



CARTA DE AUTORIZACIÓN



CÓDIGO

AP-BIB-FO-06

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

1 de 2

Neiva, 11 de Junio de 2015

Señores

CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

Ciudad

El (Los) suscrito(s):

Daniela Sepúlveda Gutiérrez, con C.C. No. 1.075.281.243,
Judy Carolina Quirodo Arbeláez, con C.C. No. 1075282470,
Paulo Andrea Bonilla Yate, con C.C. No. 1075280051,
Hoffmann Soto Barragán, con C.C. No. 7075277732,
Stefania Gomez L., con C.C. No. 1.124.860.887,
Ingrid Hivergo B., con C.C. No. 7075278464,
Karem Tellez Lozano, con C.C. No. 1075276950,

Autor(es) de la tesis y/o trabajo de grado titulado **NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA. NEIVA, 2015** presentado y aprobado en el año 2015 como requisito para optar al título de **ENFERMERA(O)**; autorizo (amos) al CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN de la Universidad Surcolombiana para que con fines académicos, muestre al país y el exterior la producción intelectual de la Universidad Surcolombiana, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo de grado en los sitios web que administra la Universidad, en bases de datos, repositorio digital, catálogos y en otros sitios web, redes y sistemas de información nacionales e internacionales "open access" y en las redes de información con las cuales tenga convenio la Institución.

• Permita la consulta, la reproducción y préstamo a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato Cd-Rom o digital desde internet, intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer, dentro de los términos establecidos en la Ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993, Decisión Andina 351 de 1993, Decreto 460 de 1995 y demás normas generales sobre la materia.



CARTA DE AUTORIZACIÓN



CÓDIGO	AP-BIB-FO-06	VERSIÓN	1	VIGENCIA	2014	PÁGINA	2 de 2
--------	--------------	---------	---	----------	------	--------	--------

• Continúo conservando los correspondientes derechos sin modificación o restricción alguna; puesto que de acuerdo con la legislación colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación del derecho de autor y sus conexos.

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

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma: Gamela Sepulveda G.

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma: Stefania G.L.

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma: Yadi Carolina Ovedo

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma: Ingrid Huerger B.

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma: Paula Andrea Bonilla Yate

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma: Karen V. Tellez L.

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma: [Signature]

**CÓDIGO**

AP-BIB-FO-07

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

1 de 3

TÍTULO COMPLETO DEL TRABAJO: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA. NEIVA, 2015.

AUTOR O AUTORES:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Bonilla yate	Paula Andrea
Gómez Ledesma	Stefania
Huergo Bermúdez	Ingrid Johanna
Oviedo Arbeláez	Yudy Carolina
Sepúlveda Gutiérrez	Daniela
Soto barragán	Hoffmann
Telles lozano	Karen Viviana

DIRECTOR Y CODIRECTOR TESIS:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Arias Torres	Dolly

ASESOR (ES):

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Arias Torres	Dolly

PARA OPTAR AL TÍTULO DE: ENFERMERA(O)**FACULTAD: DE SALUD****PROGRAMA O POSGRADO: ENFERMERÍA****CIUDAD: NEIVA****AÑO DE PRESENTACIÓN: 2015****NÚMERO DE PÁGINAS: 50**

**CÓDIGO**

AP-BIB-FO-07

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

2 de 3

TIPO DE ILUSTRACIONES (Marcar con una X):

Diagramas Fotografías ___ Grabaciones en discos ___ Ilustraciones en general ___
 Grabados ___ Láminas ___ Litografías ___ Mapas ___ Música impresa ___ Planos ___
 Retratos ___ Sin ilustraciones ___ Tablas o Cuadros

SOFTWARE: _____**MATERIAL ANEXO:** _____**PREMIO O DISTINCIÓN** (*En caso de ser LAUREADAS o Meritoria*):**PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS:**EspañolInglés

- | | |
|-------------------|---------------|
| 1. Anticoncepción | Contraception |
| Poscoital | Postcoital |
| 2. Conocimiento | Knowledge |
| 3. Nivel | Level |

RESUMEN DEL CONTENIDO:

Introducción: La Anticoncepción de Emergencia (AE): método usado en situaciones de emergencia como una relación sexual sin protección, falla o uso incorrecto de otros anticonceptivos y casos de violación o relaciones sexuales forzadas, de esta manera son los adolescentes quienes más utilizan los mismos para tal fin.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, cuantitativo, transversal, en el que participaron 308 estudiantes de 7 programas de pregrado, mayores de 18 años, jornada diurna, sede Neiva, matriculados en el segundo período académico de 2014. Para la recolección de la información se utilizó una encuesta tipo cuestionario validado por tres expertos en el tema y los resultados se procesaron mediante matriz de datos creada en el programa Microsoft Office Excel 2013® (Microsoft Corporation).

Resultados: Más de la mitad de los participantes registraron nivel de conocimiento medio sobre AE mientras que un tercio posee nivel de conocimiento bajo; menos del 10% obtuvieron nivel de conocimiento alto, la mayoría de ellos pertenecientes a la Facultad de Salud. No se encontró asociación entre nivel de conocimiento y edad, sexo, estrato socioeconómico o estado civil.

Conclusiones: Predominaron mujeres, grupo de edad de 18 a 21 años, solteras. La mayoría de los estudiantes obtuvieron nivel de conocimiento medio-bajo sobre AE; sólo

7.5% se ubicó en nivel alto. Este hallazgo cobra relevancia toda vez que el 70% expresó tener vida sexual activa. Los factores asociados fueron: programa académico, semestre, inicio de vida sexual, edad de inicio de la vida sexual, tener vida sexual activa y el uso actual de algún método de planificación familiar. De esta forma se evidencia la necesidad de ofrecer programas de promoción de la salud sexual y reproductiva.

ABSTRACT: (Máximo 250 palabras)

Background: Emergency Contraception (EC) is a method used in emergency situations created by unprotected sex, or failure or incorrect use of contraceptives and in cases of rape or forced sex, so are teenagers are those who most use them to this end.

Materials and Methods: A descriptive, quantitative, cross-sectional study, which involved 308 students, of 7 undergraduate programs, over 18, day shift, headquarters Neiva, developed in the second academic period of 2014. For the collection of information used a standard questionnaire survey validated by three experts on the topic and the results were processed using data matrix created in Microsoft Office Excel 2013® (Microsoft Corporation).

Results: More than half of the study participants reported level of average knowledge on AE while a third have low knowledge level; less than 10% obtained high knowledge level, most of them belonging to the Faculty of Health. Also was not found association between level of knowledge and age, sex, socioeconomic status and marital status. In contrast, there was a direct relationship between level of knowledge and completed semester.

Conclusions: Most of the students obtained at medium or low knowledge level about AE; only 7.5% was at high level. This finding is particularly relevant given that 70% said having sexual activity. Of this form the need for programs to promote sexual and reproductive health is evident.

APROBACION DE LA TESIS

Nombre Presidente Jurado:

Dolly Aris Torres.

Firma:

Dolly Aris

Nombre Jurado:

Silvana Polina Sanchez

Firma:

Silvana Polina

Nombre Jurado:

Ronald Andrés Hernández R.

Firma:

Ronald Andrés

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ANTICONCEPCIÓN DE
EMERGENCIA EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD
SURCOLOMBIANA. NEIVA, 2015.

PAULA ANDREA BONILLA YATE
STEFANIA GÓMEZ LEDESMA
INGRID JOHANNA HUERGO BERMÚDEZ
YUDY CAROLINA OVIEDO ARBELÁEZ
DANIELA SEPÚLVEDA GUTIÉRREZ
HOFFMANN SOTO BARRAGÁN
KAREN VIVIANA TELLES LOZANO

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
NEIVA – HUILA
2015

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ANTICONCEPCIÓN DE
EMERGENCIA EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD
SURCOLOMBIANA. NEIVA, 2015.

PAULA ANDREA BONILLA YATE
STEFANIA GÓMEZ LEDESMA
INGRID JOHANNA HUERGOBERMUDEZ
YUDY CAROLINA OVIEDO ARBELÁEZ
DANIELA SEPÚLVEDAGUTIÉRREZ
HOFFMANN SOTO BARRAGÁN
KAREN VIVIANA TELLES LOZANO

Trabajo de grado presentado como requisito para optar el título de Enfermera(o)

DOLLY ARIAS TORRES
Enfermera MSc., PhD
Docente asesora

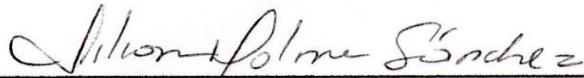
UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
NEIVA – HUILA
2015

NOTA DE ACEPTACIÓN

Certifico que el proyecto fue
revisado, aprobado y presen-
tado en el auditorio Olga
Tony Vidales de la Facultad de
Salud el día 29 de Mayo de
2015 a las 2:00 pm.



Firma del presidente del jurado



Firma del jurado



Firma del jurado

DEDICATORIA

A Dios primero por ser quien impulsa y guía nuestro camino y dota de sabiduría y entendimiento en cada paso que damos.

A nuestros padres por su amor, ayuda incondicional y por ser quienes nos motivan a ser mejores en cada cosa que emprendemos.

Daniela
Hoffmann
Ingrid Johanna
Karen Viviana
Paula Andrea
Stefania
Yudy Carolina

AGRADECIMIENTOS

A la docente Dolly Arias, por sus conocimientos, persistencia, paciencia y motivación, que ha sido fundamental para el desarrollo del presente trabajo y el crecimiento como investigadores.

A los docentes Omaira Gómez, Alexander Lara, Diana Rivera y William González Sánchez, por su colaboración en cada una de las etapas de esta investigación, por su entrega y confianza en este proyecto.

