

**PREVALENCIA DEL CONOCIMIENTO EN ANTICONCEPCION DE
EMERGENCIA HORMONAL EN LA POBLACION ADOLESCENTE
ESCOLARIZADA DE LA CIUDAD DE BUCARAMANGA.**

DRA. CAROLINA RUBIO SIERRA

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN GINECOBSTETRICIA**

2008

**PREVALENCIA DEL CONOCIMIENTO EN ANTICONCEPCION DE
EMERGENCIA HORMONAL EN LA POBLACION ADOLESCENTE
ESCOLARIZADA DE LA CIUDAD DE BUCARAMANGA.**

Proyecto de grado para optar el titulo de Especialista en Ginecobstetricia

ASESOR CLÍNICO

Dra. SONIA OSMA ZAMBRANO

Medico Ginecobstetra

ASESOR EPIDEMIOLÓGICO

Dr. JOSE FIDEL LATORRE.

Médico Pediatra Epidemiólogo.

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER

FACULTAD DE SALUD

ESCUELA DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE GINECOBSTETRICIA

BUCARAMANGA

2008

CONTENIDO

		Pág.
	INTRODUCCIÓN	8
1.	JUSTIFICACIÓN	10
2	MARCO TEÓRICO	11
3	OBJETIVOS	17
3.1	OBJETIVOS GENERALES	17
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
4.	MATERIALES Y MÉTODOS	18
4.1	DISEÑO	18
4.2	POBLACIÓN	18
4.3	MUESTRA	18
4.4.	VARIABLES ESTUDIADAS	19
4.5	FUENTES Y TÉCNICAS DE RECOLECCIONES DE LA INFORMACIÓN	19
4.6	CRITERIOS DE INCLUSION	19
4.7	CRITERIOS DE NO INCLUSION	19
4.8	ELABORACIÓN Y EDICION DE LA BASE DE DATOS	19
4.9	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	20
5.	ASPECTOS ÉTICOS	21
6.	RESULTADOS	22
7.	DISCUSIÓN	33
8.	CONCLUSIÓN	36
9.	BIBLIOGRAFÍA	37

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Características generales de la población	24
Tabla 2. Factores asociados con “conocimiento global del método de emergencia”	30
Tabla 3. Factores asociados con “Uso del método de emergencia”	31
Tabla 4. Modelo ajustado	32

GRAFICAS

	Pág.
Grafica 1. Prevalencia del conocimiento específico de la ACE	22
Grafica 2. Prevalencia de uso de la ACE	23
Grafica 3. Medios de adquisición de conocimiento en anticoncepción en general de los adolescentes	25
Grafica 4. Discriminación por género en cuanto al conocimiento de los anticonceptivos.	26
Grafica 5. Intención de uso de anticonceptivos por los adolescentes	26
Grafica 6. Donde creen los adolescentes que pueden adquirir los ACE	27
Grafica 7. A quienes creen los adolescentes que se les debe ofrecer ACE	29

RESUMEN

Título: PREVALENCIA DEL CONOCIMIENTO EN ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA EN LA POBLACION ADOLESCENTE ESCOLARIZADA DE LA CIUDAD DE BUCARAMANGA*

Autor: Carolina Rubio Sierra**

Palabras Claves: Anticoncepción de Emergencia, Adolescentes, Conocimiento

Descripción:

Objetivo: Este trabajo evalúa el conocimiento en anticoncepción de Emergencia (ACE) en la población adolescente escolarizada de Bucaramanga, debido a la alta tasa de embarazo no deseado en esta población.

Diseño: Estudio Transversal de corte analítico a través de entrevista personal a 300 adolescentes entre 10-19 años de edad, con o sin actividad sexual de tres colegios de la ciudad entre Octubre de 2007 y Enero de 2008. Donde se evalúa la importancia que tiene el que los jóvenes reciban clases de conocimiento sobre anticoncepción en sus aulas. Los datos se procesaran mediante la prueba de bondad de ajuste de ji cuadrado y t de student en el programa Epi-info 6.04 y las asociaciones se expresaran en odds ratio. El cuestionario incluye variables sociodemográficas, conocimiento de la existencia y uso de las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) así como de otros métodos de anticoncepción y de donde provienen sus conocimientos, si creen que la píldora de emergencia puede causar daño fetal en caso de falla o si es abortiva. Si saben como acceder a ellas o cual es su capacidad económica para su consecución.

Resultados: La prevalencia del conocimiento global en AE de esta población es del 46%, la prevalencia de uso es del 10%; Al realizar el análisis bivariado los adolescentes que reciben instrucción sobre anticoncepción de manera formal, pertenecientes a instituciones privadas, de mayor estrato socioeconómico y aquellos con pareja tienen significativamente mayor conocimiento de la anticoncepción de emergencia. Sin embargo en el análisis multivariado las variables edad, intención de uso, escolaridad, edad, sexo y estrato socioeconómico no influyeron de manera significativa.

Conclusión: Los adolescentes con pareja y que pertenecen a instituciones educativas privadas presentan significativamente mayor conocimiento de anticoncepción de emergencia. Se observa un claro desinterés social frente a la problemática del embarazo en la adolescencia, manifiesto en la pobre prevalencia del conocimiento de anticoncepción de emergencia, entendida como la única herramienta anticonceptiva para usar después de una relación sexual no protegida, que es la situación mas frecuente en esta población especialmente vulnerable.

* Trabajo de Grado

** Facultad de Salus. Especialización en Ginecobstetricia. OSMA ZAMBRANO, Sonia

SUMMARY

Title: PREVALENCE OF KNOWLEDGE IN EMERGENCY CONTRACEPTION IN ADOLESCENT POPULATION OF THE CITY OF BUCARAMANGA *

Autor: Carolina Rubio Sierra**

Key words: Emergency contraception, Adolescent pregnancy, contraception knowledge

Description:

AIM: This work evaluates the knowledge of emergency contraception (EC) in one population of scholar's adolescents in three schools in Bucaramanga. Bucaramanga was selected due to the high rates of non-desired pregnancy in this population.

Design: This is a descriptive-analytic transversal study made between October 2007 and January 2008, through questionnaire interview of 300 adolescents between 10-19 years, with or without sexual activity, from three schools of Bucaramanga. The impact of receiving information about contraception in the class room from teachers was evaluated. Other variables included sociodemographics, knowledge and use of EC and other contraception methods, as well as from whom came that information, what are their believes about the EC (for example, cause of fetal injure or abortion) and where they can get the pill or how much it cost were evaluated. The data were analysed using the chi2 test and the student's t-test in the Epi-info 6.04 program. The associations were expressed in odds ratio.

Results: The prevalence of global knowledge about EC between the adolescents in this study was of 46%, and the use of the EC was 10%. The variables associated with statistic significance were the previous instruction about contraception, whether the school was public or private, the socio-economic level and the existence of sexual partner at the moment of the interview. The knowledge about EC came from parents and teachers, but in most cases the information wasn't correct and discouraged the adolescents in the use of EC. The role of public health institutions in the support and public information about EC is poor, although 95% of adolescents have social security.

Conclusion: A clear lack of interest for the social problematic of pregnancy in adolescence is observed, due to the poor knowledge about EC between adolescents. EC is the only effective method of contraception can be applied after non-protected sexual intercourse which is the most frequent situation in this population.

