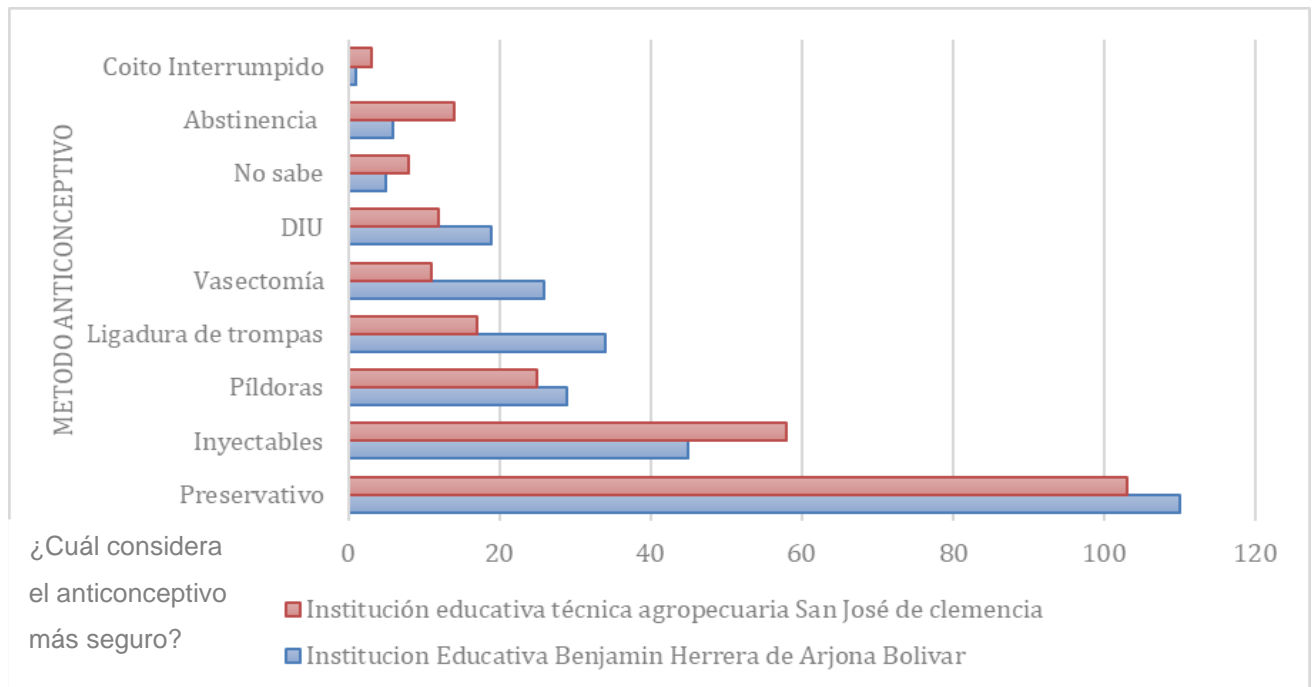
GRÁFICA 4. DISTRIBUCION DE MEDIOS DE EXPOSICIÓN PREVIA A EDUCACIÓN SOBRE ANTICONCEPTIVOS



Fuente: Autoría propia

Análisis: La grafica No. 4 expone que la mayoría exponía un medio diferente a los señalados o la combinación de estos de forma no especificada. Uno de las fuentes poco confiables que más se señaló en “otros” son diversas páginas de internet, por lo que es muy probable que existan imprecisiones en los conocimientos sobre anticonceptivos. Otras respuestas incluyeron nombres de empresas del estado, o respuestas abiertas que no se encajaban estrechamente con ninguna de las opciones propuestas.

GRÁFICA 5. DISTRIBUCION DE ANTICONCEPTIVO CONSIDERADO MAS EFECTIVO

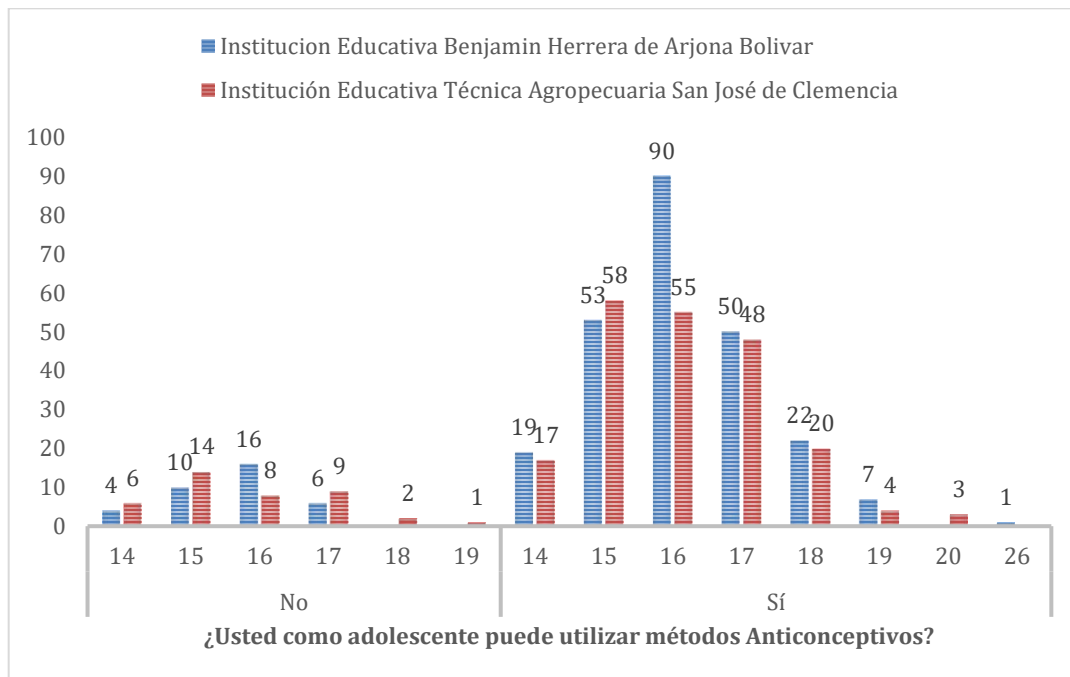


Fuente: Autoría propia

Análisis: La grafica No. 5 muestra, como se esperaba, un grupo defensor de la abstinencia, mientras la mayoría se decanta por el uso de preservativos o anticonceptivos inyectables. Es importante resaltar que existe un importante número de participantes que considera la anticoncepción permanente como la opción más segura, lo cual refleja la respuesta verdadera a la pregunta, aunque no es la recomendada para la población juvenil y sin hijos.

8.3 VARIABLE ACTITUD

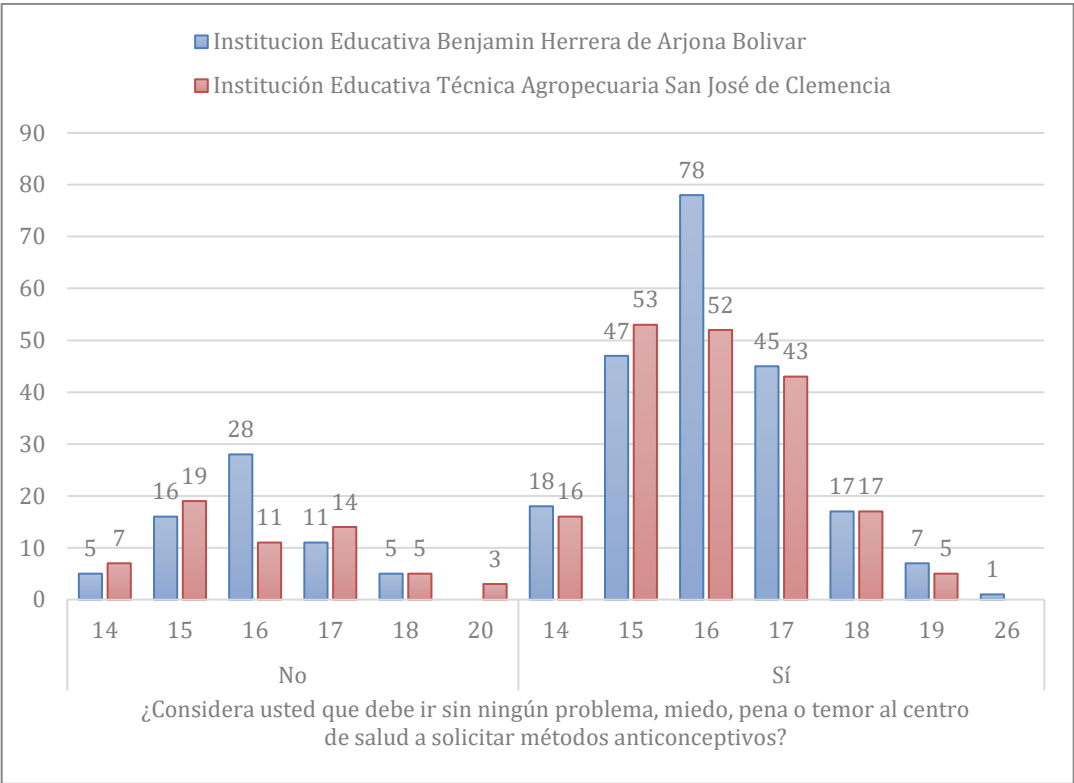
GRÁFICA 6. CONCEPCION DEL USO DE ANTICONCEPTIVOS POR ADOLESCENTES



Fuente: Autoría propia

Análisis: La grafica No. 6 que la gran mayoría consideró que si era lícito para el adolescente usar anticonceptivos. Sin embargo, sobresalta el hecho de que en la actualidad existan minorías en ambas instituciones educativa que no consientan el uso de anticonceptivos. De forma contraria, tampoco se observó una tendencia de aumento con respecto a la edad.