CONTENIDO

	Pag.
INTRODUCCIÓN.	13
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
2. JUSTIFICACIÓN	18
3. OBJETIVOS	20
4.1. OBJETIVO GENERAL	20
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
5. MARCO DE REFERENCIA	21
5.1. ESTADO DEL ARTE	21
5.2. ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA	23
5.2.1. Píldoras anticonceptivas de emergencia	24
5.2.2. Dispositivos intrauterinos de cobre	25
5.2.3. Mitos sobre la AE	26
5.2.4. Normatividad	27
6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	29
7. DISEÑO METODOLÓGICO	32
7.1. TIPO DE ESTUDIO	32
7.2. POBLACIÓN, MUESTRA Y TIPO DE MUESTREO	32
7.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	32
7.4. MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO	33
7.5. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	33
7.6. TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	34
8. CONSIDERACIONES ÉTICAS	35
9. RESULTADOS.	36
9.1. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS	36
9.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.	43
10. CONCLUSIONES	45

11. RECOMENDACIONES	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
ANEXOS	56

LISTA DE TABLAS

	Pag.
Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes del estudio. Neiva, 2015.	36
Tabla 2. Prácticas sexuales de los participantes del estudio. Neiva, 2015	37
Tabla 3. Clasificación del nivel de conocimiento de acuerdo al puntaje	38
Tabla 4. Nivel de conocimiento sobre AE de los participantes del estudio. Neiva, 2015	38
Tabla 5. Nivel de conocimiento relacionado con el inicio de vida sexual de los participantes del estudio. Neiva, 2015.	40
Tabla 6. Nivel de conocimiento relacionado con la edad de la primera relación sexual de los participantes del estudio. Neiva, 2015.	41
Tabla 7. Nivel de conocimiento relacionado con vida sexual activa sexual de los participantes del estudio. Neiva, 2015.	41
Tabla 8. Nivel de conocimiento relacionado con el uso de métodos anticonceptivos de los participantes del estudio. Neiva, 2015.	41
Tabla 9. Distribución de respuestas correctas e incorrectas por cada una de las 16 afirmaciones sobre anticoncepción de emergencia de los participantes del estudio. Neiva 2015.	42

LISTA DE GRAFICAS

	Pag.
Gráfica 1. Nivel de conocimiento relacionado con el programa académico de los participantes del estudio. Neiva, 2015.	39
Gráfica 2. Nivel de conocimiento relacionado con el semestre que cursan los participantes del estudio. Neiva, 2015.	40

LISTA DE ANEXOS

	Pag.
ANEXO A. Población Y Muestra	57
ANEXO B. Instrumento	58
ANEXO C. Consentimiento informado	61

RESUMEN

“Nivel de conocimiento sobre anticoncepción de emergencia en estudiantes de pregrado de la Universidad Surcolombiana. Neiva, 2015.”

Introducción: La Anticoncepción de Emergencia (AE) es un método usado en situaciones de emergencia creadas por una relación sexual sin protección, o por falla o uso incorrecto de otros anticonceptivos y para casos de violación o relaciones sexuales forzadas, de esta manera son los adolescentes quienes más utilizan los mismos para tal fin.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, cuantitativo, transversal, en el que participaron 308 estudiantes de 7 programas de pregrado, mayores de 18 años, jornada diurna, sede Neiva, matriculados en el segundo período académico de 2014. Para la recolección de la información se utilizó una encuesta tipo cuestionario validado por tres expertos en el tema y los resultados se procesaron mediante matriz de datos creada en el programa Microsoft Office Excel 2013® (Microsoft Corporation).

Resultados: Más de la mitad de los participantes en el estudio registraron nivel de conocimiento medio sobre AE mientras que un tercio posee nivel de conocimiento bajo; menos del 10% obtuvieron nivel de conocimiento alto, la mayoría de ellos pertenecientes a la Facultad de Salud. No se encontró asociación entre nivel de conocimiento y edad, sexo, estrato socioeconómico o estado civil. En contraste, hubo relación directa entre nivel de conocimiento y semestre académico cursado.

Conclusiones: Predominaron las mujeres, el grupo de edad de 18 a 21 años, las personas solteras. La mayoría de los estudiantes obtuvieron nivel de conocimiento medio o bajo sobre AE; sólo 7.5% se ubicó en nivel alto. Este hallazgo cobra relevancia toda vez que el 70% expresó tener vida sexual activa. Los factores asociados fueron: programa académico, semestre, inicio de vida sexual, edad de inicio de la vida sexual, tener vida sexual activa y el uso actual de algún método de planificación familiar. De esta forma se evidencia la necesidad de ofrecer programas de promoción de la salud sexual y reproductiva.

Palabras clave: Anticoncepción postcoital: Medios de intercepción postcoital para evitar el embarazo, como los anticonceptivos poscoito o la píldora de la mañana siguiente para prevenir la fertilización o implantación. Conocimiento: Cuerpo de verdades o hechos acumulados en el curso del tiempo, la suma de información acumulada, su volumen y naturaleza, en cualquier civilización, período o país. AE: Anticoncepción de Emergencia; AHE: Anticoncepción Hormonal de Emergencia; DIU: Dispositivo Intrauterino; MAE: Método anticonceptivo de emergencia; PAE: Píldora anticonceptiva de emergencia.

ABSTRACT

"Knowledge about emergency contraception in undergraduates University Surcolombiana. Neiva, 2015. "

Background: Emergency Contraception (EC) is a method used in emergency situations created by unprotected sex, or failure or incorrect use of contraceptives and in cases of rape or forced sex, so are teenagers are those who most use them to this end.

Materials and Methods: A descriptive, quantitative, cross-sectional study, which involved 308 students, of 7 undergraduate programs, over 18, day shift, headquarters Neiva, developed in the second academic period of 2014. For the collection of information used a standard questionnaire survey validated by three experts on the topic and the results were processed using data matrix created in Microsoft Office Excel 2013® (Microsoft Corporation).

Results: More than half of the study participants reported level of average knowledge on AE while a third have low knowledge level; less than 10% obtained high knowledge level, most of them belonging to the Faculty of Health. Also was not found association between level of knowledge and age, sex, socioeconomic status and marital status. In contrast, there was a direct relationship between level of knowledge and completed semester.

Conclusions: Most of the students obtained at medium or low knowledge level about AE; only 7.5% was at high level. This finding is particularly relevant given that 70% said having sexual activity. Of this form the need for programs to promote sexual and reproductive health is evident.

Key words: Contraception Postcoital: Means of postcoital interception to prevent pregnancy, as postcoital contraceptives or morning after pill to prevent fertilization or implantation. Knowledge: Body of truths or events accumulated in the course of time, the amount of accumulated data, its volume and nature, in any civilization, period or country. EC: Emergency Contraception; HEC: Hormonal Emergency Contraception; DIU: Intrauterine Device; ECP: Emergency Contraceptive Pill.

INTRODUCCIÓN

La Anticoncepción de Emergencia (AE) es un método usado en situaciones de emergencia creadas por una relación sexual sin protección, o por falla o uso incorrecto de otros anticonceptivos y para casos de violación o relaciones sexuales forzadas. Previene embarazos no deseados, abortos inducidos y morbi - mortalidad materna.

Con base en lo anteriormente expuesto se formuló un proyecto encaminado a establecer el nivel de conocimiento que tienen los estudiantes de pregrado de la Universidad Surcolombiana sede Neiva respecto a los métodos anticonceptivos de emergencia con el fin de proponer estrategias de intervención educativas.

Con el estudio se encontró que más de la mitad de la población estudiantil tiene un nivel de conocimiento medio sobre AE mientras que un tercio de los encuestados se encuentra con un nivel de conocimiento bajo; menos del 10% registraron nivel de conocimiento alto.

Los resultados obtenidos en esta investigación, servirán de apoyo para fomentar una cultura de educación sexual encaminada a la reducción de condiciones de vulnerabilidad y la atención integral de las personas en riesgo, propuesta que está en correspondencia con una de las estrategias direccionadas desde el Ministerio de Salud y Protección Social en el Modelo de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La anticoncepción de emergencia (AE) es un tema relativamente nuevo (1); en el mundo se empezó a utilizar hacia el año 1965 en un pueblo de Holanda, posteriormente en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de las Naciones Unidas, se comenzaron a impulsar los métodos de anticoncepción de emergencia (MAE) para prevenir embarazos indeseados y así evitar tener que recurrir al aborto. Este posicionamiento mundial comenzó a interesar a PROFAMILIA y se inició una experiencia piloto en Bogotá. Actualmente la Anticoncepción de Emergencia sigue generando diversos cuestionamientos a nivel mundial sobre su uso, las implicaciones morales, la eficacia, la efectividad y las opiniones de las mujeres; como se evidencia a continuación en los diferentes artículos encontrados (2).

En Escocia, 2012 un estudio concluyó que a pesar de que la AE está disponible de forma gratuita en todo el país, no se generó un aumento en la proporción de uso por parte de las mujeres que buscan evitar un embarazo no deseado. Además se encontró que los conocimientos no eran muy sólidos respecto al uso, ya que sólo el 11% de 137 mujeres habían utilizado AE para tratar de evitar la concepción del embarazo (3).

En Turquía, 2012 un estudio sugiere que el conocimiento y la utilización de la AE son bajos entre las mujeres turcas, pero similar a lo reportado en otros países; las barreras más importantes que influyen en el uso de los MAE son la falta de conocimiento y las ideas equivocadas sobre el uso de estos métodos (4).

En Australia, 2010 un estudio concluyó que las mujeres tienen un alto nivel de conciencia de la Píldora Anticonceptiva de Emergencia (PAE), pero insuficiente conocimiento de cómo y cuándo usarlo y dónde obtenerlo, lo que sugiere que se requiere más información y educación, incluida la clarificación de la diferencia entre la PAE y el aborto (5).

En Shanghái, 2008 se identificó que las principales razones para no usar la AE después del coito sin protección, son la falta de conciencia y subestimar el riesgo de quedar embarazadas (6).

En la India, 2015 un estudio determinó que el conocimiento es la principal barrera para el uso de la anticoncepción de emergencia. Ya que es pobre, incluso en grupos de adolescentes y jóvenes educados; teniendo en cuenta que la anticoncepción de emergencia (AE) puede ayudar a prevenir hasta el 95% de los

embarazos no deseados. Y con su uso correcto podría evitar casi dos tercios de los abortos inducidos ocasionados a la falla del método anticonceptivo regular (7).

En Nueva York, 2009 según las entrevistas realizadas en 2 grupos poblacionales diferentes, se mostró que los errores más comunes frente a la AE fueron: confusión con la mifepristona (píldora del aborto) y pensamiento erróneo de la AE como una forma de control de la natalidad rutinario (8).

Por otro lado el Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia, en el año 2010, analizó las diferentes barreras que enfrentaba la AE en los diferentes países, encontrando que “La situación de los países en donde la PAE no se entrega en el sistema público de salud es muy disímil. En Honduras, su distribución gratuita y comercialización fue prohibida mediante la publicación del Acuerdo Ministerial N° 2744 de la Secretaría de Salud el día 21 de octubre de 2009. En Perú, si bien la PAE se encontraba reglamentada en la “Guía de Atención Integral de Salud Sexual y Reproductiva”, el “Manual de orientación y consejería en salud sexual y reproductiva” y la “Norma técnica de planificación familiar”, luego del Fallo del Tribunal Constitucional que ordenó al Ministerio de Salud abstenerse de desarrollar como política pública la entrega gratuita de la PAE a nivel nacional, se publicó la Resolución Ministerial 652/2010 prohibiendo cualquier actividad referida al uso del Levonorgestrel como anticonceptivo oral de emergencia. En Costa Rica en cambio, la PAE no se encuentra normada, por lo que si bien su distribución no está expresamente prohibida, la inexistencia de un producto registrado imposibilita su acceso, tanto en el sistema de salud como en el mercado”(9).

“Sólo en tres países, Chile, Colombia y Ecuador, existen leyes o decretos que garantizan expresamente el acceso a la PAE, aunque son doce los Estados que contemplan los derechos y la salud sexual y reproductiva y/o la planificación familiar en decretos y leyes nacionales. En el caso de Ecuador, la Ley Orgánica de Salud del año 2006 garantiza la entrega de PAE para casos de violencia sexual. En Chile, la Ley 20.418, promulgada bajo el gobierno de Michelle Bachelet, garantiza la entrega de PAE a toda persona sin mencionar situaciones específicas de acceso, al igual que el Decreto 3039 de 2007 de Colombia, por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010” (8).