* Graduation work

** Facultad de Salud. Especialización en Gynecology and Obstetrics. OSMA ZAMBRANO, Sonia

INTRODUCCIÓN

En Colombia la tasa global de fecundidad ha disminuido paulatinamente de 2.9 hijos según la encuesta nacional de demografía y salud de 1990(1) a la actual que es de 2.4 hijos. Esta disminución no involucra a la población adolescente, al contrario la tasa específica de fecundidad en mujeres de 10 - 19 años ha ido en aumento; creció de un 70 por 1000 en 1990 hasta un 90 por 1.000 en 2005(2). Este es un fenómeno que afecta en mayor proporción a los países en vía de desarrollo pero en Colombia el crecimiento ha sido mayor, ya que esta asociado en gran medida al conflicto armado, a las situaciones de desplazamiento y a la dificultad de las mujeres para negociar un método anticonceptivo con su pareja.(3)

En Estados Unidos a principio de la década de los 90 la tasa de fecundidad en las adolescentes era de 57 por 1000 esta tasa era mayor que la observada en otros países desarrollados. Por lo que emprendieron programas de educación para el conocimiento y uso de anticonceptivos en general con énfasis en anticoncepción de barrera y hormonal de emergencia. Ya para el 2002 la tasa había disminuido a 43 por 1000. Basados en esta experiencia proponemos como una de las estrategias para enfocar este complejo fenómeno, la socialización masiva del conocimiento sobre anticonceptivos y específicamente en anticoncepción de emergencia y garantías para acceder a ellos de una manera sencilla para garantizar su oportunidad.

En Bucaramanga la población total estimada es de 1.021.000 habitantes, La población adolescente entre los 10-19años es de aproximadamente el 20%. Considerando que actualmente en Colombia una de cada cinco mujeres de 15 a 19 años ha estado alguna vez embarazada; 16% ya son madres y 4 por ciento está esperando su primer hijo. (2). Esta situación es muy preocupante tanto para la ciudad como para el departamento no solo en materia de embarazos no

deseados y de abortos en situación de riesgo sino también en materia de consecuencias sociales económicas y de salud pública.

Las estadísticas del departamento de Santander en la última encuesta de Profamilia 2005 tampoco son favorables ya que el 13.4% de las adolescentes entre 15-19 años ya son madres. El 4.4% están embarazadas y ya tienen un hijo. El 17.8% han estado embarazadas por lo menos una vez. Además registra uno de los mayores incrementos en embarazo en las adolescentes, casi en la misma proporción que la observada en el litoral pacífico, con la salvedad de que en esta región la proporción disminuyó a la mitad en los últimos cinco años. (2)

El marcado aumento de la morbilidad materna y perinatal en la población adolescente esta asociado a la tendencia a ocultar el embarazo por temor a la respuesta del grupo familiar y social lo que conlleva a un control prenatal tardío o insuficiente que dificulta la detección temprana de problemas o la implementación de medidas de intervención. (5)

1. JUSTIFICACIÓN

Los adolescentes en nuestro país presentan una alta tasa de embarazo, con una alta mortalidad materna y con una alta tasa de abortos inducidos en condiciones de riesgo. (29). Por ello consideramos importante proveer a los adolescentes (mujeres y hombres) del conocimiento de las diferentes opciones en materia de anticoncepción y específicamente en anticoncepción de emergencia, para que sean usados en situaciones de riesgo. Investigaciones realizadas en países europeos (Suiza, Gran Bretaña, Dinamarca, EU) mostraron que el conocimiento y la accesibilidad a la anticoncepción de emergencia (ACE) no aumentan la incidencia de infecciones de transmisión sexual (ITS), como gonorrea, clamidia; ni la tasa de embarazo. Tampoco disminuye el uso de métodos seguros de uso continuo o aumenta la tasa de inicio de relaciones sexuales. (4)

Consideramos necesario que los Ministerios de Educación y de la Protección Social incluyan en los programas preventivos de educación sexual todo lo relacionado con indicaciones y modo de uso de la anticoncepción de emergencia; constituyéndose en una estrategia preventiva; para lo cual se requiere adecuada educación de los docentes con participación en el proceso de ginecólogos, pediatras, médicos generales así como todas las personas que proveen alguna atención en salud a los adolescentes.

En Colombia solo existe un trabajo sobre prevalencia del conocimiento en anticoncepción de emergencia en adolescentes en Cali. Realizado por los doctores Marcela González, Carlos A Ortiz, Milton Gómez del hospital San Juan de Dios de Cali en 2006. (9)

En Bucaramanga no existen trabajos que evalúen esta prevalencia; por lo que consideramos que este trabajo puede servir de base para el desarrollo de estrategias educativas en materia de anticoncepción para adolescentes.

1. MARCO TEÓRICO

La Organización Mundial de la Salud considera que la adolescencia transcurre entre los 10 y 19 años, con dos fases, la adolescencia temprana entre los 10 a 14 años y la adolescencia tardía entre los 15 a 19 años (6).

Contempla cambios rápidos y notables entre los que figuran la maduración biológica, el desarrollo cognitivo y el desarrollo psicosocial (7). Desde la teoría, los factores que se asocian al embarazo en la adolescencia se clasifican en tres niveles: Individuales, Familiares y Sociales (8). Dentro de los individuales se ha observado una tendencia más temprana de la menarquía (9), pobres aspiraciones académicas (10), impulsividad, omnipotencia y creencias que limitan el uso de la anticoncepción. (7). En general los adolescentes rechazan el uso continuo de anticonceptivos, ya que su uso regular supone el reconocimiento de su actividad sexual lo que redundaría en señalamiento social.

Entre los Factores Familiares se describe la disfunción familiar con escaso apoyo afectivo, el que su madre o una hermana se hayan embarazado en su adolescencia y la pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres (10).

Entre los Factores Sociales se encuentra la condición económica desfavorable relacionada con hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes acerca de la sexualidad, y marginación social (11). Otro factor presente es la coexistencia de información contradictoria respecto a la sexualidad en mensajes estereotipados que contribuyen a la reducción de las barreras culturales que limitarían la actividad sexual (7). Por último, en las relaciones adolescentes predomina el amor romántico que estimula fuertes emociones y sentimientos,

acompañándose de la idealización de la relación de pareja (12), lo que motivaría y haría legítimo el inicio de las relaciones sexuales sin protección.

Es importante establecer con claridad los conceptos anticoncepción y planificación. La planificación familiar es la decisión conjunta que hace una pareja sobre el número total de hijos que desea tener, el distanciamiento entre los embarazos, cuando iniciar y cuando terminar el proceso reproductivo.

Anticoncepción es impedir la fusión de los gametos en el sitio de fertilización.

Intercepción es impedir que el ovulo fertilizado se implante en el endometrio.

El aborto consiste en retirar el huevo fertilizado de su implantación en el endometrio. (30)

La anticoncepción de emergencia se considera una opción válida considerando las especiales características de esta población. Este recurso puede ser la única opción para evitar un embarazo no deseado después de una relación sexual no protegida.

A pesar del gran valor de la anticoncepción de emergencia. No existe una adecuada difusión en las instituciones educativas ni en los servicios de salud. Posiblemente por la oposición de los sectores conservadores a su difusión masiva fundados en valores morales que no se comparten de manera universal.