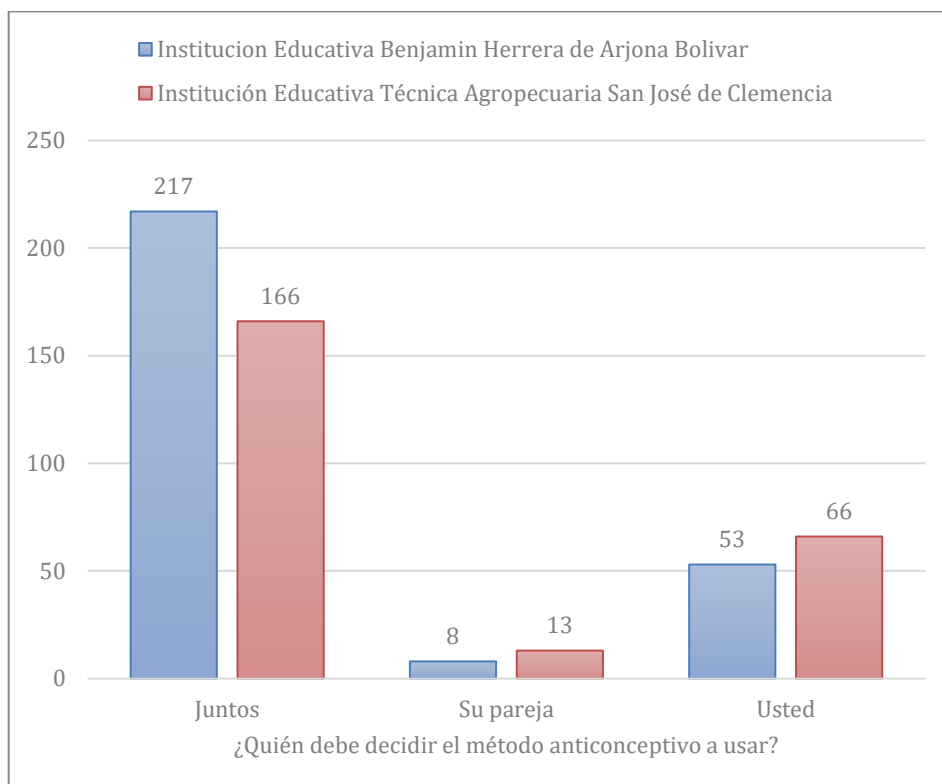
GRÁFICA 7. AUSENCIA DE TEMOR, PROBLEMA, MIEDO Y PENA AL SOLICITAR MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS



Fuente: Autoría propia

Análisis: La gráfica No. 7 muestra que existe un importante de encuestados que sienten vergüenza de buscar orientación formal sobre anticonceptivos. En una eventual intervención, este supone un punto crítico. Recalcar que no debe tratarse el tema como tabú o vergüenza es vital para si posterior aplicación en la vida sexual.

GRÁFICA 8. DECISIÓN DEL USO DE METODO ANTICONCEPTIVO



Fuente: Autoría propia

Análisis: La gráfica No. 8 muestra que la mayoría de población deposita responsabilidad de anticoncepción en ambos actores de la relación, e incluso, es alentador el hecho de que haya gran proporción de personas que se consideran responsables directos de la anticoncepción.

8.4 VARIABLE PRACTICA

Tabla 7. Respuestas afirmativas en cada institución

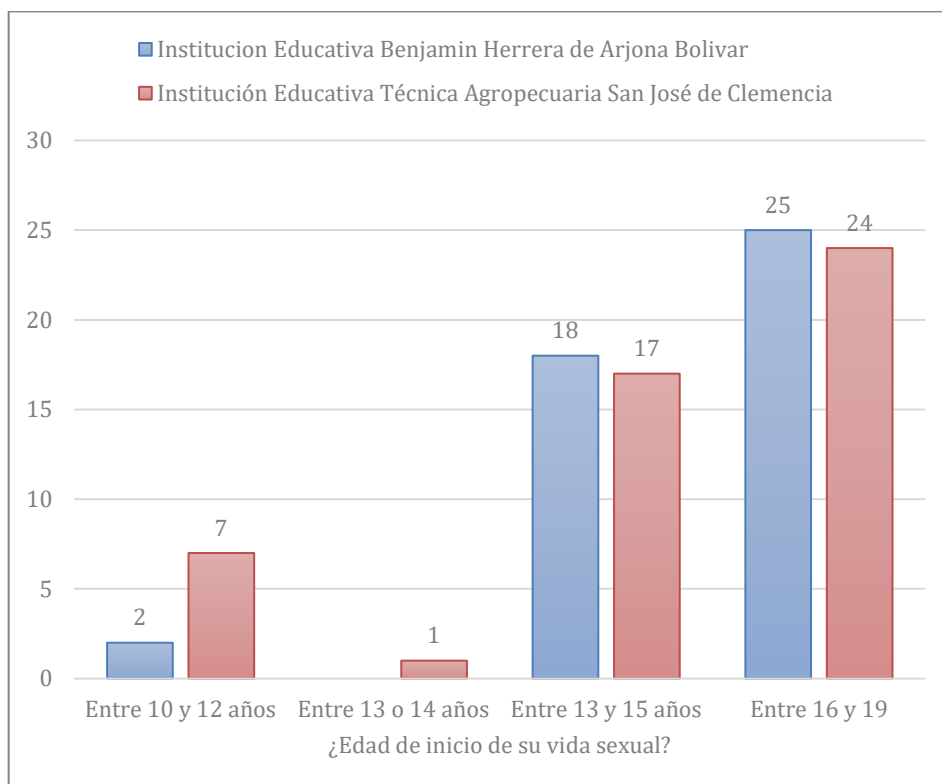
| Pregunta resumida | Arjona n=278 (%) | Clemencia n=245 (%) | Total, n= 523 (%) |
|---|------------------|---------------------|-------------------|
| ¿Ya inicio vida sexual? | 66 (23%) | 84 (34%) | 150 (28%) |
| ¿Tiene vida sexual activa ahora? | 46 (17%) | 55 (22%) | 101 (19%) |
| ¿Uso anticonceptivos cuando inicio vida sexual? (n=150) † | 37 (56%) | 34 (40%) | 71 (47%) |
| ¿Usted usa o usó anticonceptivos? (n=150) † | 49 (74%) | 52 (61%) | 101 (67%) |

Fuente: Autoría Propia

† Se tomo de referencia a aquellos que habían iniciado vida sexual, además algunos que iniciaron vida sexual no contestaron la pregunta indicada posteriormente.

Análisis: En la tabla 7 se observa que el 77% utilizaron anticonceptivos en su primera relación sexual, quienes usan anticonceptivos en la actualidad o usaron recientemente, y se observó que el 67% manifiesta haber usado o usar en la actualidad un anticonceptivo, lo que denota un practica optima, sin embargo, según la tabla, el comportamiento es diferente entre ambas instituciones educativas puesto que Clemencia no tuvo practicas optimas sino adecuadas, restándole eficacia.

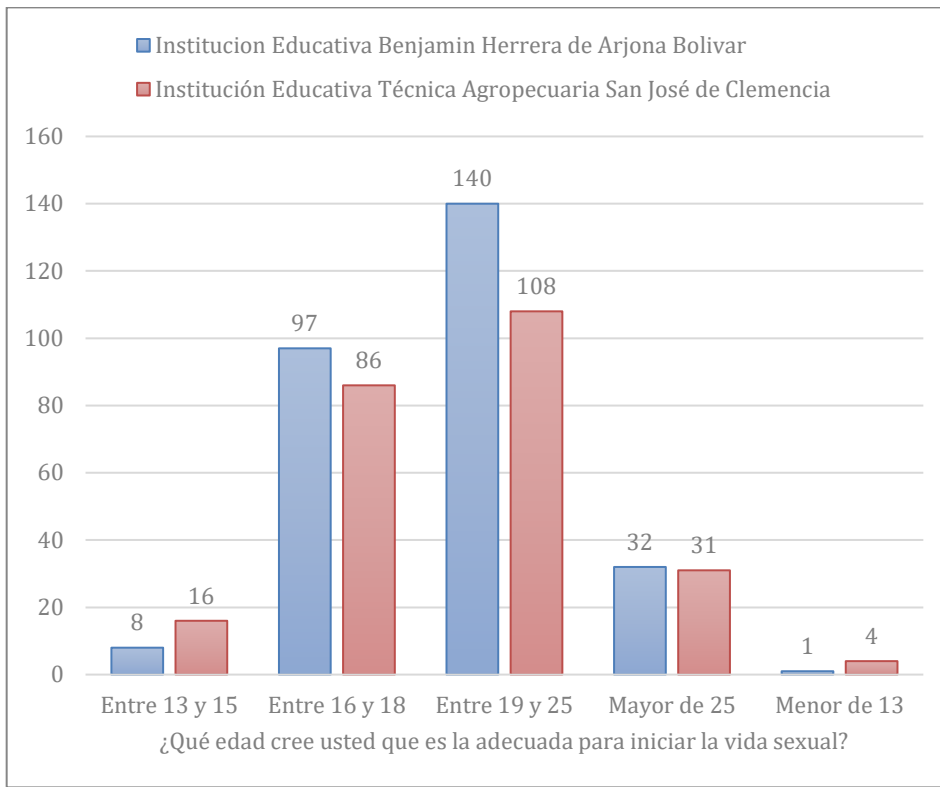
GRÁFICA 9. INICIO DE VIDA SEXUAL DE ENCUESTADOS