En América Latina y el Caribe, 2004 un artículo de temas de actualidad publicó que “La mayor dificultad proviene de los grupos de extrema derecha y otros afiliados a la Iglesia católica en la esfera de influencia política, los cuales se oponen a los anticonceptivos de emergencia por considerarlos abortivos. Lamentablemente, la misma percepción errónea existe entre muchos proveedores

de servicios de salud al igual que en algunos sectores de la población. Es evidente que hace falta capacitar apropiadamente a los proveedores de servicios de salud y difundir información correcta a las posibles usuarias acerca de los mecanismos de acción y beneficios de ese método anticonceptivo” (10).

En Brasil, 2014 un estudio concluyó que la falta de educación sólo estimula una generación a crecer sin información sobre la AE aumentando los problemas como el porcentaje de jóvenes que la utilizan de manera incorrecta (11).

En Colombia, 2011 se encontró que el 14,3% de estudiantes de secundaria de Popayán usaron la PAE; 31,2% ya habían iniciado relaciones sexuales y de estos, 50% habían utilizado la PAE. También se encontró que el uso del condón es del 33%, el uso del condón y PAE es del 20% y solo PAE 3,3%. Además se evidenció “una grave problemática en la práctica responsable de la sexualidad en adolescentes lo que pone en manifiesto que existen vacíos de conocimiento y que son potencialmente útiles la implementación de programas de promoción y prevención con personal capacitado, que oriente según las necesidades y características sociodemográficas, temas relacionados con la educación sexual y el uso responsable de los métodos anticonceptivos en la población adolescente” (12).

Colombia, 2008 en un estudio realizado en estudiantes universitarias se observó que “En los últimos tres meses, 6 de cada 10 han tenido relaciones sexuales pero la tercera parte no ha utilizado ningún método anticonceptivo. Aunque 90% conocen la Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE), sólo la tercera parte identifica el verdadero mecanismo de acción. El 25% manifiesta no saber la efectividad de la AHE y sólo el 2% conoce el tiempo límite de uso. Dos de cada 10 mujeres no están de acuerdo con su uso. Seis de cada 10 estudiantes la han utilizado alguna vez, 2% la ha utilizado hasta 4 veces, y el 17% ha cambiado su método rutinario por utilizar AHE. El 80% la adquirió directamente en droguerías y el 12% en PROFAMILIA. El 88% utilizó AHE de sólo progestina, 11% Yuzpe y 1% Dispositivo intrauterino (DIU)”. Se concluye que “Aunque el 100% estaba de acuerdo con la anticoncepción de emergencia, sólo el 49% conocían todas las opciones disponibles resaltando que a pesar de incluirse la AE dentro de la normatividad nacional, se percibe desconocimiento por parte de la población general y del personal de salud” (13).

En los últimos años en el país se ha generado desde el sector privado de la atención en salud sexual y reproductiva, información masiva sobre la AE, creando conciencia en los prestadores de servicio de salud, así como en la comunidad en general, de lo importante de esta estrategia de regulación de la fertilidad (14).

De acuerdo a las problemáticas mencionadas anteriormente, se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre Anticoncepción de Emergencia en estudiantes de pregrado de la Universidad Surcolombiana; Neiva, 2015?

Con los resultados obtenidos se estructuró una propuesta de intervención educativa, acorde con la realidad vivida por los universitarios en este contexto.

2. JUSTIFICACIÓN

En la adolescencia, definida por la OMS como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años y la juventud como el periodo entre los 21 y los 24 años, se asumen nuevas responsabilidades y se experimenta una nueva sensación de independencia, que suele acompañarse por lo general con el inicio de la vida sexual, siendo en Colombia la edad promedio de inicio a los 18.3 años (Encuesta Nacional de Demografía y Salud) (14). Por este motivo existe la necesidad de orientar a la población en la toma de decisiones que conciernen a su salud sexual y reproductiva, para que ejerzan una vida sexual responsable, que mitigue los riesgos y consecuencias no deseadas.

En Colombia, la salud sexual y reproductiva desde el punto de vista de los derechos es una de las consideraciones más importantes en el Plan Decenal de Salud, que pretende garantizar las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que inciden en el ejercicio pleno y autónomo de los derechos sexuales y reproductivos de las personas, grupos y comunidades en el marco de los enfoques de género, asegurando reducir las condiciones de vulnerabilidad y la atención integral de las personas (15).

Siguiendo este enfoque, el Ministerio de Salud plantea la programación de actividades para incluir a adolescentes como sujeto y objeto de atención a través del “Modelo de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes”, donde se da respuesta a la necesidad específica de los servicios de salud que requieren los jóvenes haciendo hincapié en el ámbito sexual y reproductivo (16).

De esta forma, como profesionales de enfermería se podrán tomar las medidas necesarias para abordar a la población juvenil, mediante estrategias específicas que se pueden implementar en los servicios de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad, teniendo en cuenta que es una labor del personal de enfermería brindar orientación y educación en planificación familiar y métodos anticonceptivos al individuo que así lo desee.

Por tal motivo, los resultados obtenidos en esta investigación, servirán de apoyo para crear conciencia y fomentar una cultura de educación frente a la Anticoncepción de Emergencia, facilitando a los jóvenes el conocimiento de todos los aspectos relacionados con su uso, y así se modifiquen y formulen estrategias realizadas por jóvenes y para jóvenes, que sean adecuadas para esta población.

La realización del presente estudio fue factible y viable, debido a que los investigadores tenían dominio del tema, se contó con asesoría metodológica para el desarrollo de la investigación y se logró acceder a las diferentes aulas de clase de la Universidad Surcolombiana, lo que permitió tener un contacto directo con los estudiantes, agregando que la proximidad de edades entre estos y los investigadores facilitó establecer un mayor vínculo de confianza y sinceridad en la recolección de la información. El estudio no implicó riesgos físicos, psicológicos ni morales a la población de estudio y fue de bajo costo.

Con el desarrollo de esta investigación se produjo un impacto favorable en los profesionales de enfermería, ya que son el pilar educativo fundamental en la prestación de servicios de salud y la puerta de entrada de los jóvenes que consultan en los programas de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de conocimiento que tienen los estudiantes de pregrado de la Universidad Surcolombiana sede Neiva respecto a los métodos anticonceptivos de emergencia con el fin de proponer estrategias de intervención educativas de acuerdo al tema de estudio.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Describir las principales características sociodemográficas de los estudiantes de pregrado de la Universidad Surcolombiana, sede Neiva, en el primer periodo del 2015.

Establecer las prácticas sexuales que tienen los estudiantes de pregrado de la Universidad Surcolombiana, sede Neiva, en el primer periodo del 2015.

Valorar el nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos de emergencia y los factores asociados en los estudiantes de pregrado de la Universidad Surcolombiana, sede Neiva, en el primer periodo del 2015.

Identificar vacíos en el conocimiento sobre AE que sirvan como referente para, a futuro, proponer medidas de intervención educativas que orienten sobre los derechos sexuales y reproductivos de los estudiantes de pregrado de la Universidad Surcolombiana, sede Neiva, en el primer periodo del 2015.

4. MARCO DE REFERENCIA

4.1. ESTADO DEL ARTE

Desde la aparición de los métodos anticonceptivos de emergencia, han surgido diversos cuestionamientos frente a su uso; motivando a diferentes investigadores a realizar estudios e investigaciones que determinen el panorama a nivel nacional e internacional.

En África, Asia, Europa, Oeste de Asia, América Latina y el Caribe, en el 2014, se desarrolló un estudio de multi-países, en donde se afirmó que existe necesidad de mayor difusión de información sobre la AE, sobre todo entre las personas de bajos ingresos. Las variaciones en el uso y el conocimiento dentro de las regiones sugieren la necesidad de programas para adaptarse a las características de cada uno de los países (17).

En la República Democrática Popular Lao, en el 2013, se concluyó que el nivel de conocimiento acerca de las PAE es relativamente bajo y el número de errores de percepción es alto. En cuanto a las actitudes hacia las PAE, la mayoría de los encuestados apoyó la disponibilidad de las PAE en los sectores público y privado. Además se manifestó la necesidad de utilizar los principales medios de comunicación para la difusión de información y la entrega de mensajes a través de los establecimientos de salud para conocer más sobre las PAE (18).

En Suiza, 2003, una investigación determinó que las razones para solicitar algún MAE incluyen falla del método anticonceptivo (65%), o bien la rotura del condón (54%) o píldoras olvidadas (11%). Además se estableció que en el asesoramiento sobre la AE se debe establecer que el método no es 100% efectivo y por último que los servicios de Planificación Familiar y otros proveedores de AE podrían considerar la posibilidad de producir y proporcionar información breve con folletos sobre la AE (19).

En Reino Unido, 2015 según la encuesta Omnibus 2008-9 para la Oficina Nacional de Estadísticas mostró qué de las mujeres encuestadas, sólo el 7% había usado la AE en el año anterior y ninguno había usado el DIU. En general, el uso de la AE es bajo, incluso entre las mujeres que no planean embarazarse (20).

En EEUU, 2014, un estudio concluyó que “El DIU de cobre es eficaz para prevenir el embarazo después de una relación sexual sin protección o falla del método

anticonceptivo. Desafortunadamente, su uso en este contexto es bajo y fue superado por el uso de las PAE. Estos tienen tasas de fracaso más altas y, a diferencia del DIU, no son eficaces después de la fertilización” (21). En ese mismo año, en el estado de Minnesota, un estudio observó que el 78% de los participantes habían oído hablar de la AE a través de sus amigos y los medios de comunicación, mientras que el 33,7% se enteró por medio de su proveedor de atención médica o una presentación basada en la escuela. Los participantes parecían saber que la AE está disponible en el mostrador, pero no saben que puede ser adquirido por cualquier persona de cualquier edad (22). En el año 2012, una investigación concluyó que el DIU es un método eficaz de la anticoncepción después del coito sin protección. Además se afirmó que son seguros para la mayoría de las mujeres, altamente eficaces y rentables cuando se deja en su lugar como anticoncepción permanente (23).

En California, en el año 2014 se realizó un estudio donde se observó que cerca del 73,4% admitieron tener relaciones sexuales; de ellos, 40% han usado AE. Dentro de las razones que dieron las mujeres para usar AE fueron: no estaban teniendo control de la natalidad 34,2% y rotura de condón 26,3%. Aproximadamente uno de cada ocho participantes reportó embarazos no planificados-y casi uno de cada diez tuvieron al menos un aborto (24).

En Chicago, 2011, se realizó un estudio en donde los investigados manifestaron estar interesados en la prevención de los embarazos no deseados, pero no quieren o no pueden utilizar métodos anticonceptivos debido a la ambivalencia, el miedo, el acceso limitado o dificultad con el uso. Además se concluyó que las actitudes favorables hacia la AE son: el deseo de aplazar un embarazo, las relaciones sexuales poco frecuentes, el apoyo del compañero para el uso de AE y la relación inestable (25).