Algunos sectores consideran inaceptable el mecanismo de acción por que ignoran exactamente como funciona y de esta manera restringen su uso, coartando los derechos sexuales y reproductivos cuando en realidad tienen la obligación moral de protegerlos (13)

La anticoncepción de emergencia, de tipo hormonal se inicia a mediados de los años setenta, cuando el pionero de la planificación familiar, Ary Haspels (31) en Alemania fue el primero en administrar altas dosis de estrógenos post-coitales a

una joven de 13 años de edad, víctima de abuso sexual, siendo el primer régimen de uso de hormonas esteroides para prevenir un embarazo no deseado.

En 1974 el médico canadiense Albert Yuzpe propuso el esquema que se identifica como método de Yuzpe, que consiste en administrar dos tabletas de anticonceptivos orales combinados de macrodosis cada 12 horas.

Solo hasta hace cinco años, un consorcio de organizaciones internacionales, incluida la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha trabajado con el fin de ampliar el acceso a la anticoncepción de emergencia y aumentar el nivel de conocimiento acerca de este método.

Básicamente hay dos tipos de métodos de anticoncepción de emergencia:

- Tabletatas de anticonceptivos orales:

- a. Combinados (etinilestradiol y levonorgestrel) o método de Yuzpe.

- b. Levonorgestrel solo

- Dispositivo intrauterino liberador de cobre (DIU)

Las píldoras anticonceptivas de emergencia se deben tomar en dos dosis, una cada doce horas, dentro de las 72 -100 horas siguientes al coito sin protección. Si se utilizan píldoras anticonceptivas corrientes combinadas de etinilestradiol y levonorgestrel, se debe garantizar que la paciente tome en cada dosis 100 mg de etinilestradiol y 500 mg de levonorgestrel. Si utiliza las píldoras de levonorgestrel sola deberá tomar dos dosis de 750 mg. La otra medida alternativa a las píldoras contraceptivas es la inserción de un DIU dentro de los 5 días siguientes al coito sin protección. Su uso está especialmente indicado cuando han pasado las 72 horas del coito sin protección y cuando la paciente considera continuar su uso por largo tiempo como método contraceptivo (14). En estos casos se debe tener en cuenta

los criterios de elegibilidad de la OMS para el uso de DIU como método contraceptivo, especialmente lo relativo a las categorías 3 (uso con precaución) y 4 (contraindicado).

Actualmente se ha aprobado el uso de 1.5 mg de levonorgestrel en dosis única con la misma eficacia anticonceptiva. (15)

Las principales situaciones en las cuales una mujer puede requerir de anticoncepción de emergencia son (14):

1. Coito voluntario sin protección contraceptiva.
2. Uso incorrecto o inconsistente del método contraceptivo que está usando en la actualidad.
3. Falla en el cálculo del período de fertilidad.
4. Falla en la abstinencia coital durante los días fértiles.
5. Coito interrumpido fallido.
6. Ruptura o deslizamiento del condón o método de barrera en uso.
7. Inicio del método hormonal, inyectable u oral, tardíamente en el ciclo.
8. Agresión sexual

La anticoncepción de emergencia difiere en algunos aspectos de la anticoncepción regular. **Se hace hincapié en que el uso de la anticoncepción de emergencia es precisamente para los casos de emergencia** y no se debe utilizar como método anticonceptivo regular por varias razones: los efectos secundarios sobre todo náuseas, vómitos y cefalea hacen muy poco probable que la mujer pueda recurrir a ellos de manera regular; la eficacia medida como tasa por cien mujeres

expuestas al año, es muy inferior a los contraceptivos de uso regular; el costo de la tableta por evento resulta más alto que el uso regular de los anticonceptivos orales combinados o solo de progestina (15).

Como es baja la probabilidad que una mujer quede embarazada después de un único coito sin protección (14), la eficacia de la anticoncepción de emergencia se ha medido en términos de la proporción de embarazos que se pueden evitar si el método es usado; así, se ha calculado que la eficacia de las píldoras anticonceptivas previenen alrededor de 75% de los embarazos y los dispositivos intrauterinos liberadores de cobre (DIU) el 98%; igualmente la tasa de falla de la anticoncepción de emergencia se encuentra entre 1% y 3% y para los DIU por debajo de 1% (17).

Desde el punto de vista práctico, todas las mujeres pueden usar las píldoras de anticonceptivos orales combinados o de levonorgestrel solo, como píldoras de anticoncepción de emergencia sin peligro alguno, porque al tomarse por un tiempo muy breve, las contraindicaciones relativas para el uso de las píldoras anticonceptivas corrientes no aplican, aún en los casos como cuando hay antecedentes de complicaciones cardiovasculares graves, angina de pecho, migrañas focales y enfermedad grave del hígado, las ventajas superan a los riesgos teóricos de un embarazo en este tipo de pacientes. Así, tenemos que la única contraindicación para el uso de las píldoras de emergencia es el embarazo, porque una vez el embarazo se ha implantado, las píldoras son inefectivas (17).

Las píldoras anticonceptivas de emergencia no afectan al óvulo fecundado que ya se ha implantado en el útero, tampoco causan daño al embrión, por tanto no son abortivas. El mecanismo de acción de las píldoras usadas como de emergencia no se ha dilucidado completamente, pero los estudios hechos por varios investigadores apuntan básicamente a dos situaciones: **el retraso en la ovulación o la anovulación y alteraciones endometriales que podrían inhibir la implantación** (18)

Los efectos secundarios asociados con el uso de las píldoras anticonceptivas combinadas como anticonceptivos de emergencia son frecuentes y generalmente molestos. Las náuseas, los vómitos, la cefalea, los mareos y la fatiga son los más comunes; también se presentan con alguna regularidad la mastalgia y la sensación de ardor epigástrico, pero en general desaparecen al cabo de 24 horas después de la ingesta de la segunda dosis. Los efectos secundarios se presentan con menor intensidad y frecuencia cuando se utilizan las píldoras de levonorgestrel como anticonceptivo de emergencia. Se ha recomendado utilizar algún antiemético antes de iniciar la ingesta de las tabletas para reducir la intensidad de las molestias (4).

2. OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

Determinar el nivel de conocimiento y los factores (socioeconómicos, culturales y educativos) asociados con este conocimiento en adolescentes escolarizados de la ciudad de Bucaramanga.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Comparar entre hombres y mujeres los conocimientos frente a la anticoncepción en general y específicamente la anticoncepción de emergencia.

Determinar la relación existente entre los conocimientos sobre anticoncepción de emergencia y el grado de escolaridad, el estrato socioeconómico, la edad, la convivencia y la escolaridad de los padres.

Determinar las formas de difusión de la información a la que tienen acceso los adolescentes respecto de la anticoncepción de emergencia; sus creencias y tabúes con respecto a su uso.

3. MATERIALES Y METODOS

DISEÑO

Estudio transversal de corte analítico a los adolescentes escolarizados de educación media en tres colegios del área metropolitana, de carácter público y privado para tener una muestra representativa de la población. El trabajo fue aprobado por el comité de ética para la investigación científica radicado con el código **3007015** de la facultad de salud y el departamento de Ginecología y Obstetricia de la Universidad Industrial de Santander. Los adolescentes encuestados y sus padres o representantes legales firmaron un consentimiento informado.