Fuente: Autoría propia

Análisis: En la gráfica No. 9 se observa que la mayoría de encuestados no ha iniciado la vida sexual, mientras tanto la mayoría inició vida sexual entre los 13 y los 19 años. Esta tendencia muestra que la vida sexual inicia a mayor edad posible. De las 101 personas que iniciaron vida sexual según la gráfica 15, por efectos de mal diligenciamiento de la encuesta 26 no respondieron esta pregunta, puesto que era una pregunta opcional según la anterior.

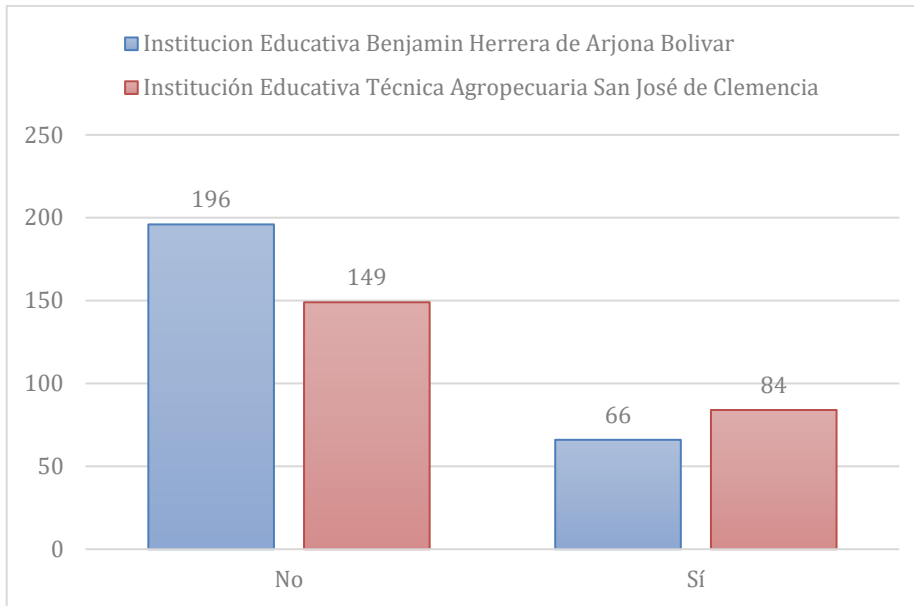
GRÁFICA 10. EDAD IDEAL PARA INICIO DE VIDA SEXUAL



Fuente: Autoría propia

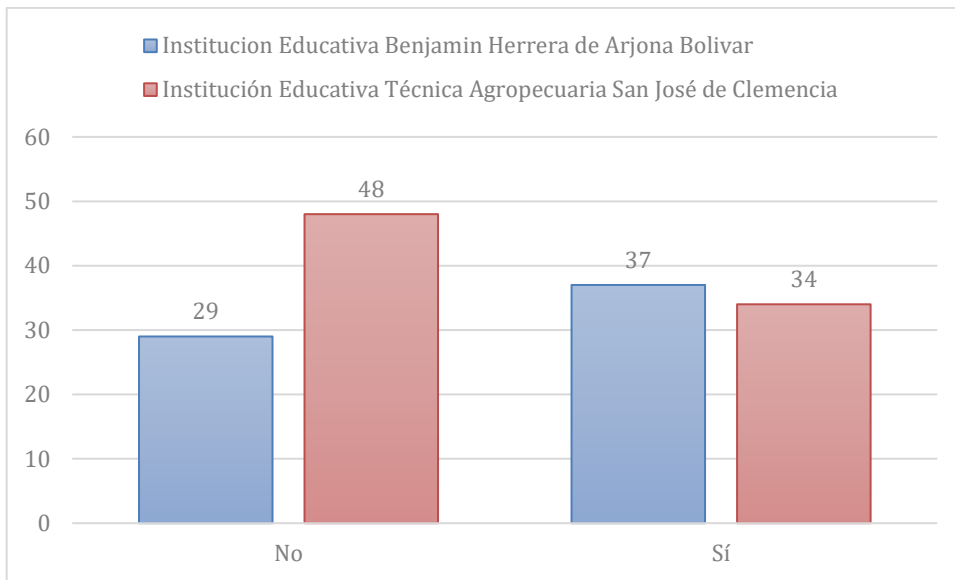
Análisis: En la gráfica No. 10 se observa que la mayoría de personas considera ideal iniciar vida sexual entre los 16 y 25 años. Se resalta también una minoría que considera el inicio de vida sexual siendo menor de los 13 años como ideal. También es importante exponer que 63 encuestados mostraron una postura conservadora con inicio de vida sexual mayor a los 25 años, lo cual puede ser explicado por la distribución de religiones declaradas.

GRAFICA 11. DISTRIBUCION DE PRACTICAS DE ANTICONCEPTIVOS SEGÚN INICIO DE VIDA SEXUAL



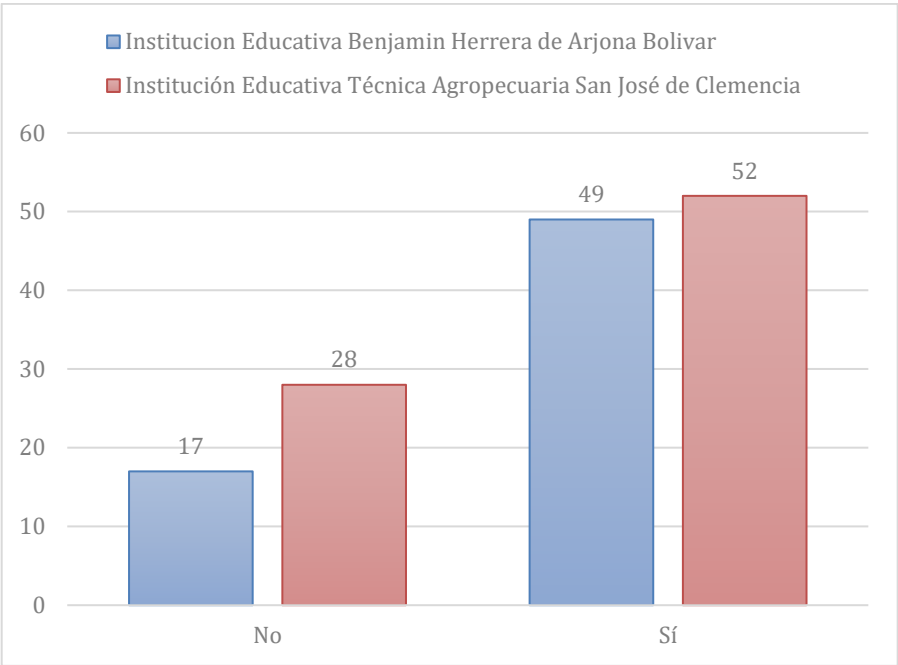
Análisis: Este es un gráfico de barras que expone las personas que han tenido relaciones sexuales en algún momento del pasado, del cual se observa que, del total de personas en el estudio, el 28% inicio vida sexual (n=150). De este 28%, se subdividieron dos gráficos, uno de estos agrupo a los que usaron anticonceptivos cuando iniciaron vida sexual y otro de los que han usado recientemente, y se describen a continuación:

GRAFICA 12. DISTRIBUCION DE PARTICIPANTES QUE USARON ANTICONCEPTIVOS EN SU PRIMERA RELACION SEXUAL



Análisis: Este grafico expone a los que usaron anticonceptivos en su primera relación sexual y se observa que el 47% utilizaron anticonceptivos en su primera relación sexual. Se mantuvieron comportamientos similares en ambas instituciones en cuanto a las respuestas afirmativas. Para respuestas negativas se observa una mayor proporción de personas que no usaron anticonceptivos en la primera relación sexual, denotando una practica casi mala de anticonceptivos al inicio de su vida sexual.