En México, 2010 un estudio concluyó que de 1550 estudiantes el 40% fueron hombres y 60% mujeres, con edad promedio de 19 años. El 60% ha escuchado sobre AE pero únicamente 45% tiene conocimiento correcto; y el 3% de los estudiantes sexualmente activos la ha usado; por lo tanto el conocimiento de los adolescentes sobre la AE es escaso y la transmisión de mensajes claros sobre su forma precisa de uso, resulta necesaria (26).

En Brasil, 2014, un estudio determinó que las mujeres que habían iniciado su vida sexual utilizaban anticoncepción de emergencia, y quienes la utilizaron lograron mejores resultados en conocimientos. Además se concluyó que pocos adolescentes se encuentran informados sobre el método anticonceptivo (27).

En Chile, 2014 a través de una investigación se determinó que el 61,5% de las mujeres y el 50% de los hombres inician su vida sexual a los 15 años o a edades menores y que la mayoría de los adolescentes no conocen el mecanismo de acción de la AE, por lo que se considera importante la educación sanitaria, con fundamentos científicos en éste grupo de la población (28).

4.2. ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

La OMS define AE como los métodos anticonceptivos que se pueden utilizar para prevenir embarazos en los días inmediatamente posteriores a la relación sexual. Se estableció para situaciones de emergencia creadas por una relación sexual sin protección, la falla o el uso incorrecto de otros anticonceptivos (como la omisión de una píldora anticonceptiva o la rotura de un preservativo) y para casos de violación o relaciones sexuales forzadas. La Anticoncepción de emergencia a veces es llamada «anticoncepción postcoito» y también «píldora del día siguiente». En esta categoría se tiene a las píldoras anticonceptivas (postday y postinor) y el Dispositivo intrauterino (29).

La anticoncepción de emergencia o anticoncepción posterior al coito, sólo tiene fundamentos válidos desde el punto de vista científico, cuando se enmarca en el hecho de ser una estrategia de planificación muy eficaz para prevenir el embarazo cuando ya se han tenido relaciones coitales. La razón de ser de la AE es la prevención, ya que primero, es capaz de prevenir el embarazo no deseado, segundo previene el aborto inducido y sobre todo el realizado en condiciones de riesgo y tercero llega a generar prevención en morbilidad y mortalidad materna.

La AE es fundamentalmente preventiva, porque evita un embarazo no deseado y no interrumpe una gestación establecida. Dicho criterio suele no ser aceptado por algunas corrientes de índole religiosa, que consideran a la fertilización como el inicio de la gestación. Una vez se ha producido la implantación gestacional, la administración de AE no tiene ningún sentido por ser totalmente ineficaz, es por ello que debe administrarse dentro de las primeras 72 horas siguientes a un coito sin protección. Estas apreciaciones y por ende sus indicaciones son claras en la literatura científica, por tanto la discusión si la anticoncepción de emergencia es o no abortiva, debiese estar plenamente superada y sin más razones para controversias (15).

En Italia en 1995, se desarrolló el Consenso de Bellagio sobre anticoncepción de emergencia donde se declaró que las mujeres de todo el mundo deben tener acceso a este método seguro y eficaz para prevenir el embarazo indeseado

cuando ha existido un coito sin protección y evitar la necesidad del aborto en condiciones de riesgo (15).

Los esquemas de anticoncepción de emergencia, disponibles en nuestro país son las píldoras anticonceptivas (postday y postinor), el Dispositivo intrauterino y el método Yuzpe.

4.2.1. Píldoras anticonceptivas de emergencia. La OMS recomienda la píldora de levonorgestrel para la AE. Lo ideal es que la mujer tome una sola dosis de esta píldora de progestágeno solo (1,5 mg) en los tres primeros días posteriores (72 horas) a la relación sexual sin protección. Otra posibilidad es que tome dos dosis de levonorgestrel (de 0,75 mg cada una), con un intervalo de 12 horas (18).

Mecanismo de acción. Las PAE de levonorgestrel previenen el embarazo impidiendo o retrasando la ovulación. También pueden impedir la fertilización de un óvulo por su efecto sobre el moco cervical o la capacidad del espermatozoide de unirse al óvulo. Las píldoras anticonceptivas de emergencia de levonorgestrel no actúan una vez que ha comenzado el proceso de implantación del óvulo.

Eficacia. De acuerdo con los resultados de nueve estudios en los que participaron 10.500 mujeres, la eficacia del régimen de levonorgestrel recomendado por la OMS para prevenir el embarazo es del 52% al 94%, siendo mayor en las primeras 72 horas después de la relación sexual sin protección.

Si la mujer presenta vómitos antes de que pasen tres horas desde el momento en que realizó la primera o la segunda toma de las píldoras, puede tomar un antiemético, tipo metoclopramida, y treinta minutos después volver a tomar las tabletas supuestamente vomitadas. Se ha recomendado incluso utilizar siempre la metoclopramida con fines preventivos (15).

Siempre en la primera y en la segunda toma, las píldoras deben ser de la misma marca. Tomar mayor número de tabletas de las indicadas no sirve para nada y puede aumentar los efectos adversos (15).

En todas las circunstancias para el resto del ciclo debe utilizarse un método de barrera al tener nuevos coitos. La menstruación suele presentarse en la fecha esperada o antes. Si se presenta atraso menstrual debe tratar de diagnosticarse la existencia de embarazo. La mujer debe recibir instrucciones

y motivación suficiente para que con la llegada del sangrado por privación, inicie un método regular de planificación familiar (15).

Seguridad. Las píldoras anticonceptivas de emergencia de solo levonorgestrel son seguras y no provocan el aborto ni afectan la fertilidad futura. Los efectos colaterales son poco frecuentes y, por lo general, leves.

Un estudio realizado en el año 1999, donde se compara la efectividad y la seguridad de dos formas de administración (dos tabletas en dosis única y una tableta cada 12 horas), encontró que en ambos grupos se presentaron náuseas, vómitos, dolor leve en hipogastrio, menorragia, vértigos, cefalea y tensión mamaria. Fue significativamente más alta la presencia de cefalea, tensión mamaria y sangrado menstrual abundante, cuando las dos tabletas se administraron en una sola dosis. Once embarazos fueron reportados entre las 1.118 mujeres participantes (1%), siendo siete para el grupo de dos dosis y cuatro para dosis única. El riesgo relativo de embarazo en los dos grupos fue similar, siendo la efectividad establecida para dos dosis del 86,8% que es sensiblemente menor que la obtenida con la dosis única que alcanza a ser del 92,2% ($p < 0,05$), de todas formas ambos esquemas de administración son efectivos y seguros (15).

Criterios de uso y contraindicaciones. Las PAR previenen el embarazo. No se deben administrar a mujeres con embarazo confirmado. Sin embargo, si una mujer las toma sin saber que está embarazada, los datos disponibles indican que la píldora no perjudicará ni a la mujer ni al feto.

Las PAE son solamente para emergencias y no son apropiadas como método anticonceptivo de uso regular, porque existe una mayor posibilidad de fracaso que con los anticonceptivos habituales. Además, el uso frecuente de la anticoncepción de emergencia puede tener efectos secundarios como la irregularidad menstrual, aunque no se ha establecido que su uso repetido constituya un riesgo para la salud. Las PAE de levonorgestrel no tienen contraindicaciones.

4.2.2. Dispositivos intrauterinos de cobre. La OMS recomienda que la colocación de un DIU de cobre como anticonceptivo de emergencia se realice en los cinco días posteriores a la relación sexual sin protección. Este método anticonceptivo de emergencia puede ser ideal para las mujeres que desean usar un método anticonceptivo continuo y eficaz.

Esta AE no hormonal fue introducida desde 1976, y tiene como ventaja dejar aplicado un método regular de planificación que puede continuarse hasta por diez años (15).

Mecanismo de acción. Como Anticonceptivo de Emergencia, el DIU de cobre impide la fertilización porque provoca un cambio químico que afecta al espermatozoide y al óvulo antes de la fecundación.

Eficacia. El DIU de cobre, al colocarse en los primeros cinco días después de un coito sin protección, otorga una eficacia superior al 90%, siendo la forma más efectiva de AE (15).

Seguridad. El DIU de cobre es un método de anticoncepción de emergencia seguro. Los riesgos de infección, expulsión o perforación son bajos.

Criterios de uso y contraindicaciones. El uso del DIU de cobre en algunas situaciones puede ser considerado limitado por una menor tolerabilidad, como sucede en nulíparas y en mujeres muy jóvenes. Sin embargo, en los criterios de elegibilidad de la OMS, el uso de DIU de cobre por mujeres sin gestaciones previas es considerado Categoría 2, para utilizar cuando los beneficios superen los riesgos (15). Es importante anotar que en aquellos casos en que sea motivo de preocupación la probabilidad de infecciones de transmisión sexual y/o elevación en el riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria, no debe recurrirse al uso del DIU de cobre.

4.2.3. Mitos sobre la AE. De acuerdo a la Real Academia Española, mito es “una persona o cosa a la que se le atribuyen cualidades o excelencias que no tienen, o bien, una realidad de la que carecen” (30)

Respecto a la AE se pueden encontrar las siguientes concepciones erróneas:

¿Es abortiva? Desde distintos medios y, sobre todo desde los ámbitos no científicos, se promueve la información acerca del carácter abortivo de la misma, pero se sabe actualmente que por su mecanismo de acción antes de la fecundación del ovulo no es un método abortivo (31).

¿Se puede usar como único método anticonceptivo? Cuando uno recomienda la AHE, debe informar a la paciente que no es un método que se pueda utilizar

rutinariamente como método anticonceptivo, y que esto se debe a que no es un método con un alto grado de efectividad anticonceptiva ya que, como vimos con anterioridad, ésta va a depender, en gran medida, del momento del ciclo en que sea ingerida (31).

“Tomarlo más de una vez “hace mal”. Tiene contraindicaciones, causa hemorragias”. La evidencia científica ha demostrado que el levonorgestrel 1,5 mg cumple con todos los estándares para ser utilizado sin prescripción médica. En más de 60 países las mujeres requieren una prescripción médica para obtenerlo (31).

La AHE no es tóxica ni adictiva y tiene mínimos efectos secundarios: el más frecuente es la náusea, ya que los vómitos son más frecuentes cuando se toma la asociación de etinilestradiol con levonorgestrel (método de Yuzpe). Es importante remarcar que si el vómito ocurre dentro de los 30 a 60 minutos deberá tomar nuevamente la AHE, pudiendo tomar un antiemético una hora antes de la ingesta de la pastilla (31).

“Las pacientes no van a seguir utilizando otros métodos. Disminuirá el uso del preservativo. Incrementará infección por VIH”. Este es uno de los argumentos más escuchados y temidos por los profesionales de la salud: “Disminuirá el uso del preservativo”; sin embargo los estudios realizados hasta el momento no lo demuestran. No se ha encontrado a la fecha que el número de relaciones desprotegidas se haya modificado (31).