POBLACIÓN

El calculo de la muestra se realizó basados en una población aproximada de 40.000 escolares, esperando que el 2.5% de la población entre los 11 y los 19 años tuviese algún conocimiento sobre ACE , se aceptó que haya una diferencia porcentual de hasta 2.5% con una confiabilidad del 99%. Se estimo una población de 257 estudiantes, pero ante la probabilidad de perder datos, se encuestaron 300 estudiantes.

MUESTRA

Se tomara la población de instituciones educativas con diferentes estratos socioeconómicos. Se elegirán los estudiantes que participaran por nivel. Se escogerán aleatoriamente los salones para la aplicación de la encuesta.

4.4 VARIABLES ESTUDIADAS

- Variables sociodemográficas
- Variables Clínicas
- Variables de conocimiento

4.5 FUENTES Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

Se realizara mediante un formulario de recolección de datos, tipo encuesta el cual será aplicado por residentes y estudiantes de ginecoobstetricia, en los diferentes colegios.

4.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Adolescentes matriculados en la institución educativa.

Aceptación de los adolescentes y de los padres; mediante consentimiento informado

4.7 CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

Historia de enfermedad psiquiátrica, o cualquier otra condición limitante que no permita el correcto entendimiento y diligenciamiento de los formatos de recolección de datos.

4.8 ELABORACIÓN Y EDICIÓN DE LA BASE DE DATOS

A partir de los formularios originales se elaborarán dos bases de datos por separado en el programa epi-info 6.04 (1993) y se las cruzará con el programa validate hasta obtener una base de datos sin errores.

4.9 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Se recogerán todos los datos por medio de la encuesta, posteriormente se analizarán en conjunto con un epidemiólogo y se sacarán las conclusiones respectivas

5. ASPECTOS ÉTICOS

La realización del presente trabajo esta en consonancia con las recomendaciones para la investigación de Helsinki, de la asociación médica mundial y de las leyes colombianas vigentes resolución 08430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Según el artículo 11 de la resolución 08430 se considera una investigación sin riesgo; sin embargo por tratarse de una investigación en menores de edad y de tópicos que evalúan sus conocimientos sobre educación sexual, se obtendrá consentimiento informado de la persona que ejerza la patria potestad o la representación legal del menor. Con la consideración de todos lo especificado en el artículo 15 capítulo 1 a este respecto.

La práctica de las encuestas solamente implica evaluar aspectos relacionados con los conocimientos frente a la anticoncepción de emergencia. La encuesta es confidencial y anónima.

Se tomarán las medidas necesarias para respetar la privacidad de los informantes y mantener la confidencialidad. La encuesta no ira marcada con el nombre del estudiante. Se aplicara la encuesta al grupo seleccionado en cada colegio de manera que no sea posible la identificación de los participantes.

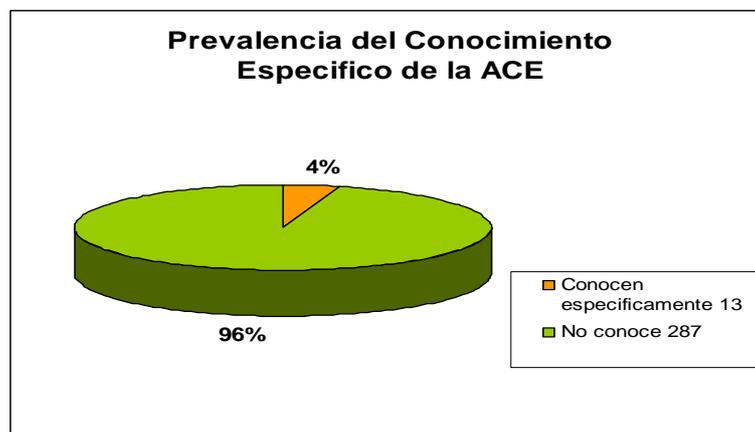
Los procesos de la aplicación de la encuesta serán llevados a cabo por profesionales y estudiantes en el área de la salud entrenados para tal efecto. La responsabilidad del estudio recae en el investigador principal, quien cuenta con los recursos y la asesoría calificada para hacerlo. Ninguno de los informantes va a ser sometido a otras intervenciones diferentes a la encuesta.

6. RESULTADOS

Los 300 estudiantes adolescentes participantes en esta investigación se consideran representativos de la población escolarizada de la ciudad por tipo de institución, y condiciones socioeconómicas diversas.

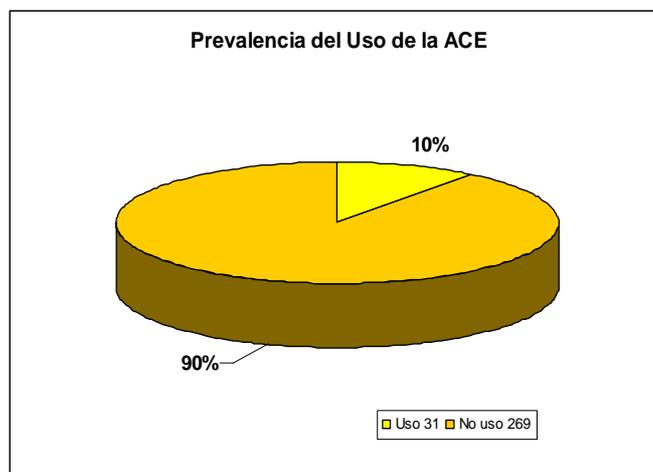
En la evaluación del conocimiento se han considerado dos variables que son conocimiento global y conocimiento específico del método de emergencia.

La prevalencia del conocimiento global en anticoncepción de emergencia en los adolescentes escolarizados de la ciudad de Bucaramanga se estimó en 46% IC 95% (40,6-52,15). En la evaluación del conocimiento específico sobre el uso de la anticoncepción de emergencia se tomo como positivo si los estudiantes conocen el tiempo exacto del que disponen para recurrir a este método anticonceptivo. (0-100 horas). Esta prevalencia se expresa en la grafica No. 1.



Grafica No. 1. Prevalencia del conocimiento específico de la ACE

La prevalencia del uso de la anticoncepción de emergencia en esta población se muestra en la grafica No. 2



Grafica No. 2. Prevalencia de uso de la ACE

Las características sociodemográficas de los 300 adolescentes se resumen en la tabla 1.

Los rangos de edad están entre los 10 y los 21 años. El 88% de la población se encuentra entre los 14 y los 17 años. El 95% de la población tiene algún tipo de seguridad social. El 5% refieren no tener ningún tipo de afiliación. De los estudiantes encuestados el 93% (274) son solteros, el 4,7% (14) viven en unión libre y el 2,3% (5) son casados. La escolaridad de la madre se distribuye de la siguiente forma: Primaria 22.3%(65), secundaria 53.6%(156), Universitarios 24%(70). La escolaridad del padre así: Primaria 24% (66), secundaria 52,18% (143). Universitarios 23,72%(65).