GRAFICA 13. DISTRIBUCION DE PARTICIPANTES QUE USA O USO ANTICONCEPTIVOS RECIENTEMENTE



Análisis: Esta grafica de barras expone a las personas que usaron anticonceptivos recientemente en sus relaciones sexuales, y se observó que el 67% manifiesta haber usado o usar en la actualidad un anticonceptivo, lo que denota un practica optima, sin embargo, según la tabla anterior, el comportamiento es diferente entre ambas instituciones educativas puesto que Clemencia no tuvo practicas optimas sino adecuadas, restándole eficacia a los anticonceptivos a la población en general. Otro punto por rescatar que dentro de los participantes el método anticonceptivo que consideran mas seguro o eficiente es el preservativo

9 DISCUSIÓN

Nuestro estudio demostró que existe un alto nivel de conocimiento, actitud favorable y practicas optimas hacia los anticonceptivos. Estos hallazgos resultan alentadores a la hora de abordar la población como un todo, sin embargo, para conocer de forma más precisa la naturaleza de estos resultados es necesario observar la forma en que se comportaron los grupos a la hora de responder los demás interrogantes de la encuesta. El alto conocimiento sobre anticonceptivos concuerda con resultados de previas investigaciones en Cartagena (35), Cúcuta (Colombia) (33) y Chile (28), y contrasta con el conocimiento inadecuado de Munguía et al. (30) y Rivera-Sánchez et al.(31), quienes evaluaron una población con características parecidas. A la hora de interpretar el alto conocimiento surgen incongruencias, pues a pesar de declarar conocer los anticonceptivos, el método considerado más seguro es el uso de preservativos. En aras de entender este comportamiento, se hace necesaria la discriminación de conocimiento por cada anticonceptivo, el cual Rodríguez et al. (29) evaluó por medio de una encuesta enfocada a cada anticonceptivo, y encontraron que a el nivel de conocimiento es alto respecto a los métodos modernos de anticoncepción, tales como la píldora, el condón y los inyectables, que, de los métodos tradicionales, como el ritmo, el coito interrumpido, la abstinencia o el uso de hierbas. Esta misma conclusión es presentada por el estudio de Atehortúa-Puerta et al. (33), quienes en relativa concordancia con nuestro estudio, encontraron el nivel más alto de conocimientos en los métodos de barrera y naturales y el nivel más bajo en los métodos hormonales y quirúrgicos. Probablemente el grado de escolaridad influya en la desigualdad en conocimiento entre un anticonceptivo y otro, pero lo que es cierto es que la evidencia apunta a que mientras mas sencillo de usar y entender sea el anticonceptivo más fácil será la adquisición de su conocimiento. Por su lado, Lopez-Lopez et al. (26) encontraron un regular nivel de conocimiento atribuible al perfil de seguridad de cada uno (reacciones adversas y efectos secundarios), es decir, una probable intervención en la población estudiada debería incluir este apartado por cada anticonceptivo.

Mas del 25% de encuestados considero que el uso de preservativo representa el método anticonceptivo ideal, esta fue la respuesta con mayor frecuencia observada.

Debido a que el preservativo no representa ser el método ideal en la mayoría de escenarios, este resultado sugiere que estos encuestados carecen de información básica (particularmente de fuentes confiables) sobre métodos anticonceptivos. Esta falta de información confiable podría haber influido en el uso de anticonceptivos. Medidas considerablemente sencillas de aplicar son los teléfonos móviles y las redes sociales, sin embargo, las autoridades ocasionalmente censuran todo contenido relacionado a actos sexuales o sus similares, lo cual es un obstáculo importante para la diseminación de información veraz sobre anticonceptivos. En poblaciones con alto conocimiento per se (estudiantes o profesionales de la salud), se ha identificado que la edad, el estado civil y el nivel de escolaridad influyen en relación directamente proporcional en el conocimiento sobre anticonceptivos (27). Nuestra población tuvo un promedio de 16 años, denotando una adolescencia tardía (50), lo cual explica el alto conocimiento de nuestra población. Un número importante de participantes señaló que ha recibido información de muchas de las fuentes indicadas, lo que denota una sistematización de momento bien avanzada, sin embargo, debido a que la mayoría considero el preservativo como el método ideal, es posible que este avance sistemático no este funcionando de forma óptima. Al preservativo se le conocen pocos efectos adversos, es posible que debido a esto tenga mayor predilección en la población, sin embargo, esto puede obedecer a que es un método anticonceptivo muy sencillo de entender, lo que facilita su uso diseminado en la población regular.

Tomando el tema de una eventual intervención en la población, se ha mencionado que las redes sociales son un canal altamente efectivo, sin embargo, existen contrapiés que pueden entorpecer la labor por este medio. Las redes sociales se ven inmiscuidas en un contexto de mal información, poca confiabilidad de fuentes y exposición de rechazo hacia los anticonceptivos. El término “hormonofobia” surgió producto de múltiples propagandas enfocadas a desalentar el uso de anticonceptivos hormonales sugiriendo supuestos mecanismos nocivos para la salud femenina. La hormonofobia a menudo coloca a las farmacéuticas responsables de la manufacturación y comercio del medicamento anticonceptivo dentro de un contexto conspiranoide por múltiples teorías de invención secular (51).

Esto pone en evidencia que, en aras de lograr una intervención efectiva por las redes sociales, se requiere la validación por fuentes oficiales como la OMS, órganos de salud pública gubernamentales, sociedades u organizaciones reconocidas legalmente y capaces de presentar una defensa de su información en un eventual enfrentamiento legal por la veracidad de la información. Otro pilar importante para la diseminación de información sobre métodos anticonceptivos son las intervenciones a nivel de institución educativa. Alentando este mismo medio, una reciente revisión de Cochrane concluyó que los sitios con pocos recursos necesitan programas que puedan funcionar en su entorno y con sus clientes habituales (21), es decir, estudiantes de instituciones educativas de zonas rurales pueden ser intervenidos en las mismas instalaciones donde reciben clase. Tomando en cuenta tipos de intervenciones específicas que desde la teoría han mostrado una efectividad óptima, la entrevista motivacional ayuda a las personas a identificar y verbalizar sus razones o motivaciones para el cambio. Estas técnicas se utilizaron por primera vez durante las sesiones de asesoramiento para tratar el consumo excesivo de alcohol. Durante tres décadas, esta técnica se ha aplicado a una amplia gama de comportamientos y se ha utilizado en combinación con otras teorías. También existe la Teoría Cognitiva Social, la cual establece que los comportamientos, pensamientos y emociones actuales y el entorno interactúan para afectar el nuevo comportamiento, esta teoría aportó el constructo de autoeficacia, es decir, confianza en la capacidad individual para emprender un comportamiento específico (21). Ejemplificando las dos teorías anteriores, la entrevista motivacional expone una situación actual presuntamente desfavorable para el individuo, como el hecho de colocar múltiples ejemplos en la sociedad de anticoncepción fallida en que se vieron frustrados sus proyectos de vida; y por otro lado, la teoría cognitiva social afirma que la misma persona puede tener la capacidad del cambio partiendo de su voluntad, es decir, usar anticonceptivos a pesar de que el ambiente sea hostil en contra de su uso, mantener mentalidad fuerte y firmeza respecto a las decisiones en aras de evitar futuros indeseados. Estas dos teorías son las que mayor efectividad han mostrado y han sido validadas en poblaciones a diferentes niveles socioculturales.

Alrededor de solo dos tercios de los encuestados que tienen vida sexual activa usan métodos anticonceptivos, lo que nos permite entender que un tercio de los que tienen vida sexual activa no están usando anticonceptivos, es decir, existe un riesgo latente en este grupo para embarazos no planificados o enfermedades de transmisión sexual. Este resultado corrobora lo que han demostrado otros estudios, que los adolescentes y los jóvenes constituyen un grupo de alto riesgo de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA (52). Estas son condiciones que podrían evitarse con un buen conocimiento y práctica de anticonceptivos. Estos sucesos podrían deberse a que estos adolescentes se encuentran en el período de transición a la edad adulta y es probable que experimenten, incluida la experimentación sexual, y su participación en la actividad sexual sin protección también es más prevalente. Se ha demostrado además, que existe una mayor probabilidad de que embarazos no planificados terminen en aborto (53), por lo que es posible que exista un subregistro de los datos. En caso de que el comportamiento se mantenga estable con el tiempo, se prevé que aproximadamente el solo 1% de quienes recibieron adecuada sobre anticonceptivos (n~4) tendrán un embarazo no deseado de acuerdo a las observaciones realizadas por Gonzalez et al. (28), quienes también encontraron un alto nivel de conocimiento.

Respecto a las practicas, se observó un fenómeno interesante, pues de la población que inicio vida sexual la mayoría (53%) no utilizo métodos anticonceptivos, dicho de otra forma, se observo una mala practica en el inicio de vida sexual, sin embargo, actualmente la práctica es óptima. No obstante, este dato fue el único que mostro diferencias significativas entre las dos poblaciones evaluadas, pues en Clemencia no hubo una practica optima, a diferencia de Arjona donde si la hubo. Debido a que las poblaciones son iguales en términos sociodemográficos, se intuye que ninguna condición sociodemográfica influyo en estos resultados y, en cambio, se toman estos resultados con bajo riesgo de sesgo. Esta población exhibió un nivel ligeramente mas bajo de conocimiento, por lo que es posible que estos mínimos cambios en nivel de conocimiento se reflejen en las practicas de forma amplificada.