Belzer realizó un estudio en el “The Children’s Hospital Of Angels” en 160 madres adolescentes entre 13 y 20 años que estuviesen en pareja, excluyendo las que querían embarazarse o utilizaban DIU. Las dividió en dos grupos: uno recibió información sobre el uso de la AHE y el otro recibió la información y la pastilla. Se midió el uso y el número de coitos desprotegidos en los dos grupos a los 6 y 12 meses. A los seis meses había utilizado la pastilla el 11% del primer grupo y el 83% del segundo grupo; a los 12 meses el 45% y 64%, respectivamente. Pero no encontró diferencia entre los grupos en el uso del preservativo (22).

4.2.4. Normatividad. Dentro de los aspectos normativos que se refieren a la Anticoncepción de Emergencia en Colombia se encuentran los siguientes:

Normas Técnicas y Guías de Atención – Ministerio de Salud – Resolución Número 412 de febrero 25 de 2000: adoptó la Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres (32, 33).

Resolución número 0769 de 2008: Por medio de la cual se adopta la actualización de la Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres establecida en la Resolución 412 de 2000. En la cual se incluye los MAE en el plan obligatorio de salud en los siguientes casos: Mujer víctima de violación sexual, Relación sexual sin protección en población adolescente vulnerable, Falla del método habitual de planificación familiar, contemplándose además como un Derecho Sexual y Reproductivo (34).

5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	DEFINICIÓN	FORMA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE	OPCIONES DE RESPUESTA
Características sociodemográficas	Edad.	Tiempo transcurrido en años cumplidos desde el momento del nacimiento hasta el momento de aplicación del estudio.	Cuantitativa discreta	Numérica	18-21 años 22-25 años 26-29 años Igual o mayor a 30
	Sexo.	Condición biológica al nacer.	Cualitativa	Nominal	Hombre Mujer
	Estado civil.	Condición de cada persona en relación con la presencia o ausencia de pareja.	Cualitativa	Nominal	Soltero Casado Unión libre
	Nivel socioeconómico.	Categoría que se determina de acuerdo a lineamientos establecidos por el DANE.	Cuantitativa	Ordinal	1 4 2 5 3 6
	Programa académico.	Unidad a la que pertenece de acuerdo al área definida para la formación profesional.	Cualitativa	Nominal	Administración de Empresas Ciencias políticas Enfermería Física Ingeniería Agrícola Licenciatura con énfasis en Educación Física, Recreación y deporte Psicología
	Semestre.	Tiempo en meses en el cual transcurre el periodo académico.	Cuantitativa	Ordinal	Primero Segundo Tercero Cuarto Quinto Sexto Séptimo Octavo Noveno Décimo
Prácticas sexuales	Vida sexual activa.	Práctica o no de relaciones sexuales.	Cualitativa	Nominal	Si No
	Inicio vida sexual.	Momento en el cual la persona realiza su primer acto coital.	Cualitativa	Nominal	Si No

(Continuación)

VARIABLES	DIMENSIONES	DEFINICIÓN	FORMA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE	OPCIONES DE RESPUESTA
Prácticas sexuales	Edad de inicio de la vida sexual.	Edad en la cual la persona realiza su primer acto coital.	Cuantitativa	Numérica	<14 años 14-16 años 17-20 años >20 años
Conocimiento acerca de la anticoncepción de emergencia.	Nivel de conocimiento acerca de la anticoncepción de emergencia.	Ubicación en un rango determinado de acuerdo a la puntuación obtenida con base en el número de respuestas acertadas sobre 16 enunciados que indagan aspectos relacionados con la AE.	Cualitativo	Ordinal	Alto: ≥ 20 puntos Medio: 11 a 19 puntos Bajo: ≤ 10 puntos
	Existencia de AE.	Consciencia de que hay MAE.	Cualitativa	Nominal	Si No
	Concepto de MAE.	Grado de dominio con respecto a la definición de los MAE.	Cualitativo	Nominal	Método usado después de una relación sexual sin protección para evitar un embarazo.
	MAE que conoce.	Conocimiento acerca de los MAE que existen.	Cualitativa	Nominal	Píldora anticonceptiva de emergencia. Dispositivo Intrauterino.
	Tiempo para usar la PAE.	Plazo máximo permitido para lograr un óptimo efecto de la PAE.	Cuantitativa	Nominal	Hasta tres días (72 horas) después de la relación sexual.
	Tiempo para usar el DIU, como anticonceptivo de emergencia.	Plazo máximo permitido para lograr un óptimo efecto del DIU como anticoncepción de emergencia.	Cualitativa	Nominal	Hasta cinco días después de la relación sexual sin protección.
	Percepción acerca del uso de la PAE.	Conocimiento de algo por medio de las impresiones que comunican los sentidos.	Cualitativa	Nominal	No suministra protección anticonceptiva durante el tiempo restante del ciclo menstrual.

(Continuación)

VARIABLE	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN	FORMA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE	OPCIONES DE RESPUESTA
Nivel de conocimiento acerca de la anticoncepción de emergencia.	Seguridad de los MAE.	Apreciación acerca de la seguridad que provee después de usar los MAE.	Cualitativa	Nominal	Si
	Fuente de información sobre los MAE.	Procedencia de la información y educación acerca de los MAE.	Cualitativa	Nominal	Padres. Amigos. Personas de la salud. Internet. Pareja.
	Uso de métodos anticonceptivos después de la AE.	Conocimiento sobre si se puede o no utilizar métodos de planificación familiar después de haber utilizado los MAE.	Cualitativa	Nominal	Utilizar, pero si no se está embarazada.
	Riesgo al que se enfrenta la mujer luego del fallo de la AE.	Evento que se puede producir si el uso de la anticoncepción de emergencia falla.	Cualitativa	Nominal	Embarazo.
	A Quien van dirigidos los MAE.	Personas para las cuales están disponibles los MAE en Colombia.	Cualitativa	Nominal	Todas las anteriores.
	Costo de la AE.	Precio que se debe pagar para conseguir la AE.	Cualitativa	Nominal	Gratis
	Semejanza entre AE y la píldora del día después.	Similitud de conceptos entre dos términos utilizados comúnmente en los MAE.	Cualitativa	Nominal	No
	MAE como un derecho sexual y reproductivo.	Consideración de que los MAE hacen parte de la política de los derechos sexuales y reproductivos.	Cualitativa	Nominal	Si
	Protección contra Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).	Defensa por parte de la MAE para prevenir una ITS.	Cualitativa	Nominal	No
	Riesgo de quedar en embarazo por inadecuado empleo de la AE.	Capacidad que tiene la AE de no evitar un embarazo cuando ésta se usa de manera incorrecta.	Cualitativa	Nominal	Si

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1. TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo, cuantitativo, transversal; el primero debido a que se estudió el conocimiento sobre la anticoncepción de emergencia, el segundo porque se definieron y mostraron las dimensiones del problema a estudiar y los datos obtenidos se representaron a nivel numérico y el tercero porque se realizó en determinado momento haciendo un corte en el tiempo.

6.2. POBLACIÓN, MUESTRA Y TIPO DE MUESTREO

Población. La población del presente estudio estuvo conformada por 1733 estudiantes de siete programas universitarios de pregrado de la Universidad Surcolombiana, mayores de 18 años, jornada diurna, sede Neiva, matriculados durante el segundo período académico de 2014.

Muestra. La muestra la conformaron 308 estudiantes, los cuales fueron escogidos al azar; el cálculo de la muestra fue efectuado mediante el programa estadístico virtual OpenEpi, versión 3; con un nivel de confianza del 95%. Anexo A.

Tipo de Muestreo. El tipo de muestreo fue no probabilístico intencional; las unidades muestrales se tomaron proporcionalmente según la población de cada uno de los programas seleccionados para el estudio, utilizando la tabla de números aleatorios del programa OpenEpi versión 3, teniendo en cuenta el rango mínimo, el rango máximo y el número de unidades a seleccionar por cada programa seleccionado.

6.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Inclusión:

Estudiantes de pregrado de la Universidad Surcolombiana con matrícula vigente en el segundo período académico de 2014.

Aceptación de participación libre y espontánea en el estudio y firma del consentimiento informado.

Jóvenes de programas en modalidad presencial, jornada diurna y con sede en Neiva.

Exclusión:

Menores de 18 años.

Integrantes del grupo de investigación.

6.4. MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO

El método de estudio fue la encuesta y la técnica, un cuestionario auto-diligenciado. La encuesta tipo cuestionario se dividió en cuatro secciones, la primera con datos de control del estudio (lugar de aplicación de la encuesta, fecha, hora y entrevistador); la segunda, relacionada con características sociodemográficas; la tercera contiene las prácticas sexuales y la cuarta corresponde a 16 preguntas cerradas de opción múltiple con única opción de respuesta que valoraron el nivel de conocimiento sobre la AE. Anexo B.

El instrumento fue validado por tres expertos en el tema de Adolescencia y Salud sexual y reproductiva, quienes, además de constatar que permitían el cumplimiento de los objetivos del estudio, evaluaron la coherencia del contenido, la pertinencia y la claridad de cada uno de los ítems.

Para determinar la confiabilidad del instrumento de medición se aplicó tres veces en diferentes momentos a una muestra de estudiantes matriculados en programas diferentes, seleccionada por conveniencia, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y de exclusión antes referidos.

6.5. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Antes de comenzar la recolección de información, los investigadores se dirigieron a las jefaturas de cada programa para solicitar información sobre el período académico y el salón donde estaban ubicadas las unidades muestrales seleccionadas. Con esta información, se llegó al salón con el consentimiento informado y los cuestionarios. Posteriormente se explicó a los participantes el objetivo de la investigación, se firmó el consentimiento informado y se entregó el cuestionario que cada participante respondió de manera personal. El investigador encargado tenía la función de aclarar dudas y verificar que el instrumento estuviera diligenciado en su totalidad.

6.6. TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Finalizada la aplicación del instrumento de investigación, se tabularon las respuestas dadas por los estudiantes en una matriz de datos creada en el programa Microsoft Office Excel 2013® (Microsoft Corporation) de la siguiente manera:

Se digitó de forma vertical y ascendente el número consecutivo de cada uno de los instrumentos correctamente diligenciados; y de manera horizontal cada una de las características sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, nivel socioeconómico y vida sexual activa), las variables sobre conocimiento de la anticoncepción de emergencia y debajo de cada una de las preguntas, las opciones de respuesta correspondientes; seguidamente se procedió a la cuantificación correspondiente que dio origen a tablas y gráficos que se presentan en el siguiente capítulo.

En el análisis de resultados se acudió a la estadística descriptiva y en algunos casos se utilizaron medidas de significancia estadística.

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación se clasificó, según el Artículo 11 de la resolución N° 8430 de 1993, como una investigación sin riesgo, debido a que no se efectuó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaron en el estudio; además se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos contemplados en la resolución en comento:

- Firma del Consentimiento Informado, elaborado según el Artículo 15, con título del estudio, objetivos, metodología y beneficios, acuerdo de participación libre y espontánea, lo mismo que la posibilidad de retiro voluntario. Anexo C.
- Aval por parte del Comité de Ética de la Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana.
- Confidencialidad de la información.