Tabla 1. Características generales de la población

Variables	n=300	n=(%)	[IC 95%]
Género			
Femenino*	177	(59,2)	[13,22-64,65]
Estrato			
1-2	139	(46,33)	[40,6-52,15]
3-4	110	(36,66)	[31,25-42,42]
5-6	51	(17)	[13,02-21,84]
Escolaridad			
Octavo	5	(1,66)	[0,61-4,06]
Noveno	71	(23,6)	[19,05-28,96]
Décimo	97	(32,3)	[27,13-37,99]
Undécimo	127	(43,3)	[36,7-47,98]
Convivencia			
Padres	181	(60,33)	[54,53-65,86]
Familiares	99	(33)	[27,76-38,67]
Otros	20	(6,6)	[4,22-10,26]
Religión[^]			
Católica	216	(83)	[77,83-87,31]
Cristiana	40	(15,38)	[11,33-20,48]
Otros	4	(1,53)	[0,44-4,15]
E C padres			
Casados	167	(55,66)	[49,84-61,34]
Unión libre	41	(13,66)	[10,02-18,19]
Separados	51	(17)	[13,02-21,84]
Madre fallecida	13	(4,3)	[2,42-7,47]
Padre fallecido	28	(9,3)	[6,39-13,34]
Tener Pareja			
Si	110	(37,03)	[31,58-42,83]
No	187	(62,96)	[57,16-68,41]

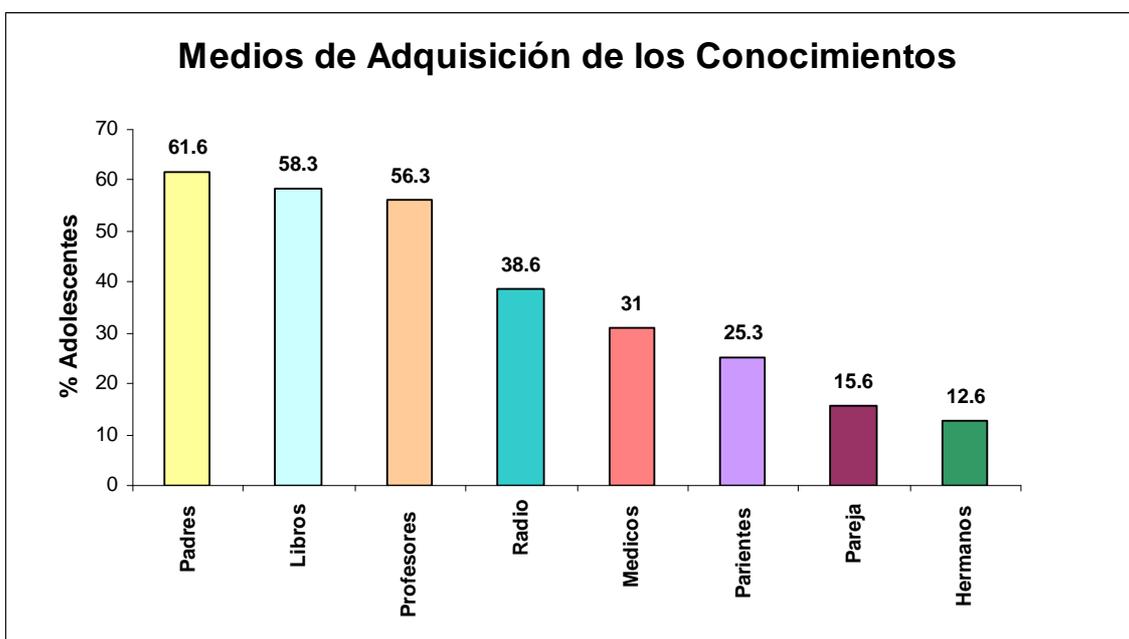
* n para el genero es de 298 personas ya que dos personas no definieron su género.

[^] n para religión es de 260 ya que 40 personas no especificaron que religión profesaban.

En cuanto a las variables que evalúan conocimiento en anticoncepción:

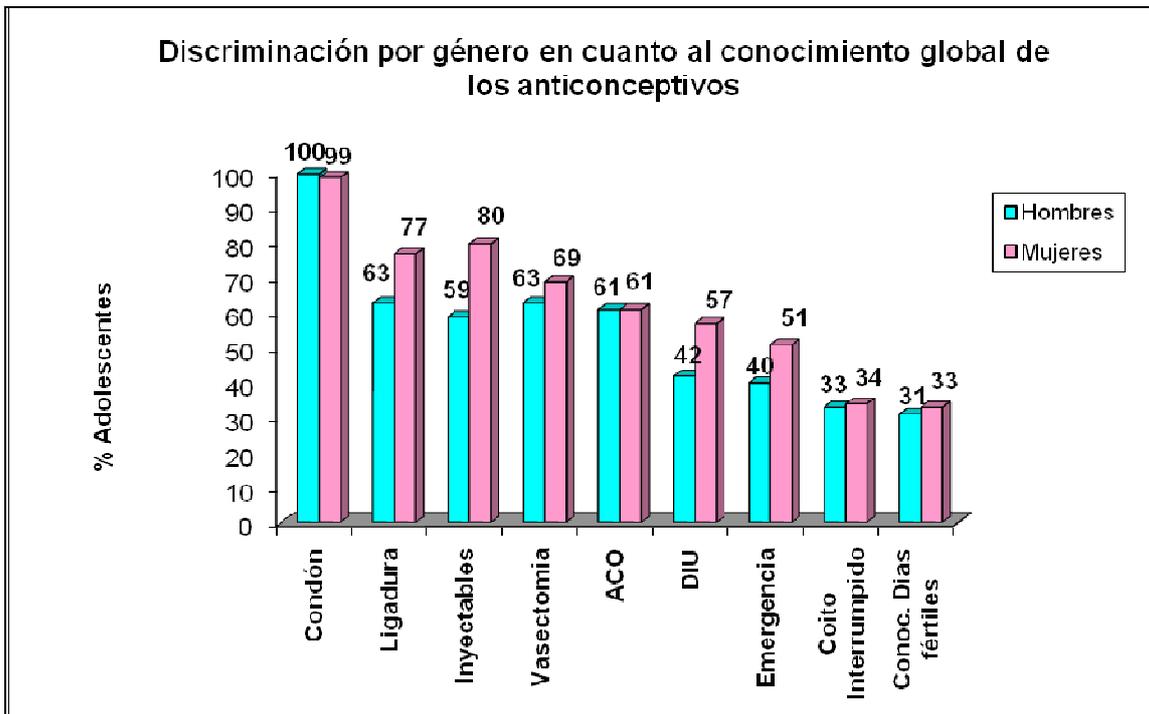
Los adolescentes entrevistados consideran que sus conocimientos son: Buenos 208 (70,27%), Regulares 82 (27,7%), malos 6 (2%).

Los conocimientos sobre anticoncepción del los adolescentes provienen de las siguientes fuentes como se muestra en la grafica No. 3.