Un interrogante relativamente interesante de abordar es el sexismo (machismo o feminismo), el cual ha sido un factor determinante del uso de métodos anticonceptivos (32). El sexismo es una actitud discriminatoria de quien infravalora a las personas del sexo opuesto o hace distinción de las personas según su sexo. En el contexto de métodos anticonceptivos el sexismo y las disparidades raciales influyen de forma negativa en la salud reproductiva de la población (54). En un país en vía de desarrollo como Nigeria, los maridos apoyan las actitudes de desigualdad de género y a diferencia del estudio de Lapeira-Panneflex et al. existe la creencia de que los maridos deben tomar decisiones de planificación familiar y el uso de un método de planificación familiar (55). Lapeira-Panneflex et al. demostró el caso contrario con feminismo, pues la mujer tuvo el protagonismo en la tasa de natalidad por medio de la aplicación de anticonceptivos. Estos hallazgos contrastan con nuestro estudio en donde la mayoría de encuestados estuvo de acuerdo en conferir la responsabilidad de elegir un método anticonceptivo a ambos componentes de la pareja y no individualmente. Por lo anterior, se puede afirmar que el sexismo no representa la opinión de la mayoría de encuestados y, por ende, existe una aceptable equidad de género. Es importante anotar que la equidad de género no solo determina la forma en que se emplean los métodos anticonceptivos y así la incidencia de embarazos no planificados, sino también, incluso, la mortalidad infantil del embarazo subsecuente (56). De este modo, es coherente idear políticas que regulen este aspecto al punto de mitigar el impacto del sexismo en la sociedad y promover la equidad de género.

Otro aspecto importante es la influencia de la religión en los resultados. La mayoría fueron católicos, seguidos de los evangélicos (protestantes) y testigos de Jehová. Lo anterior nos permite circunscribir casi el total de la población al marco del cristianismo en sus diferentes denominaciones, y una minoría al ateísmo. Existe gran ambigüedad en este tema, debido a que la biblia como libro máximo señala que la concepción es un regalo divino y que evitarlo es desecharlo, por lo que es común que en diferentes denominaciones no sean permitidos los métodos anticonceptivos. Por su parte, la iglesia Católica ha sido enfática por medio del mensaje de los papas, en que los únicos métodos anticonceptivos son los naturales

(coitus interruptus, método de ritmo y abstinencia), los demás no son permitidos y específicamente los métodos de emergencia son abiertamente prohibidos (57). Esta información puede dar explicación a la aceptación que hubo hacia los métodos naturales (coitus interruptus y abstinencia) cuando se les pregunto por el ideal. La religión evangélica por su lado representa la segunda denominación más común en nuestro estudio. El evangelismo es una denominación del protestantismo, quienes han mostrado mayor flexibilidad sobre los anticonceptivos, dando mayor protagonismo a la “pureza” (virginidad), por lo que la abstinencia tenga mayor representatividad. Por lo anterior, se explica que estos participantes no fueron influidos representativamente por la religión a la hora de contestar la encuesta, salvo en la escogencia de la abstinencia como el anticonceptivo ideal.

10 CONCLUSIONES

Nuestro estudio demostró que existe un alto nivel de conocimiento, actitud favorable y practicas optimas hacia los anticonceptivos entre los estudiantes de las instituciones educativas de Arjona y Clemencia. Sin embargo, se evidenció que en la variable de las características sociodemográficas de los participantes, el sexo que mayor predominó fue el femenino en ambas instituciones, denotándose mayor participación las mujeres del colegio benjamín herrera entre la edad 16 años, y en la institución de clemencia la edad que mayor predominó fue 15 años.

Con la variable de conocimiento se obtuvo alto conocimiento, pero esto podría no ser el adecuado para alentar una actitud favorable y una práctica optima, particularmente en la población de Clemencia, donde la práctica se vio negativamente afectada. Es muy probable que los estudiantes en general tengan conocimientos imprecisos debido al uso de malas fuentes de información.

Dentro de la variable de actitud obtuvo una respuesta favorable, ya que la mayoría respondieron que SI era licito para el adolescente usar métodos anticonceptivos. Las edades que mayor predominó fueron 15, 17 siendo mayor 16 años en el colegio benjamín herrera, los resultados negativos pueden con llevar embarazos no planificados, y la mayor decisión del uso de los métodos fue considerada que la obtienen juntos, Aunque USTED es una buena elección, ya que obtiene una responsabilidad al utilizar los anticonceptivos. Denotándose que la edad de mayor inicio de vida sexual fue entre los 13 a 19 años de ambos colegios.

Con respecto a variable práctica puede aumentar mucho más con una debida intervención pedagógica sobre métodos anticonceptivos, de esta forma se disminuyen los indicadores que alimentan al embarazo no planificado y enfermedades de transmisión sexual, los cuales son dos problemas de salud pública.

Una eventual intervención pedagógica debería ser basada en teorías validadas en poblaciones similares y el medio óptimo para su implementación son las instalaciones de cada institución educativa, además se deben contemplar los todos detalles pertinentes relacionados a los anticonceptivos más accesibles para la población. Se agrega que las redes sociales son un medio altamente efectivo

siempre que la intervención sea avalada por una organización formalmente reconocida.

10.1 RELACION ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO, PRACTICAS Y ACTITUDES

En el presente estudio se demostró un alto nivel de conocimientos, actitud favorable y practica optima hacia los anticonceptivos. Aquí observamos un escenario ideal, en el que los conocimientos suficientes sobre anticonceptivos se traducen en favorables actitudes, y por ende, optimas prácticas. De manera que se observa una relación interdependiente en el presente estudio. Es bien sabido que para poder aplicar (poner en práctica) un conocimiento hay que tener disposición (actitud) para obtener los beneficios supuestos desde el conocimiento. Sin embargo, existen algunos apartados que son necesarios destacar como son que para que exista practica debe haber vida sexual, la cual fue mínima en el presente estudio, por lo que para esta población aún existen variables de practica que tardaran tiempo en demostrarse, por ejemplo, no es claro si el adolescente que tiene un alto nivel de conocimiento y total disposición a aplicarlos realmente lo hará. Es la falta de efecto del conocimiento y actitud sobre la práctica, que finalmente impactara en la vida del individuo. Este fenómeno se observó de forma parcial en algunos de los encuestados, debido a que, si el 86% de población conocía sobre anticonceptivos (denotando alto conocimiento sobre anticonceptivos), el 67% de los que tiene vida sexual activa pone en práctica correctamente los métodos anticonceptivos (denotando una práctica apenas optima de anticonceptivos) Es probable que los que no iniciaron vida sexual conozcan menos sobre anticonceptivos que los que si iniciaron, afectando los resultados. Por esta razón, a pesar de que los resultados resulten aparentemente prometedores, existen estas importantes consideraciones a tener en cuenta durante su interpretación

11 RECOMENDACIONES

- Se requiere una intervención pedagógica en la población encuestada enfocada a métodos anticonceptivos.
- Se debe educar sobre los efectos secundarios de cada anticonceptivo y su efectividad.
- Se debería emplear e intervenir la teoría de entrevista motivacional o la Teoría Cognitiva Social aplicadas a los métodos anticonceptivos para intervenir a la población.
- Es mandatorio informar sobre el riesgo concomitante de enfermedades de transmisión sexual por la mala práctica de métodos anticonceptivos.
- Fomentar el establecimiento de políticas que promuevan la equidad de género.
- Se debería emplear las redes sociales como medio de difusión activa por medio de una organización formalmente reconocida.
- Informar sobre el riesgo concomitante de enfermedades de transmisión sexual por la mala práctica de métodos anticonceptivos.
- Se solicitó un espacio para socialización en ambas instituciones, para que los colegios puedan hacer una intervención oportuna y verás de acuerdo con los objetivos planteados, acordado para el primer periodo del 2022.
- Apoyo intersectorial con los entes territoriales, para trabajar de manera articulada en la prevención de embarazos en adolescentes.
- Recomendar a las instituciones de contratar personal capacitado en salud sexual y reproductiva para brindar la información a los adolescentes.
- Fomentar en las instituciones practica para la prevención de embarazos a temprana edad y seguimiento a los casos.
- Se recomienda que cada Institución educativa cuente con un programa de salud sexual y reproductiva el cual se dirigido por personas idóneas en el campo.