Teniendo en cuenta que todo participante de una investigación debe recibir un beneficio, los investigadores realizaron la socialización de los resultados y se brindó educación acerca de la AE.

8. RESULTADOS

8.1. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes del estudio. Neiva, 2015.

VARIABLES		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
SEXO	HOMBRE	142	46,1	46,1
	MUJER	166	53,9	100,0
EDAD	18 A 21 AÑOS	240	77,9	77,9
	22 A 25 AÑOS	55	17,9	95,8
	26 A 29 AÑOS	11	3,6	99,4
	≥ 30 AÑOS	2	0,6	100,0
ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1	70	22,7	22,7
	2	176	57,1	79,9
	3	53	17,2	97,1
	4	5	1,6	98,7
	5	3	1,0	99,7
	6	1	0,3	100,0
ESTADO CIVIL	CASADO	1	0,3	0,3
	SOLTERO	298	96,8	97,1
	UNIÓN LIBRE	9	2,9	100,0
PROGRAMA	ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS	63	20,5	20,8
	CIENCIAS POLÍTICAS	29	9,4	30,2
	ENFERMERÍA	50	16,2	46,4
	FÍSICA	21	6,8	53,2
	INGENIERÍA AGRÍCOLA	37	12,0	65,3
	LICENCIATURA EN ED. FÍSICA	34	11,0	76,3
	PSICOLOGÍA	74	23,7	100,0
SEMESTRE	1	23	7,5	7,5
	2	25	8,1	15,6
	3	46	14,9	30,5
	4	40	13,0	43,5
	5	55	17,9	61,4
	6	45	14,6	76,0
	7	29	9,4	85,4
	8	21	6,8	92,2
	9	23	7,5	99,7
	10	1	0,3	100,0

Fuente: base de datos del estudio

De los 308 participantes en el estudio, más de la mitad fueron mujeres. La edad se concentró en el grupo de 18 a 25 años, siendo el rango de 18 a 21 años el más numeroso. La mayoría son solteros y de estratos uno, dos y tres. El porcentaje más bajo de dicentes correspondió a los programas de ciencias Políticas y Física por tener reciente trayectoria, contrario a los programas de Administración de empresas y Psicología. Los estudiantes de los primeros y últimos periodos son pocos con respecto a los de tercero, cuarto, quinto y sexto semestre; en el primer caso, porque al comienzo de la vida universitaria hay menores de edad, siendo un criterio de exclusión para este estudio y en segundo, porque a mayor nivel de formación las prácticas se concentran en escenarios externos, por lo que dificulta encontrar estudiantes en estos semestres.

Tabla 2. Prácticas sexuales de los participantes del estudio. Neiva, 2015.

VARIABLE		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
INICIO DE VIDA SEXUAL	SI	253	82,1	82,1
	NO	55	17,9	100,0
EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL	<14 AÑOS	12	4,7	4,7
	14 A 16 AÑOS	111	43,9	48,6
	17 A 20 AÑOS	126	49,8	98,4
	>20 AÑOS	4	1,6	100,0
VIDA SEXUAL ACTIVA*	NO	76	30	30
	SI	177	70	100,0
USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN	NO	43	24,3	24,3
	SI	134	75,7	100
Fuente: base de datos del estudio				
* Practica o no relaciones sexuales en los últimos dos meses.				

La mayoría de los participantes inició su vida sexual entre los 14 y 20 años y cerca del 5% antes de los 14. Más de la mitad reportó relaciones sexuales en los dos últimos meses, de los cuales cerca del 25% no utiliza métodos de Planificación Familiar.

El nivel de conocimiento respecto a la AE se valoró con base en 16 ítems, cada uno con valor de dos puntos; de la siguiente manera:

Tabla 3. Clasificación del nivel de conocimiento de acuerdo al puntaje.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	PUNTAJE
Alto	> a 20 puntos
Medio	11 a 19 puntos
Bajo	≤10 puntos

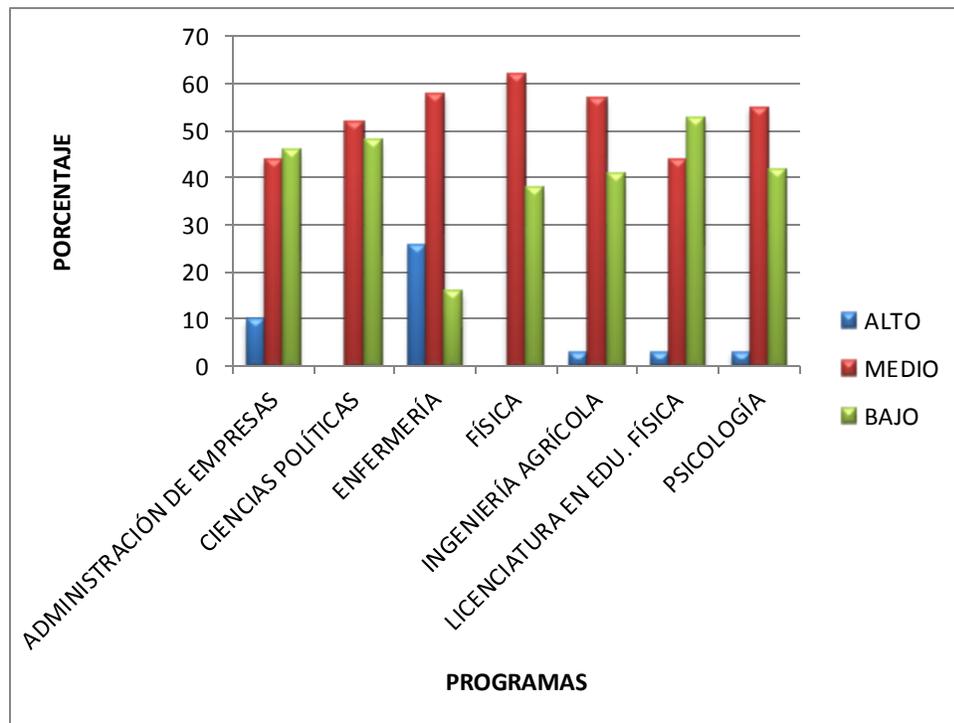
Tabla 4. Nivel de conocimiento sobre AE de los participantes del estudio. Neiva, 2015.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
ALTO	23	7,5	7,5
MEDIO	170	55,2	100,0
BAJO	115	37,3	44,8
TOTAL	308	100,0	
Fuente: Base de datos del estudio			

Más de la mitad de la población tiene un nivel de conocimiento medio sobre AE, mientras que un tercio de los encuestados se encuentra con un nivel de conocimiento bajo; no se encontró una puntuación significativa que refiera un nivel de conocimiento alto por parte de los estudiantes, ya que este es inferior al 10%.

No se evidenció relación entre nivel de conocimiento y edad, sexo, estrato socioeconómico o estado civil; contrario sucedió con las variables que se muestran a continuación:

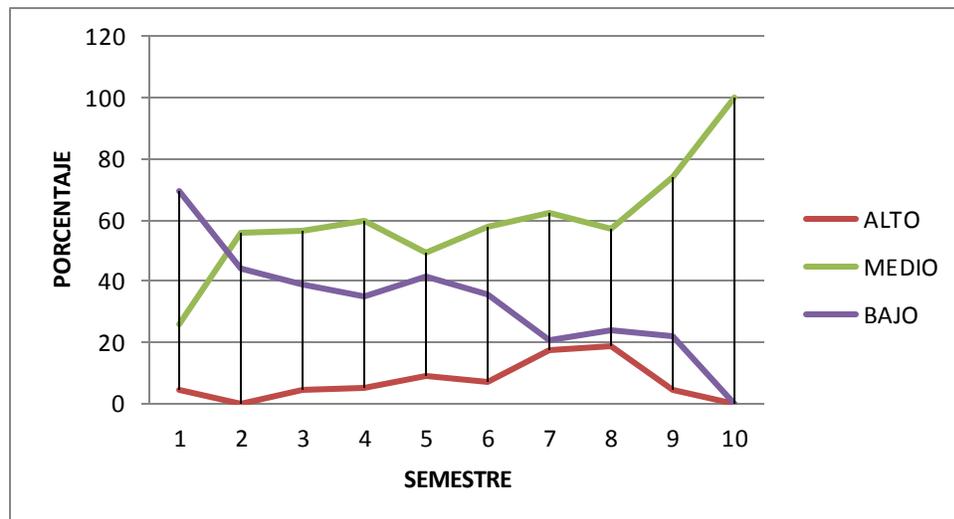
Gráfica 1. Nivel de conocimiento relacionado con el programa académico de los participantes del estudio. Neiva, 2015.



Los dos programas con mayor porcentaje de estudiantes con nivel de conocimiento alto, fueron Enfermería y Administración de Empresas con 26% y 10% respectivamente; Física y Ciencias Políticas no registraron estudiantes en este nivel. En los demás, el porcentaje no superó el 3%.

La mayor concentración de alumnos con nivel de conocimiento medio se halló en Física, Enfermería, Ingeniería Agrícola y Psicología, con porcentajes que oscilaron entre 62 y 55. El nivel de conocimiento bajo se aglutinó en Educación Física, Ciencias Políticas y Administración de Empresas.

Gráfica 2. Nivel de conocimiento relacionado con el semestre que cursan los participantes del estudio. Neiva, 2015.



En estudiantes de primer semestre el nivel de conocimiento bajo bordeó el 70%; el nivel de conocimiento medio fue mayor en participantes que cursaban noveno y décimo semestre y el mayor número de personas con nivel de conocimiento alto se ubicó entre el séptimo y octavo período académico.

Tabla 5. Nivel de conocimiento relacionado con el inicio de vida sexual de los participantes del estudio. Neiva, 2015.

INICIO DE VIDA SEXUAL	NIVEL DE CONOCIMIENTO						χ²
	ALTO	%	MEDIO	%	BAJO	%	
NO	1	1,8	20	36,4	34	61,8	,000
SI	22	8,7	142	56,1	89	35,2	

Fuente: Base de datos del estudio

Como se puede apreciar en la tabla No. 8, quienes han iniciado vida sexual conocen más sobre AE, con predominancia del nivel medio; en contraste, quienes no han optado por dicha práctica, reportan mayor porcentaje en nivel de conocimiento bajo.

Tabla 6. Nivel de conocimiento relacionado con la edad de la primera relación sexual de los participantes del estudio. Neiva, 2015.

EDAD DE PRIMERA RELACIÓN SEXUAL	NIVEL DE CONOCIMIENTO						Total	%	χ^2
	ALTO	%	MEDIO	%	BAJO	%			
<14 AÑOS	0	0	5	41,7	7	58,3	12	4,7	,006
14 A 16 AÑOS	11	9,9	62	55,9	38	34,2	111	43,9	
17 A 20 AÑOS	10	7,9	73	57,9	43	34,1	126	49,8	
>20 AÑOS	1	25,0	2	50,0	1	25,0	4	1,6	
Fuente: base de datos del estudio									

En la tabla se aprecia que el nivel de conocimiento sobre AE es directamente proporcional con la edad de inicio de las relaciones sexuales.