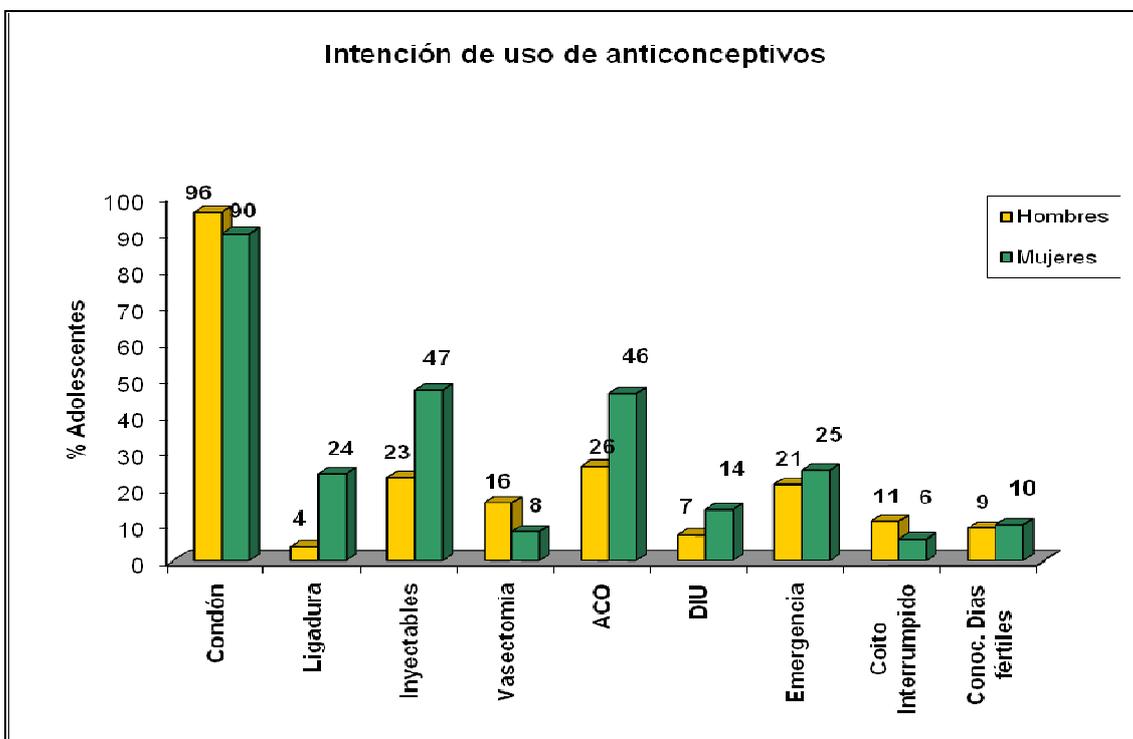


Grafica No. 3 Medios de adquisición de conocimiento en anticoncepción en general de los adolescentes

Los métodos anticonceptivos mas conocidos por los adolescentes discriminados por género se muestran en la grafica No. 4



Grafica No. 4. Discriminación por género en cuanto al conocimiento de los anticonceptivos.



Grafica No. 5. Intención de uso de anticonceptivos por los adolescentes

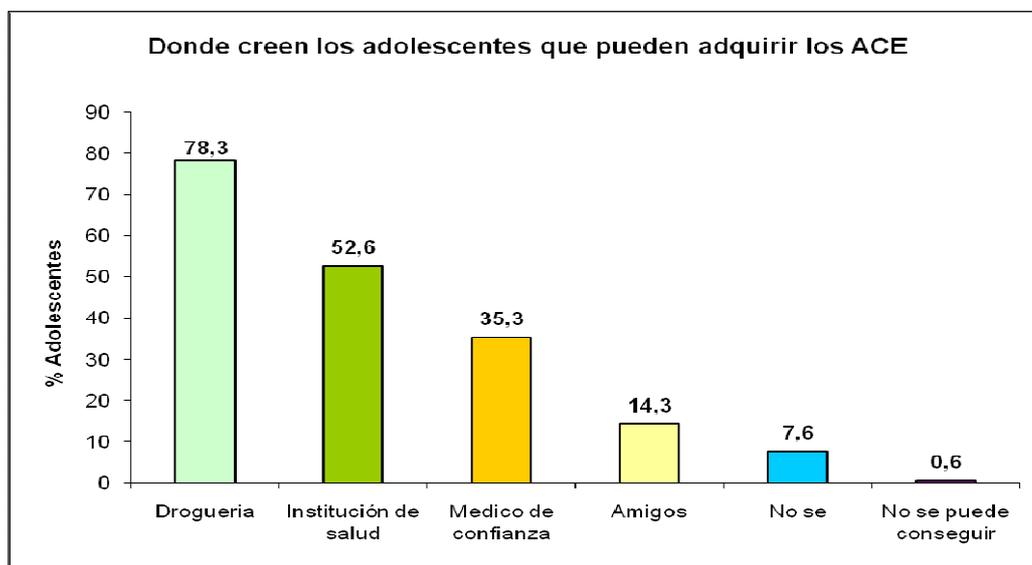
La intención de uso de los diferentes métodos anticonceptivos por parte de estos adolescentes se presenta en la grafica No. 5

En cuanto al conocimiento de las condiciones de uso de la anticoncepción de emergencia el 74.33% (223) de los adolescentes están de acuerdo que la ACE se use cuando hay deslizamiento o ruptura del condón o método de barrera que se use. 67% (201) consideran que la ACE debe usarse después de una relación sexual sin protección anticonceptiva.

51.33% (154) piensan que debe usarse cuando el anticonceptivo se usa de forma incorrecta o inconsistente. 45.6% (137) que se use cuando falla el calculo del periodo fértil.

El conocimiento acerca de ACE específicamente provino de los compañeros en un 55% (167). Y de folletos y la televisión 36 y 37%.

Los adolescentes creen que los sitios donde puede adquirir la anticoncepción de emergencia son los mostrados en la grafica 6.



Grafica No. 6. Donde creen los adolescentes que pueden adquirir los ACE

El 78.33% buscarían la ACE en las droguerías, 52% las buscarían en instituciones de salud, y solo el 35% acudirían a un médico de confianza.

El 95% (287) de los adolescentes ignoran cuál es el tiempo límite de uso correcto de anticoncepción de emergencia. Sin embargo el 56% la usarían en las primeras 24 horas de una relación no protegida.

En cuanto al porcentaje de uso en esta población de adolescentes es del 10%. Muy similar al reportado en la última encuesta de demografía y salud que es del 11,4%.

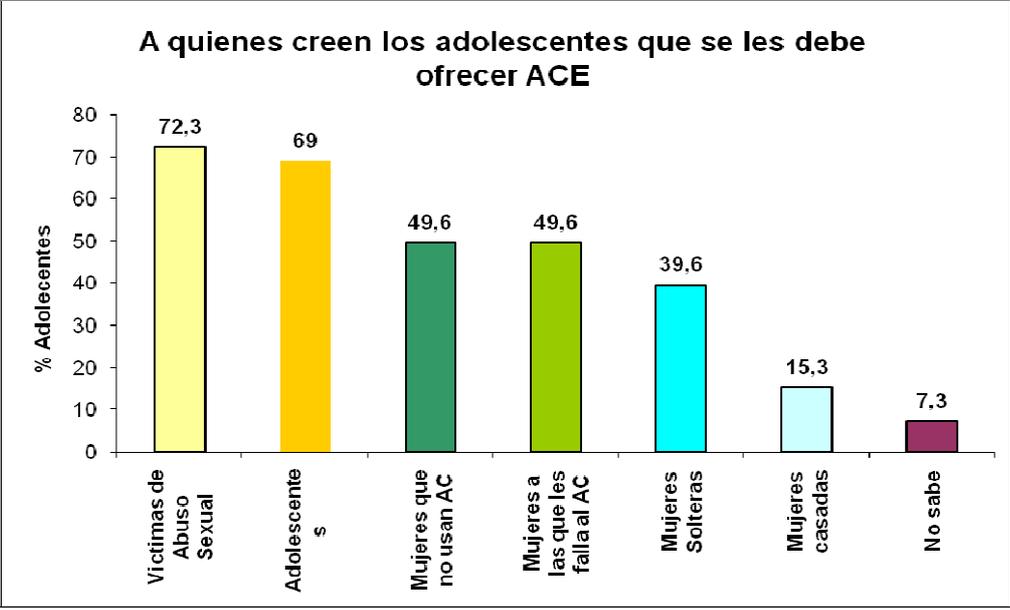
En cuanto al mecanismo de acción de la ACE 19% (55) piensan que interrumpe el embarazo, 16%(48) piensan que no permite la implantación, el 34%(98) piensan que no permite la fecundación, 7.7% que no permite la ovulación. 22.3% no opinan respecto al posible mecanismo de acción.