12 BIBLIOGRAFÍA

1. Robbins CL, Ott MA. Contraception options and provision to adolescents [Internet]. Vol. 69, Minerva Pediatrica. Minerva Pediatr; 2017 [cited 2021 Oct 21]. p. 403–14. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28643995/>
2. Fertility Awareness-Based Methods for Family Planning: A Literature Review. J Christ Nurs [Internet]. 2020;37(4). Available from: https://journals.lww.com/journalofchristiannursing/Fulltext/2020/10000/Fertility_Awareness_Based_Methods_for_Family.27.aspx
3. Hiltabiddle SJ. Adolescent condom use, the health belief model, and the prevention of sexually transmitted disease. [Internet]. Vol. 25, Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN / NAACOG. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs; 1996 [cited 2021 Oct 21]. p. 61–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8627404/>
4. Apter D. Contraception options: Aspects unique to adolescent and young adult [Internet]. Vol. 48, Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol; 2018 [cited 2021 Oct 22]. p. 115–27. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29032945/>
5. Harper CC, Blum M, De Bocanegra HT, Darney PD, Speidel JJ, Policar M, et al. Challenges in translating evidence to practice: The provision of intrauterine contraception. Obstet Gynecol [Internet]. 2008 Jun [cited 2021 Oct 21];111(6):1359–69. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18515520/>
6. Blum R, Gates W. Girlhood, Not Motherhood [Internet]. United Nations Population Fund. 2015 [cited 2021 Oct 22]. 1–62 p. Available from: <https://www.unfpa.org/publications/girlhood-not-motherhood>
7. Organización Mundial de la Salud. High Rates of Unintended Pregnancies Linked to Gaps in Family Planning Services: New WHO Study [Internet]. World

Health Organisation. 2019 [cited 2021 Oct 22]. Available from: <https://www.who.int/news/item/25-10-2019-high-rates-of-unintended-pregnancies-linked-to-gaps-in-family-planning-services-new-who-study>

8. Mann L, Bateson D, Black KI. Teenage pregnancy. *Aust J Gen Pract* [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2021 Oct 5];49(6):310–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32464731/>

9. Vargas G, Borus J, Charlton BM. Teenage pregnancy prevention: The role of young men [Internet]. Vol. 29, *Current Opinion in Pediatrics*. *Curr Opin Pediatr*; 2017 [cited 2021 Oct 22]. p. 393–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28538285/>

10. Goossens G, Kadji C, Delvenne V. Teenage pregnancy: a psychopathological risk for mothers and babies? [Internet]. Vol. 27, *Psychiatria Danubina*. *Psychiatr Danub*; 2015 [cited 2021 Oct 22]. p. S499–503. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26417827/>

11. Maravilla JC, Betts KS, Couto e Cruz C, Alati R. Factors influencing repeated teenage pregnancy: a review and meta-analysis [Internet]. Vol. 217, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. *Am J Obstet Gynecol*; 2017 [cited 2021 Oct 6]. p. 527-545.e31. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28433733/>

12. Daniels JP. Tackling teenage pregnancy in Colombia [Internet]. Vol. 385, *The Lancet*. Elsevier; 2015. p. 1495–6. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S0140673615607383/fulltext>

13. Redacción Nacional. Alarmantes cifras de embarazo adolescente en Colombia | EL ESPECTADOR [Internet]. *El Espectador*. 2014 [cited 2021 Oct 22]. Available from: <https://www.elespectador.com/salud/alarmantes-cifras-de-embarazo-adolescente-en-colombia-article-518121/>

14. DANE. Nacimientos y Defunciones [Internet]. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. 2021 [cited 2021 Oct 22]. Available from:

<https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/nacimientos-y-defunciones>

15. UNICEF. Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos (% de mujeres entre 15 y 49 años) | Data [Internet]. datos.bancomundial.org. 2019 [cited 2021 Oct 12]. Available from: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.CONU.ZS?end=2019&locations=CO&start=1960&view=chart>

16. Peñas Arana MC. Embarazo adolescente en Cartagena [Internet]. Cartagena Cómo Vamos. 2017 [cited 2021 Oct 22]. Available from: <http://www.cartagenacomovamos.org/nuevo/embarazo-adolescente-en-cartagena/>

17. Prada PE, Maddow-Zimet I, Juárez F. El costo de la atención postaborto y del aborto legal en Colombia. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2014;(SPEC. ISSUE):2–12.

18. Ramos Rodríguez NI. Embarazo en Adolescentes Problema de Salud Pública Creciente en Colombia - Sociedad Colombiana de Pediatría | SCP [Internet]. Sociedad Colombiana de Pediatría (SCP). [cited 2021 Oct 12]. Available from: <https://scp.com.co/editorial/embarazo-en-adolescentes-problema-de-salud-publica-creciente-en-colombia/>

19. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud [Internet]. 2017. 2017 [cited 2021 Oct 12]. Available from: http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/documentos/boletines/prensa/Situacion_de_los_Ninos_y_Ninas_en_Colombia.pdf

20. Minsalud. Boletín de Prensa No 009 de 2013. Servicios Amigables son piezas fundamentales del sistema para brindar información y asesoría sobre sexualidad a jóvenes del país [Internet]. 2013 [cited 2021 Oct 12]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Servicios-Amigables.aspx>

21. Lopez LM, Grey TW, Chen M, Tolley EE, Stockton LL. Theory-based

interventions for contraception [Internet]. Vol. 2016, Cochrane Database of Systematic Reviews. Cochrane Database Syst Rev; 2016 [cited 2021 Oct 22]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27879980/>

22. Institucional [Internet]. Universidad del Sinu. 2021 [cited 2021 Oct 22]. Available from: <https://www.unisinucartagena.edu.co/institucional/#1559076789015-9875a545-58fc>

23. Martos A. Breve Historia del condón y de los métodos anticonceptivos. Ediciones Nowtilus SL; 2010.

24. Guillermo Diaz A. Historia de la anticoncepción. Rev Cuba Med Gen Integr [Internet]. 1995 [cited 2021 Oct 14];11(2). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251995000200015

25. Lopez NV. Métodos anticonceptivos y su desarrollo en la historia [Internet]. Radio Nacional de Colombia. 2020 [cited 2021 Oct 14]. Available from: <https://www.radionacional.co/cultura/metodos-anticonceptivos-y-su-desarrollo-en-la-historia>

26. LÓPEZ-LÓPEZ MA, URBINA, BR VLT. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS ATENDIDAS EN MORRITO - RIO SAN JUAN, EN JUNIO 2015. [Internet]. Universidad Nacional Autónoma de Bucaramanga. 2015. Available from: <https://repositorio.unan.edu.ni/cgi/export/1455>

27. Alemán Rivera IS, Escárcega IC, Pérez-Cuevas R. Conocimientos y comportamientos sobre planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual en estudiantes de enfermería. Bol Med Hosp Infant Mex. 2013;70(1):19–25.

28. González A E, Molina G T, Luttgés D C. Características de la educación sexual escolar recibida y su asociación con la edad de inicio sexual y uso de anticonceptivos en adolescentes chilenas sexualmente activas. Rev Chil Obstet

Ginecol [Internet]. 2015;80(1):24–32. Available from: <https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v80n1/art04.pdf>

29. Rodríguez Torres E, Orozco K, Gil LM, Mosquera N. Uso y conocimiento de métodos anticonceptivos en estudiantes de décimo y undécimo grado, Puerto Tejada - Cauca. 2015 May 3 [cited 2021 Nov 8]; Available from: <https://repository.usc.edu.co/handle/20.500.12421/875>

30. Munguía Flores CD, Aguilar Blanco HO. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre Métodos Anticonceptivos en los adolescentes del Instituto Público de Quilalí, Municipio de Quilalí, Departamento de Nueva Segovia, en el período del 1o. de Marzo al 31 de Mayo del 2013. 2007;

31. Rivera Sanchez S, Rojas Rodriguez L, Tabares Gelvez M. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos en adolescentes del grado décimo en el Colegio la garita, municipio los Patios durante 2018 “a.” 2018 May 25 [cited 2021 Oct 24]; Available from: <https://repositorio.udes.edu.co/handle/001/4068>

32. Lapeira Panneflex P, Acosta Salazar D, Vásquez Munive M. CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y PRÁCTICAS DE LOS ADOLESCENTES DE LA CULTURA CARIBE EN ANTICONCEPCIÓN. Rev Cuid [Internet]. 2016 Nov 8;7(1):1204–9. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359543375008>

33. Atehortua-Puerta W, Acosta S, López A, Suárez J, Melo A, Carrascal S. Conocimiento métodos anticonceptivos en estudiantes de pregrado. Rev Cienc y Cuid [Internet]. 2011 [cited 2021 Nov 8];8(1):47–54. Available from: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/473>

34. Barandica Padilla D. Imaginarios socioculturales de planificación familiar y práctica de métodos anticonceptivos de las madres usuarias del hogar infantil “La Abejita” de Membrillal. Cartagena de indias, 2015. 2016 [cited 2021 Nov 8]; Available from: <http://hdl.handle.net/11227/2614>

35. Crespo Gomez S, Jimenez Caicedo N, Rodelo Tuñón H. Conocimiento, Actitudes y Prácticas de los Adolescentes frente a la Anticoncepción en dos Instituciones Educativas de Cartagena 2017-I. Universidad del Sinu; 2017.
36. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua 23.^a ed., [versión 23.4 en línea] [Internet]. Madrid. 2021 [cited 2021 Nov 12]. Available from: <https://dle.rae.es>
37. Deshmukh P, Antell K, Brown EJ. Contraception Update: Progestin-Only Implants and Injections [Internet]. Vol. 462, FP essentials. FP Essent; 2017 [cited 2021 Oct 12]. p. 25–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29172413/>
38. Ruiz RV. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN LA SALUD SEXUAL Y LA SALUD REPRODUCTIVA: PROPUESTA DE UNA ESCALA PSICOMÉTRICA. Rev ABRA [Internet]. 2007 Dec 31 [cited 2021 Nov 13];27(36):135–67. Available from: <https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/abra/article/view/1554>
39. Institucional R. Archivos institucionales. Arjona: INSTITUCION EDUCATIVA BENJAMIN HERRERA DE ARJONA BOLIVAR; 2021.
40. Institucional R. Archivos institucionales. Clemencia: INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÉCNICA AGROPECUARIA SAN JOSÉ DE CLEMENCIA; 2021.
41. Festin MPR. Overview of modern contraception. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2021 Oct 22];66:4–14. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32291177/>
42. Grimes DA, Lopez LM, O'Brien PA, Raymond EG. Progestin-only pills for contraception. In: Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Cochrane Database Syst Rev; 2010 [cited 2021 Oct 12]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20091638/>
43. Yranski PA, Gamache ME. New options for barrier contraception. JOGNN - J Obstet Gynecol Neonatal Nurs [Internet]. 2008 [cited 2021 Oct 12];37(3):384–9.

Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18507612/>

44. Craig S, Hepburn S. The effectiveness of barrier methods of contraception with and without spermicide. *Contraception* [Internet]. 1982 [cited 2021 Oct 12];26(4):347–59. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6759027/>

45. Black KI, Hussainy SY. Emergency contraception: Oral and intrauterine options [Internet]. Vol. 46, *Australian Family Physician*. Aust Fam Physician; 2017 [cited 2021 Oct 12]. p. 722–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29036770/>

46. Mittal S. Emergency contraception: Which is the best? [Internet]. Vol. 68, *Minerva Ginecologica*. Minerva Ginecol; 2016 [cited 2021 Oct 12]. p. 687–99. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27082029/>

47. Patil E, Jensen JT. Permanent Contraception for Women. *Semin Reprod Med* [Internet]. 2016 Mar 9 [cited 2021 Oct 22];34(03):139–44. Available from: <http://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0036-1571434>

48. Hernández-Sampieri R, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación [Internet]. *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Mc Graw Hill Education; 2018 [cited 2021 Nov 8]. 387–410 p. Available from: [http://repositorio.uasb.edu.bo:8080/bitstream/54000/1292/1/Hernández-Metodología de la investigación.pdf](http://repositorio.uasb.edu.bo:8080/bitstream/54000/1292/1/Hernández-Metodología%20de%20la%20investigación.pdf)

49. Roht LH. Principles of epidemiology : a self-teaching guide [Internet]. Elsevier; 2013 [cited 2021 Nov 15]. 527 p. Available from: https://books.google.com/books/about/Principles_of_Epidemiology.html?hl=es&id=QhoIBQAAQBAJ

50. Todd N, Black A. Contraception for Adolescents. *J Clin Res Pediatr Endocrinol* [Internet]. 2020 [cited 2021 Nov 23];12(Suppl 1):28. Available from: </pmc/articles/PMC7053440/>

51. Foran T. Contraception and the media: lessons past, present and future. <https://doi.org/10.1080/1362518720181563067> [Internet]. 2019 Jan 2 [cited 2021 Nov 24];24(1):80–2. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13625187.2018.1563067>
52. Wilkinson P, French R, Kane R, Lachowycz K, Stephenson J, Grundy C, et al. Teenage conceptions, abortions, and births in England, 1994-2003, and the national teenage pregnancy strategy. *Lancet* [Internet]. 2006 Nov 25;368(9550):1879–86. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S0140673606697778/fulltext>
53. Finer LB, Zolna MR. Declines in Unintended Pregnancy in the United States, 2008-2011. *N Engl J Med* [Internet]. 2016 Mar 3 [cited 2021 Nov 23];374(9):843–52. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26962904/>
54. Rosenthal L, Lobel M. Gendered racism and the sexual and reproductive health of Black and Latina Women. *Ethn Health* [Internet]. 2020 Apr 2 [cited 2021 Nov 23];25(3):367–92. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29447448/>
55. Fleming PJ, Shakya H, Farron M, Brooks MI, Lauro G, Levtov RG, et al. Knowledge, attitudes, and practices related to family planning and gender equity among husbands of adolescent girls in Niger. *Glob Public Health* [Internet]. 2020 May 3 [cited 2021 Nov 23];15(5):666–77. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31791194/>
56. Bagade T, Chojenta C, Harris ML, Nepal S, Loxton D. Does gender equality and availability of contraception influence maternal and child mortality? A systematic review. *BMJ Sex Reprod Heal* [Internet]. 2020 Oct 1 [cited 2021 Nov 24];46(4):244–53. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31754064/>
57. Pinter B, Hakim M, Seidman DS, Kubba A, Kishen M, Di Carlo C. Religion and family planning. *Eur J Contracept Reprod Health Care* [Internet]. 2016 Nov 1 [cited 2021 Nov 24];21(6):486–95. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27681868/>

13 ANEXOS

Sistema de recolección de datos Instrumento nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre los métodos anticonceptivos.

| Nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre los métodos anticonceptivos | |
|--|--|
| <p>OBJETIVO: Determinar los conocimiento, actitudes y prácticas sobre los métodos anticonceptivos en los estudiantes de grados 9, 10, 11 de dos instituciones educativas del departamento de Bolívar durante 2021.</p> <p>INSTRUCTIVO: Marque con una X.</p> | |
| CUESTIONARIO | |
| CARACTERISTICAS GENERALES | A. ¿Edad? _____ |
| | B. Genero <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino |
| | C. Estrato Socioeconómico: 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ |
| | D. Convive con sus padres: Si _____ No _____ |
| | E. ¿Ha tenido relaciones sexuales? Si _____ No _____ |
| | F. ¿Qué edad cree usted que es la adecuada para iniciar la vida sexual? <input type="checkbox"/> Menor de 13 Años <input type="checkbox"/> Entre 13 y 15 Años <input type="checkbox"/> Entre 16 y 18 Años <input type="checkbox"/> Entre 18 y 25 Años <input type="checkbox"/> Mayor de 25 Años |
| SECCIÓN 1: | 1. ¿Sabe usted que es un método anticonceptivo? Si _____ No _____ |
| | 2. Ha recibido alguna información sobre métodos anticonceptivos? Sí _____ No _____ |
| | ¿Por qué medio? |

| | |
|-------------------------------------|---|
| <p>NIVEL DE CONOCIMIENTO</p> | <p><input type="checkbox"/> Consulta médica o de enfermería</p> <p><input type="checkbox"/> Colegio</p> <p><input type="checkbox"/> Charlas</p> <p><input type="checkbox"/> Folletos</p> <p><input type="checkbox"/> Afiches</p> <p><input type="checkbox"/> Radio</p> <p><input type="checkbox"/> Televisión</p> <p><input type="checkbox"/> Revistas/periódicos</p> <p><input type="checkbox"/> Internet</p> <p><input type="checkbox"/> Otro. Cual: _____</p> <p><input type="checkbox"/> No sabe</p> |
| | <p>3. ¿Ha oído hablar de algunos de estos métodos anticonceptivos? Indique con una X cuales.</p> <p><input type="checkbox"/> Píldoras</p> <p><input type="checkbox"/> Preservativo (Condón)</p> <p><input type="checkbox"/> Inyectables</p> <p><input type="checkbox"/> DIU Espiral T.</p> <p><input type="checkbox"/> Esterilización Femenina (Ligadura de trompas)</p> <p><input type="checkbox"/> Esterilización Masculina (Vasectomía)</p> <p><input type="checkbox"/> Ritmo (calendario)</p> <p><input type="checkbox"/> Coito Interrumpido</p> <p><input type="checkbox"/> Otros métodos</p> <p>¿Cuáles? _____</p> <p>4. ¿Cuál cree usted que es el método anticonceptivo más seguro?</p> <p><input type="checkbox"/> Píldoras</p> <p><input type="checkbox"/> Preservativo (Condón)</p> <p><input type="checkbox"/> Inyectables</p> <p><input type="checkbox"/> DIU Espiral T.</p> |

| | |
|--|--|
| | <input type="checkbox"/> Esterilización Femenina (Ligadura de trompas) <input type="checkbox"/> Esterilización Masculina (Vasectomía) <input type="checkbox"/> Ritmo (calendario) <input type="checkbox"/> Coito Interrumpido <input type="checkbox"/> Otros métodos ¿Cuáles? |
| | 5. ¿Usted como adolescente puede utilizar métodos Anticonceptivos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| SECCIÓN 2: NIVEL DE ACTITUD | 6. ¿Considera usted que debe ir sin ningún problema, miedo, pena o temor al centro de salud a solicitar métodos anticonceptivos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | 7. ¿Está usted dispuesto a recibir educación sobre métodos anticonceptivos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | 8. ¿Quién debe decidir el método anticonceptivo a usar? <input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Su pareja <input type="checkbox"/> Juntos |
| | 9. ¿En este momento tiene usted vida sexual activa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| SECCIÓN 3: NIVEL PRÁCTICA | 10. Edad de inicio de su vida sexual 10-12 años <input type="checkbox"/> 13-15 años <input type="checkbox"/> 16-19 años <input type="checkbox"/> No ha iniciado |
| | 11. ¿Utilizo algún método anticonceptivo en su primera relación sexual? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuál <input type="text"/> |
| | 12. ¿Usted usa o ha usado algún método anticonceptivo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuál <input type="text"/> |