A 230 (77,7%) adolescentes les preocupa la idea de que al usar la anticoncepción de emergencia puedan surgir problemas de salud. 235 (79,4%) piensan que puede dañar al bebé en caso de que no funcione, 205 (69,25%) piensan que su uso puede traer complicaciones para futuros embarazos, 172 (58%) creen que es como un aborto, 107 (36%) piensa que puede ser ilegal, 124(41,8%) piensan que los hombres pueden presionar a las mujeres para usarla, 136 (46%) piensan que provocará más enfermedades de transmisión sexual.

En cuanto a la capacidad de pago para acceder a ellas el 19% manifiesta no poder comprarla, el 33% pueden pagar menos de \$10.000 pesos el 48% puede pagar entre \$15.000 y \$ 25.000 pesos.

Los adolescentes piensan que este método debe recomendarse a las siguientes personas según lo señalado en la gráfica No. 7.

La intención de uso del método anticonceptivo es del 58% (168) en caso de necesitarla. Y la recomendarían en un 67,8% (198).



Grafica No. 7. A quienes creen los adolescentes que se les debe ofrecer ACE

Tabla 2. Factores asociados con “Conocimiento global del método de emergencia”

Variable	conocimiento (%)	sin conocimiento (%)	P
Tipo de Institución			
Publica	75 (39,5)	115 (60,5)	
Privada	64 (58,18)	46 (41,82)	0,002
Estrato			
1-2	51 (36,7)	88 (63,3)	0,006
3-4	58 (52,72)	52 (47,28)	
5-6	30 (58,82)	21 (41,18)	
Genero			
Hombre	49 (40,16)	73 (59,84)	
Mujer	90 (50,84)	87 (49,16)	0,069
Edad			
Menores de 14 años	20 (28,6)	50 (71,4)	
Mayores de 15 años	119 (52)	110 (48)	0,001
Escolaridad			
Hasta noveno grado	19 (25)	57(75)	
Desde décimo grado	120 (53,6)	104 (46,4)	0,000
Presencia de pareja			
Si	60 (54,5)	50 (45,5)	
No	76 (40,6)	111 (59,4)	0,002
Educación sexual			
Colegio			
Si	129 (50)	129 (50)	
No	10 (24,4)	31 (75,6)	0,002
Intención de Uso			
Si	100 (59,5)	68 (40,5)	
No	35 (28,7)	87 (71,3)	0,000
Recomendación a			
Terceros			
Si	105 (53)	93 (47)	
No	30 (32)	64 (68)	0,001

Tabla 3. Factores asociados con “Uso del método de emergencia”

Variable	Uso (%)	No uso (%)	P
Tipo de institución			
Publica	25 (13,36)	162 (86,63)	
Privada	6 (5)	103 (95)	0,033
Estrato			
5-6	2 (4)	49 (96)	
3-4	7 (6,4)	101(93,5)	
1-2	22 (16)	115 (83,94)	0,013
Actualmente tienen			
Pareja			
Si	20 (18,34)	89 (81,6)	
No	11 (6)	173 (94)	0,001
Intención de Uso			
Si	25 (15)	142 (85)	
No	6 (5)	116 (95)	0,006

El análisis multivariado al examinar las variables estadísticamente significativas de la tabla 2. Relacionadas con el conocimiento de la anticoncepción de emergencia (intención de uso, presencia de pareja, escolaridad, edad, sexo, tipo de institución educativa y estrato socioeconómico). Cuando se probaron las variables asociadas con el conocimiento global teniendo en cuenta como variable explicatoria principal el que hubieran recibido educación sexual en el colegio. Las variables que produjeron más variación en el Odds Ratio de la variable explicatoria fueron el tipo de institución privada o pública y el tener pareja actualmente. La tabla 4 muestra el modelo ajustado.

Tabla 4. Modelo ajustado

Variable	O.R.	P	Intervalo de confianza 95%
Edu. Colegio *	0,2649843	0,001	0,1187226- 0,5914348
Pareja	0,5175523	0,010	0,3139488- 0,8531976
Tipo de Instit. ^	0,4126409	0,001	0,2488978- 0,684106

* Educación sexual en el colegio

^Tipo de institución pública o privada

7. DISCUSIÓN

La anticoncepción de emergencia es un recurso muy valioso; ya que es el único que puede evitar un embarazo no deseado después de una relación sexual sin protección anticonceptiva, su uso adecuado previene consecuencias devastadoras para la salud de las mujeres, su bienestar social, y su proyecto de vida al igual que al hijo no deseado. Por esto consideramos tan importante el acceso a información de calidad y a buenos servicios de salud sexual y reproductiva.

Según la OMS se realizan en el mundo alrededor de 55.000 abortos en condiciones inseguras, llevando a la muerte a más de 200 mujeres cada día. (19).

Aunque algunos estudiantes expresaron su preocupación por que el uso del método pudiese generar la disminución en el uso de métodos anticonceptivos confiables, o que lleve a un aumento de la promiscuidad. Estudios realizados en países desarrollados como Gran Bretaña concluyeron que la disponibilidad sin prescripción médica de ACE no aumenta su uso o el aumento de relaciones sin protección ni disminuye el uso de otros métodos anticonceptivos. (20).

Ocho estudios demuestran que las preocupaciones con respecto al aumento de la promiscuidad, y de las infecciones de transmisión sexual asociadas a la ACE son infundadas. Estudios realizados en países desarrollados como estados unidos y Gran Bretaña y en países subdesarrollados como India. En los que se evidenciaron menos embarazos no deseados, sin aumento en el número de relaciones sexuales no protegidas ni abandono de los métodos de barrera como el condón lo confirman. (21), (22), (23), (24), (25), (26), (27), (28).

La prevalencia del conocimiento en ACE obtenida de 46% esta acorde con el encontrado en la última encuesta de demografía y salud 2005 estimado en 40.5%. Se explica que sea algo mayor debido a que en las instituciones educativas se habla de anticoncepción en general.

La escolaridad de los padres se asoció en forma positiva aunque no significativa al conocimiento del método con una media de 10,48 años de educación para la madre y 10,54 años para el padre con una P de 0,075.

El porcentaje mas alto de conocimiento proviene de los padres en un 61,66%, de los profesores en 56.33% y de los libros en 58.33%. En contraste con lo aprendido del medico y el personal de salud que es solo de un 31% lo que claramente evidencia un déficit en la responsabilidad que en materia de salud sexual y reproductiva recae sobre el sector salud. Solo el 35% de los adolescentes acudirían a un medico de confianza ante una situación de emergencia.

En cuanto al conocimiento general sobre anticoncepción las mujeres conocen más que los hombres acerca de ella. Al igual que el conocimiento específicamente de ACE por genero (50% mujeres Vs 40% hombres); la intención de uso también es mayor en el genero femenino. Lo anterior nos sugiere que el género masculino se muestra menos interesado en conocer y usar métodos anticonceptivos en general y la cantidad de falsas creencias acerca de la anticoncepción de emergencia limita su uso.

El 74.33% (223) de los adolescentes están de acuerdo que la ACE se use cuando hay deslizamiento o ruptura del condón o método de barrera. Este porcentaje evidencia la preocupación de los adolescentes por este tipo de situaciones.

El porcentaje de uso de la ACE en esta población de adolescentes es del 10%. Ligeramente inferior al reportado en la última encuesta de demografía y salud que es del 11,4%. Un porcentaje entre el 70 y el 80% piensa que hay interrupción del embarazo o que puede dañar la salud de las mujeres que la usen. Estas creencias van en detrimento del uso del método por los adolescentes aun en situaciones en las que amerita ser usado.

Se propone la educación específica en anticoncepción de emergencia dentro de los programas preventivos del ministerio de educación y de la protección social enfocados a docentes, padres de familia y estudiantes como una estrategia preventiva contundente para combatir el embarazo en adolescentes con énfasis en sus indicaciones, tiempo de uso y facilidades para acceder a ella.

8. CONCLUSIÓN

Es una responsabilidad estatal garantizar los medios y proporcionar los servicios para permitir el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y eliminar toda forma de discriminación contra las mujeres.

La educación sexual en las instituciones educativas se asocia significativamente al conocimiento del método. Sin embargo la prevalencia del conocimiento global es baja (46%). La prevalencia de uso del método de emergencia (10%) sugiere que el método se ha empezado a usar en esta población.

Los adolescentes con pareja y que pertenecen a instituciones educativas privadas presentan significativamente mayor conocimiento de anticoncepción de emergencia. En el análisis multivariado las variables edad, intención de uso, escolaridad, edad, sexo y estrato socioeconómico no influyen de manera significativa.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Encuesta nacional de demografía y salud 1990 .Profamilia y Ministerio de salud. Salud sexual y reproductiva en Colombia. Capítulo III (29-40). Capítulo IV (52-60)
2. Encuesta nacional de demografía y salud 2005. Profamilia y Ministerio e la protección social. Salud sexual y reproductiva en Colombia. Capítulo IV, V y VI.
3. Conflicto armado (Redes constructoras de Paz) colectivo de comunicaciones Montes de María Línea 21. BPSC.
4. Lee, A. Conard, RPh. Emergency Contraception. Adolesc Med 16 (2005) 585-602.
5. Castro, R. Estrategias en Salud Reproductiva del Adolescente en Chile. Rev Soc Chil Ginecol Infantil Adolesc 1994; 1(1): 38-45.
6. Organización Panamericana de la Salud. Salud del Adolescente. OPS/OMS. Washington. DC, EE.UU., 1995.
7. Papalia D, Wendkos S. Psicología del Desarrollo. 7ª ed. México DF: Editorial McGraw-Hill 1999.
8. Hoffman L, Paris S, Hall E. Psicología del Desarrollo Hoy, volumen 2. 6ª ed. Madrid: Editorial McGraw-Hill, 1997.
9. González M. Ortiz. C. Prevalencia del conocimiento en anticoncepción de emergencia en una población de adolescentes de Cali. Trabajo libre presentado en el congreso nacional de Ginecología y Obstetricia Medellín Junio de 2006.
10. Ortiz, R. Anaya, N. Caracterización de las adolescentes gestantes de Bucaramanga, Colombia. Un estudio transversal. MedUNAB pag 71-77.

11. Romero M, Maddaleno M, Silber T, Munist M. Salud Reproductiva.. Manual de Medicina de la Adolescencia. OPS-OMS. Serie Platex para ejecutores de programas de salud N° 20, 1992; 473-517.
12. De la Cuesta C. Tomarse el Amor en Serio: El Contexto del Embarazo en la Adolescencia en Colombia. J Transcultural Nursing, 2001; 3(12): 180-92.
13. Croxato, H. Diaz, S. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 2006; Vol. 20. 311-322,
14. Conard L. Gold M. Emergency Contraception. Adolesc Med 16 (2005) 585–602.
15. Cheng, L.; Imezoglu, AM; Ezcurra, E.; Van Look PFA (2002) Interventions for emergency contraception. (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue2. Oxford: Update Software.
16. Ellertson C et al. Extending the time limit for starting the Yuzpe regimen of emergency contraception to 120 hours. Obstet Gynecol 2003;101:11 68-71.
17. WHO/FRH/FPP/98,19. Emergency contraception: a guide to the provision of services. New York; WHO/FRH/FPP; 1998.
18. Ling WY, Wrixon W, Zayid I, et al. Mode of action of dl-norgestrel and etinylestradiol combination in postcoital contraception.II. Effect of postovulatory administration on ovarian function and endometrium. Fertil Steril 1983; 39: 292-299.
19. World Health Organization. Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of Incidence of and Mortality due to Unsafe Abortion with a Listing of Available Country Data. 3rd edn. Geneva: WHO; 2004.

20. Marston C, Meltzer H & Majeed A. Impact on contraceptive practice of making emergency hormonal contraception available over the counter in Great Britain: repeated cross sectional surveys. *BMJ* 2005; 331: 271.
21. Bissell P, Anderson C. Supplying emergency contraception via community pharmacies in the UK: reflections on the experiences of users and providers. *Soc Sci Med* 2003;57(12):2367– 78.
22. Glasier A, Baird D. The effects of self-administering emergency contraception. *N Engl J Med* 1998;339(1):1– 4.
23. Lovvorn A, Nerquaye-Tetteh J, Glover EK, et al. Provision of emergency contraceptive pills to spermicide users in Ghana. *Contraception* 2000;61:287– 93.
24. Ellertson C, Ambardekar S, Hedley A, et al. Emergency contraception: randomized comparison of advance provision and information only. *Obstet Gynecol* 2001;98(4):570–5.
25. Jackson RA, Schwarz EB, Freedman L, et al. Advance supply of emergency contraception: effect on use and usual contraception—a randomized trial. *Obstet Gynecol* 2003;102(1):8 – 16.
26. Lo SST, Fan SYS, Ho PC, et al. Effect of advanced provision of emergency contraception on women’s contraceptive behaviour: a randomized controlled trial. *Hum Reprod* 2004;19(10): 2404– 10.
27. Raine T, Harper C, Leon K, et al. Emergency contraception: advance provision in a young, high risk clinic population. *Obstet Gynecol* 2000; 96:1– 7.

28. Gold MA, Wolford JE, Smith KA, et al. The effects of advance provision of emergency contraception on adolescent women's sexual and contraceptive behaviors. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2004; 17:87 – 96.

29. Prada, E. Mortalidad maternal en Colombia Evolución y Estado Actual. Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP). FCI Colombia, 2001 Pág. 18-19.

30. Jaimes, H. Guías sobre planificación familiar y anticoncepción. Departamento de ginecología y obstetricia. Universidad Industrial de Santander.

31. Trussell J, Ellertson CH, Stewart F, et al. The role of emergency contraception. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190: S30 –8.