2. TABLA DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

| VARIABLE | DIMENSION | DEFINICION OPERACIONAL | INDICADOR | TIPO DE VARIABLE | TIPOLOGIA |
|----------------------------------|------------------------|--|--|------------------|------------|
| VARIABLE SOCIODEMOGRAFICA | Edad | Cada uno de los periodos en que se considera la vida humana | Entre 13 y 15 Entre 16 y 18 Entre 19 y 25 Mayor de 25 | Cuantitativa | Categorica |
| | Sexo | Conjunto de seres pertenecientes a un mismo sexo, masculino y femenino | Masculino Femenino | Cualitativa | Nominal |
| | Estrato socioeconómico | Clasificación en estratos de los inmuebles residenciales que deben recibir servicios públicos. | 1, 2, 3, 4, 5, 6 | Cuantitativa | Discreta |
| | Estado civil | Tipo de unión conyugal | 1. Casado 2. Soltero 3. Unión libre | Cualitativa | Nominal |

| | | | | | |
|---------------------------------|---|---|---|-------------|------------|
| | | | 4. Viudo 5. Separado 6. Divorciado | | |
| | Religion | Creencias divinas declaradas | Católica, protestante, evangélica, testigo de jehová, otro... | Cualitativa | Categorica |
| VARIABLE DE CONOCIMIENTO | Conocimiento de anticonceptivos | Consciencia de la existencia de métodos para prevenir un embarazo. | Si y no | Cualitativa | Nominal |
| | Exposición previa a educación sobre métodos anticonceptivos | Experiencia previa de pedagogía sobre métodos anticonceptivos | Si y no | Cualitativa | Nominal |
| | Medio de exposición previa a educación sexual | Canal por medio del cual se recibió información sobre métodos anticonceptivos | 1. Consulta médica o de enfermería 2. Colegio 3. Charlas 4. Folletos 5. Afiches | Cualitativa | Nominal |

| | | | | | |
|--|-------------------------------|--|---|-------------|---------|
| | | | 6. Radio 7. Televisión 8. Revistas/periódicos 9. Internet 10. Otro 11. No sabe / no recuerda | | |
| | Nominación de anticonceptivos | Identificación de métodos anticonceptivos por nombre | 1. Píldoras Preservativo (Condón) 2. Inyectables 3. DIU Espiral T. 4. Esterilización Femenina (Ligadura de trompas) 5. Esterilización Masculina (Vasectomía) 6. Ritmo (calendario) 7. Coito Interrumpido | Cualitativa | Nominal |

| | | | | | |
|----------------------------|--|---|---|-------------|---------|
| | | | 8. Otros métodos | | |
| | Percepción de seguridad de anticonceptivo | Consideración personal sobre anticonceptivo con mayor perfil de seguridad | 1. Píldoras Preservativo (Condón) 2. Inyectables 3. DIU Espiral T. 4. Esterilización Femenina (Ligadura de trompas) 5. Esterilización Masculina (Vasectomía) 6. Ritmo (calendario) 7. Coito Interrumpido 8. Otros métodos | Cualitativa | nominal |
| VARIABLE DE ACTITUD | Introspección de capacidad anticonceptiva positiva | Percepción sobre capacidad de uso personal de métodos anticonceptivos | Si y no | Cualitativa | Nominal |

| | | | | | |
|------------------------------|---|--|------------------------------------|--------------|----------|
| | Temor al indagar sobre métodos anticonceptivos | Percepción de indagación sobre métodos anticonceptivos como tabú | Si y no | Cualitativa | Nominal |
| | Disposición a educación sobre métodos anticonceptivos | Presencia de voluntad hacia el recibimiento de información sobre métodos anticonceptivos | Si y no | Cualitativa | Nominal |
| | Elector ideal de método anticonceptivo | Persona considerada indicada para escoger los métodos anticonceptivos para la persona | 1. Usted 2. Pareja 3. Juntos | Cualitativa | Nominal |
| VARIABLES DE PRACTICA | Vida sexual activa | Mantenimiento relativamente constante de relaciones sexuales en el presente | Si y no | Cualitativa | Nominal |
| | Edad de inicio de vida sexual | Edad en años en que se tuvo la primera | Numero | Cuantitativa | Discreta |

| | | | | | |
|----------------------------|---|--|---------|--------------|----------|
| | | relación sexual. | | | |
| VARIABLES GENERALES | Edad considerada ideal para inicio de vida sexual | Edad en años en que se considera ideal tener la primera relación sexual. | Numero | Cuantitativa | Discreta |
| | Relación sexual previa | Antecedente de experiencia de conjunto de comportamientos que se realizan entre al menos dos personas para recibir placer, donde exista alguna probabilidad de concepción. | Si y no | Cualitativa | Nominal |
| | Anticoncepción en inicio de vida sexual | Uso de anticonceptivos en primera relación sexual | Si y no | Cualitativa | Nominal |
| | Antecedente de | Exposición a anticonceptivos en vida | Si y no | Cualitativa | Nominal |

| | | | | | |
|--|----------------|------------------------|--|--|--|
| | anticoncepción | sexual previa o actual | | | |
|--|----------------|------------------------|--|--|--|

3. CARTA COMITÉ DE ETICA DE LA UNIVERSIDAD DEL SINÚ



UNIVERSIDAD DEL SINÚ

Elias Bechara Zainúm
Escuela de Enfermería

Cartagena de Indias D. T. y C., 03 de noviembre de 2021

INSTITUCIÓN EDUCATIVA BENJAMÍN HERRERA
Arjona Bolívar

Cordial saludo

La Escuela de Enfermería de la Universidad del Sinú seccional Cartagena dentro de la formación Académica de nuestros Estudiantes se encuentra la formación en el área de investigación, adelantando trabajos de investigación como proyecto de opción de grado.


En este sentido las estudiantes de la Escuela: **LIZAIDA VALENTINA MARQUEZ CASTRO, ANA EMMA PINEDA NAVARRO Y SUGEYDIS PAOLA MARTINEZ MARTINEZ** bajo la asesoría de la docente Lindsay Peinado Valencia, los cuales realizaran una Investigación que llevara como título "**NIVEL DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ESTUDIANTES DE GRADOS 9, 10 Y 11 DE DOS COLEGIOS DEL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR**"

Por lo anterior solicitamos muy respetuosamente nos concedan su aval por escrito para que nuestros estudiantes puedan acceder a la institución para la aplicación de las encuestás.

Esperamos contar con su valiosa colaboración,

Cordialmente,


GUILLERMINA SALDARRIAGA G.
Directora Escuela de Enfermería
Universidad del Sinú – Seccional Cartagena
Direccionenfermeria@unisinucartagena.edu.co
Cartagena de Indias D. T. y C., 28 de octubre de 2021


Fecha: 05-11-21

SECCIONAL CARTAGENA

Calle 30 No. 20 71 Pie de la Popa P.B.X. (5) 6810800 ext 130 -125 Cartagena de Indias

4. CARTA COMITÉ DE ETICA DE LA UNIVERSIDAD DEL SINU



UNIVERSIDAD DEL SINÚ

Eliás Bechara Zainúm
Escuela de Enfermería

Cartagena de Indias D. T. y C., 03 de noviembre de 2021

INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÉCNICA AGROPECUARIA SAN JOSÉ
Clemencia Bolívar

Cordial saludo

La Escuela de Enfermería de la Universidad del Sinú seccional Cartagena dentro de la formación Académica de nuestros Estudiantes se encuentra la formación en el área de investigación, adelantando trabajos de investigación como proyecto de opción de grado.

En este sentido las estudiantes de la Escuela: **LIZAIDA VALENTINA MARQUEZ CASTRO, ANA EMMA PINEDA NAVARRO Y SUGEYDIS PAOLA MARTINEZ MARTINEZ** bajo la asesoría de la docente Lindsay Peinado Valencia, los cuales realizarán una Investigación que llevará como título "NIVEL DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ESTUDIANTES DE GRADOS 9, 10 Y 11 DE DOS COLEGIOS DEL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR"

Por lo anterior solicitamos muy respetuosamente nos concedan su aval por escrito para que nuestros estudiantes puedan acceder a la institución para la aplicación de las encuestas.

Esperamos contar con su valiosa colaboración,

Cordialmente,

GUILLERMINA SALDARRIAGA G.
Directora Escuela de Enfermería
Universidad del Sinú - Seccional Cartagena
Direccionenfermeria@unisinucartagena.edu.co
Cartagena de Indias D. T. y C., 28 de octubre de 2021

*Decisión
Guillermina Saldarriaga G.
Oct 30 - 2021
Coordinador*

SECCIONAL CARTAGENA

Calle 30 No. 20 71 Pie de la Popa P.B.X. (5) 6810800 ext 130 -125 Cartagena de Indias

5. Evidencias fotográficas de explicación del consentimiento informado.

Fotografía 1. Evidencias fotográficas aplicación instrumento IE Benjamín Herrera de Arjona.



Fotografía 2 Evidencias fotográficas aplicación instrumento IE Técnica Agropecuaria San Jose de Clemencia



**Fotografia 3. JORNADA DE APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO DE MEDICION
INSTITUCION EDUCATIVA BENJAMIN HERRERA ARJONA BOLIVAR**



Fotografia 4



**Fotografia 5. JORNADA DE APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO DE MEDICION
INSTITUCION EDUCATIVA TECNICA AGROPECUARIA SAN JOSE DE
CLEMENCIA.**



Fotografia 6