Tabla 7. Nivel de conocimiento relacionado con vida sexual activa de los participantes del estudio. Neiva, 2015.

VIDA SEXUAL ACTIVA	NIVEL DE CONOCIMIENTO						χ^2
	ALTO	%	MEDIO	%	BAJO	%	
NO	5	3,8	58	44,3	68	51,9	,000
SI	18	10,2	112	63,3	47	26,6	
Fuente: base de datos del estudio							

Cerca de las dos terceras partes de estudiantes con vida sexual activa tienen nivel de conocimiento alto o medio; en el otro grupo, el nivel de conocimiento se concentra en los niveles medio o bajo.

Tabla 8. Nivel de conocimiento relacionado con el uso actual de métodos anticonceptivos de los participantes del estudio. Neiva, 2015.

USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	NIVEL DE CONOCIMIENTO						χ^2
	ALTO	%	MEDIO	%	BAJO	%	
NO	10	6	90	52	74	43	0,069
SI	13	10	80	60	41	31	
Fuente: base de datos del estudio							

Con base en los datos consignados en la Tabla 11 se infiere que el uso de métodos de planificación familiar es directamente proporcional con el nivel de conocimiento sobre AE.

Tabla 9. Distribución de respuestas correctas e incorrectas sobre anticoncepción de emergencia de los participantes del estudio. Neiva, 2015.

ASPECTOS INDAGADOS	RESPUESTAS CORRECTAS		RESPUESTAS INCORRECTAS	
	#	%	#	%
Existencia de la AE	246	79,9	62	20,1
Concepto de AE	220	71,4	88	28,6
MAE disponibles en Colombia	105	34,1	203	65,9
Plazo óptimo para usar la PAE	150	48,7	158	51,3
Plazo óptimo para usar el DIU como AE	30	9,7	278	90,3
Consideraciones a tener en cuenta luego del uso de las PAE	87	28,2	221	71,8
Consideración sobre la seguridad de la AE	35	11,4	273	88,6
MA después del uso de la AE	86	27,9	222	72,1
Consecuencias del uso inadecuado de la AE	148	48,1	160	51,9
Beneficiarios de la AE en Colombia	164	53,2	144	46,8
Costo de la AE	83	26,9	225	73,1
AE es igual a píldora del día después	56	18,2	252	81,8
AE como derecho sexual y reproductivo	235	75	73	25
AE e ITS	260	84,4	48	15,6
Riesgos de la AE	202	65,6	106	34,4
Fuente: base de datos del estudio				

Las tres primeras afirmaciones con más aciertos estuvieron relacionadas con uso y protección que brinda la AE, la existencia misma de la AE y la AE como derecho humano sexual y reproductivo; las que registraron mayores errores indagaban sobre plazo óptimo de uso, condiciones de seguridad y otras denominaciones de la AE.

8.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

En Colombia, el tema de la anticoncepción de emergencia se contempla como uno de los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente, y es así como los resultados de este estudio indican que si bien gran proporción de estudiantes han escuchado acerca del método, menos de la mitad tiene conocimiento adecuado respecto a su uso. Según la muestra escogida de la Universidad Surcolombiana, más de la mitad fueron mujeres y el rango de 18 a 21 años fue el de mayor porcentaje, caso similar a la investigación realizada en México, 2010, donde el 60% fueron mujeres, con edad promedio de 19 años.

El 26% de los estudiantes del Programa de Enfermería alcanzaron nivel de conocimiento alto, cifra baja si se tiene en cuenta la especificidad en su formación profesional. Este hallazgo puede estar asociado a la inclusión de estos temas en cursos de séptimo, octavo y noveno semestre. Con este resultado no se puede afirmar que existe dominio teórico sobre los MAE, aspecto que debe revisarse, pues el personal de salud debe asesorar sobre el uso responsable de estos métodos. En Colombia, un estudio del 2008 mostró que aunque el 100% del personal de salud estaba de acuerdo con la anticoncepción de emergencia, sólo 49% conocían todas las opciones disponibles, demostrando que a pesar de incluirse la anticoncepción de emergencia dentro de la normatividad nacional, se percibe desconocimiento por parte de la población general y del personal de salud.

Las prácticas sexuales que se encontraron en este estudio coinciden con hallazgos en Chile, encontrando que el conocimiento acerca del mecanismo de acción de la AE en esta población es bajo. Además otro estudio en Colombia observó que seis de cada diez encuestados habían iniciado relaciones sexuales pero la tercera parte no había utilizado ningún método anticonceptivo y 17% había cambiado su método rutinario por utilizar AE. Otro estudio en el mismo país, 2011 indicó que existe una gran problemática en la práctica responsable de la sexualidad en los adolescentes ya que existen vacíos en el conocimiento evidenciándose que se deben implementar programas de promoción y prevención con un personal capacitado que instruya sobre el uso responsable de los métodos de planificación

El nivel de conocimiento identificado en los estudiantes permitió establecer que en su mayoría tienen un nivel de conocimiento medio-bajo, lo cual evidencia la necesidad que tiene la población joven de recibir educación frente a la AE. Es importante destacar, que no se encontraron estudios que establezcan el nivel de conocimiento que tienen las personas frente a los MAE por categorías y que permita comparar los resultados encontrados con evidencias de otros autores; sin

embargo, se logró identificar que en Colombia, según un estudio multi-países, el 66% de las mujeres encuestadas, en su mayoría solteras, había escuchado hablar sobre la AE incluyendo aspectos como el mecanismo de acción, forma correcta de uso y disponibilidad en su país, pero ninguno de estos fue contrastado con alguna medida estadística que permita arrojar un dato exacto del nivel de conocimiento que tenían estas mujeres; por otro lado en el 2008 un estudio realizado con estudiantes universitarias, estableció que del 90% de las estudiantes que han usado en algún momento AE tan solo el 10% tiene un conocimiento acertado respecto a su mecanismo de acción.

9. CONCLUSIONES

Predominaron las mujeres, las personas en edades de 18 a 21 años, la mayoría se ubica en los primeros estratos socioeconómicos y son solteros (as).

Más de la mitad de la población ya inició vida sexual, 70% ha tenido relaciones sexuales en los últimos dos meses y el 25% no usa métodos de planificación familiar

Se valoró el nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos de emergencia que tienen los estudiantes, encontrando que la mayoría obtuvo un nivel de conocimiento medio o bajo sobre AE; sólo 7.5% se ubicó en nivel alto, donde la mayor parte corresponde a la Facultad de Salud. Los factores asociados fueron el programa académico, el semestre y las prácticas sexuales: inicio de vida sexual, edad de inicio de la vida sexual, tener vida sexual activa y el uso actual de algún método de planificación familiar.

Se observó un desconocimiento por parte de los estudiantes sobre aspectos específicos de la AE, como esquemas disponibles en Colombia, el uso correcto, condiciones de seguridad y acceso a la misma.

10. RECOMENDACIONES

Fomentar el desarrollo de procesos investigativos donde el eje central sea el adolescente y/o joven, resaltando la importancia del “Modelo de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes” con el fin de dar respuesta a las necesidades específicas de los servicios de salud en esta población.

Dar a conocer a la comunidad información relacionada con la salud sexual y reproductiva, especialmente a la población adolescente y/o joven, mediante intervenciones educativas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización de las Naciones unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Naciones Unidas: El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994 A/CONF.171/13/Rev.1. Nueva York, 1995. Página 37. Disponible en: http://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_spa_2.pdf
2. BOGOTA. PROFAMILIA. UN DERECHO DE LA MUJER La Experiencia de Colombia. En: Fundación BERGSTROM. PROFAMILIA, COLOMBIA. FEDERACION INTERNACIONAL DE, FAMILIA PD LA, REGION DEL HEMISFERIO OCCIDENTAL, editores. The Free L. 2009. Recuperado a partir de: <http://www.profamilia.com/images/stories/afiches/libros/libros/anticoncepcion-de-emergencia.pdf>
3. Cameron ST, Gordon R, Glasier A. The effect on use of making emergency contraception available free of charge. ELSEVIER [Internet]. Elsevier Inc.; octubre de 2012;86(4):366-9. Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22464407>
4. Kisa S, Zeyneloğlu S, Yılmaz D, Verim E. Examining barriers to emergency contraception use. ELSEVIER. 2012;25(3):158-6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21511438>
5. Hensley Alford SM, Lappin RE, Wells K, Barone a. R, Dalton VK. Adolescent and Young Adult Women's Use of Emergency Contraception. J Pediatr Adolesc Gynecol [Internet]. Elsevier Inc; 2010;23(5):279-84. Recuperado a partir de: [http://www.jpagonline.org/article/S1083-3188\(10\)00115-4/abstract](http://www.jpagonline.org/article/S1083-3188(10)00115-4/abstract)
6. Xu J, Cheng L. Awareness and usage of emergency contraception among teenagers seeking abortion: a Shanghai survey. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. December de 2008; 141(2):143-6. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301211508003096>
7. Murthy MSR. Determinants of Knowledge of Emergency Contraception in a Socially and Economically Developed states of India : A study of Kerala and Punjab. Int J Sci Res. 2015;8652(January):22-4. Disponible en: <http://ijsr.net/archive/v4i1/SUB15645.pdf>
8. Ottesen S, at al Narring F, Renteria S-C, Michaud P-A. Emergency contraception among teenagers in Switzerland: a cross-sectional survey on the

- sexuality of 16- to 20-year-olds. J Adolesc Health. Julio de 2002; 31(1):101-10.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12090971>
9. Morán Faúndes J. Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia. La Situación de la Anticoncepción de Emergencia en América Latina y El Caribe: Barreras y facilitadores en la accesibilidad. 10 Oct. 2010. p. 20 - 26. Disponible en: http://www.colectiva-cr.com/sites/default/files/Docs/AE/indice_clae.pdf
 10. Martín A. La anticoncepción de emergencia en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Pública. 2004; 16(6):424-31. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v16n6/23691>.
 11. Nascimento, CB et al Chofakian A L, Fujimori E, Komura Hoga, LA. Conhecimento sobre anticoncepção de emergência entre adolescentes do Ensino Médio de escolas públicas e privadas Knowledge of emergency contraception among adolescents in public and private Brazilian high schools Conocimiento sobre anticoncepción de emerg. 2014;30(7):1525-36. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n7/0102-311X-csp-30-7-1525.pdf>
 12. Bastidas N, Moran Fernandez J, Montua J, Restrepo H, Rivera L, Valencia A, et al. Píldora anticonceptiva de emergencia en estudiantes de secundaria de Popayán. Rev Fac ciencias la Salud Univ del Cauca. 2013;15 No 2(14):15-20. Disponible en: <http://facultadsalud.unicauca.edu.co/revista/backweb/Revista/revistajunio2013/pildora.pdf>.
 13. Arguello K, Rojas L, Torres M. Anticoncepción de emergencia hormonal: conocimientos, actitudes y prácticas en estudiantes universitarias. Estudio de. Rev Colomb Enferm. 2008; 5:9-14. Disponible en: http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen5/anticoncepcion_emergencia_hormonal.pdf
 14. Niño R, Tatiana E, Álvaro MC. ¿ cuál es el estado actual de la anticoncepción de emergencia? rev ciencias Biomed [Internet]. 2010;1(2):226-36. Recuperado a partir de: <http://www.revistacienciasbiomedicas.com/index.php/revcienciomed/article/download/15/12>

15. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS Colombia 2010 Principales indicadores. 2010. Disponible en: http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/documentos/Principales_indicadores.pdf
16. MIN SALUD COLOMBIA. PLAN DECENAL DE SALUD, Dimensión derechos sexuales y reproductivos. 2012. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/Dimension-Sexualidad-y-Derechos-Sexuales-y-Reproductivos.aspx>
17. Ministerio de la Protección Social. Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA - Colombia. Servicios De Salud Amigables Para Adolescentes Y Jóvenes. 2007.
18. Palermo T, Bleck J, Westley E. Knowledge and Use of Emergency Contraception: A Multicountry Analysis. Int Perspect Sex Reprod Health [Internet]. Junio de 2014 [citado 12 de abril de 2015]; 40(02):079-86. Recuperado a partir de: <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/4007914.html>
19. Sychareun V, Hansana V, Phengsavanh A, Phongsavan K. Awareness and attitudes towards emergency contraceptive pills among young people in the entertainment places, Vientiane City, Lao PDR. BMC Womens Health. BMC Women's Health; Enero de 2013; 13(1):14. Recuperado a partir de <http://www.jfmpc.com/article.asp?issn=2249-4863;year=2013;volume=2;issue=4;spage=376;epage=380;aulast=Purohit>
20. Abuabara K, Becker D, Ellertson C, Blanchard K, Schiavon R, Garcia SG. As often as needed: appropriate use of emergency contraceptive pills. ELSEVIER. abril de 2004;69(4):339-42. Disponible en: [http://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(03\)00305-6/pdf](http://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(03)00305-6/pdf)
21. Raine-Bennett T, Merchant M, Sinclair F, Lee JW, Goler N. Reproductive Health Outcomes of Insured Adolescent and Adult Women Who Access Oral Levonorgestrel Emergency Contraception. Obstet Gynecol [Internet]. abril de 2015 [citado 12 de abril de 2015];125(4):904-11. Recuperado a partir de: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=0006250-201504000-00021>

22. McKay R, Gilbert L. Use of IUDs for emergency contraception: current perspectives. Dovepress [Internet]. 2014;5:53-64. Recuperado a partir de: <http://www.dovepress.com/use-of-iuds-for-emergency-contraception-current-perspectives-peer-reviewed-article-OAJC>
23. Hazel N. Plan B Emergency Contraception: Sampled University Students' Knowledge, Attitudes, and Behaviors [Tesis Presentada en cumplimiento parcial de los requisitos para el grado de Maestría en Ciencias en Educación para la Salud de la Comunidad] Minnesota 2014; Disponible en: <http://cornerstone.lib.mnsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1297&context=etds>
24. Cleland K, Zhu H, Goldstuck N, Cheng L, Trussell J. The efficacy of intrauterine devices for emergency contraception: a systematic review of 35 years of experience. Hum Reprod. Julio de 2012; 27(7):1994-2000. <http://humrep.oxfordjournals.org/content/early/2012/05/02/humrep.des140.abstract>
25. Fitzpatrick V, Mouttapa M, Tanjasiri SP, Napoli J. Predictors of Women's Emergency Contraception Use and Men's Support of Partner's Use among College Students. Californian J Health Promot [Internet]. 2014;12(2):78-89. Recuperado a partir de: http://www.cjhp.org/Volume12Issue2_2014/documents/78-89_Formatted_CJHP2013_Fitzpatrick.pdf .
26. Neustadt A, Holmquist S, Davis S, Gilliam M. Sexual, relationship, contraceptive and personal factors influencing emergency contraception use: a qualitative study. Contraception. Elsevier Inc.; Septiembre de 2011; 84(3):266-72. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21843692>
27. Leyva-López A, Chávez-Ayala R, Atienzo EE, Allen-Leigh B, Ramírez-Villalobos D, Yunes-Díaz E, et al. Anticoncepción de emergencia en estudiantes mexicanos. Salud Pública Mex. 2010; 52(2):156-64. Disponible en: http://www.anmm.org.mx/GMM/2013/n3/GMM_149_2013_3_299-307.pdf
28. Leal I, Montero A, González E, Peralta E. Adolescentes chilenos consultantes en un centro de salud sexual y reproductiva anticoncepción de emergencia y sexualidad. Matronas Prof. 2014;15(3):1-6.
29. OMS. Centre WM. Anticoncepción de emergencia. Nota descriptiva N°244. 2012.

30. DRAE. Definición de Mito.
31. Salud MDE. Norma técnica para la atención en planificación familiar a hombres y mujeres norma técnica para la atención. 2000.
32. MINISTERIO DE SALUD. RESOLUCIÓN NUMERO 00412 DE 2000. 2000.
33. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. RESOLUCIÓN 0769 DE 2008. 2008.
34. Organización de las Naciones unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Naciones Unidas: El Cairo,5 a 13 de septiembre de 1994 A/CONF.171/13/Rev.1. Nueva York, 1995. Página 37. Disponible en: http://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_spa_2.pdf
35. BOGOTA. PROFAMILIA. UN DERECHO DE LA MUJER La Experiencia de Colombia. En: Fundación BERGSTROM. PROFAMILIA, COLOMBIA. FEDERACION INTERNACIONAL DE, FAMILIA PD LA, REGION DEL HEMISFERIO OCCIDENTAL, editores. The Free L. 2009. Recuperado a partir de:
<http://www.profamilia.com/images/stories/afiches/libros/libros/anticoncepcion-de-emergencia.pdf>
36. Cameron ST, Gordon R, Glasier A. The effect on use of making emergency contraception available free of charge. ELSEVIER [Internet]. Elsevier Inc.; octubre de 2012;86(4):366-9. Recuperado a partir de:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22464407>
37. Kisa S, Zeyneloğlu S, Yılmaz D, Verim E. Examining barriers to emergency contraception use. ELSEVIER. 2012;25(3):158-6. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21511438>
38. Hensley Alford SM, Lappin RE, Wells K, Barone a. R, Dalton VK. Adolescent and Young Adult Women's Use of Emergency Contraception. J Pediatr Adolesc Gynecol [Internet]. Elsevier Inc; 2010;23(5):279-84. Recuperado a partir de: [http://www.jpagonline.org/article/S1083-3188\(10\)00115-4/abstract](http://www.jpagonline.org/article/S1083-3188(10)00115-4/abstract)

39. Xu J, Cheng L. Awareness and usage of emergency contraception among teenagers seeking abortion: a Shanghai survey. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* December de 2008; 141(2):143-6. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301211508003096>
40. Murthy MSR. Determinants of Knowledge of Emergency Contraception in a Socially and Economically Developed states of India: A study of Kerala and Punjab. *Int J Sci Res.* 2015;8652(January):22-4. Disponible en: <http://ijsr.net/archive/v4i1/SUB15645.pdf>
41. Ottesen S, et al Narring F, Renteria S-C, Michaud P-A. Emergency contraception among teenagers in Switzerland: a cross-sectional survey on the sexuality of 16- to 20-year-olds. *J Adolesc Health.* Julio de 2002; 31(1):101-10. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12090971>
42. Morán Faúndes J. Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia. La Situación de la Anticoncepción de Emergencia en América Latina y El Caribe: Barreras y facilitadores en la accesibilidad. 10 Oct. 2010. p. 20 - 26. Disponible en: http://www.colectiva-cr.com/sites/default/files/Docs/AE/indice_clae.pdf
43. Martin A. La anticoncepción de emergencia en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Pública.* 2004; 16(6):424-31. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v16n6/23691>.
44. Nascimento, CB et al Chofakian A L, Fujimori E, Komura Hoga, LA. Conhecimento sobre anticoncepção de emergência entre adolescentes do Ensino Médio de escolas públicas e privadas Knowledge of emergency contraception among adolescents in public and private Brazilian high schools Conocimiento sobre anticoncepción de emerg. 2014;30(7):1525-36. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n7/0102-311X-csp-30-7-1525.pdf>
45. Bastidas N, Moran Fernandez J, Montua J, Restrepo H, Rivera L, Valencia A, et al. Píldora anticonceptiva de emergencia en estudiantes de secundaria de Popayán. *Rev Fac ciencias la Salud Univ del Cauca.* 2013;15 No 2(14):15-20. Disponible en: <http://facultadsalud.unicauca.edu.co/revista/backweb/Revista/revistajunio2013/pildora.pdf>.

46. Arguello K, Rojas L, Torres M. Anticoncepción de emergencia hormonal: conocimientos, actitudes y prácticas en estudiantes universitarias. Estudio de. Rev Colomb Enferm. 2008; 5:9-14. Disponible en: http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen5/anticoncepcion_emergencia_hormonal.pdf
47. Niño R, Tatiana E, Álvaro MC. ¿ cuál es el estado actual de la anticoncepción de emergencia ? rev ciencias Biomed [Internet]. 2010;1(2):226-36. Recuperado a partir de: <http://www.revistacienciasbiomedicas.com/index.php/revcienciomed/article/download/15/12>
48. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS Colombia 2010 Principales indicadores. 2010. Disponible en: http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/documentos/Principales_indicadores.pdf
49. MIN SALUD COLOMBIA. PLAN DECENAL DE SALUD, Dimensión derechos sexuales y reproductivos. 2012. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/Dimension-Sexualidad-y-Derechos-Sexuales-y-Reproductivos.aspx>
50. Ministerio de la Protección Social. Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA - Colombia. Servicios De Salud Amigables Para Adolescentes Y Jóvenes. 2007.
51. Palermo T, Bleck J, Westley E. Knowledge and Use of Emergency Contraception: A Multicountry Analysis. Int Perspect Sex Reprod Health [Internet]. Junio de 2014 [citado 12 de abril de 2015]; 40(02):079-86. Recuperado a partir de: <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/4007914.html>
52. Sychareun V, Hansana V, Phengsavanh A, Phongsavan K. Awareness and attitudes towards emergency contraceptive pills among young people in the entertainment places, Vientiane City, Lao PDR. BMC Womens Health. BMC Women's Health; Enero de 2013; 13(1):14. Recuperado a partir de <http://www.jfmpc.com/article.asp?issn=2249-4863;year=2013;volume=2;issue=4;spage=376;epage=380;aulast=Purohit>

53. Abuabara K, Becker D, Ellertson C, Blanchard K, Schiavon R, Garcia SG. As often as needed: appropriate use of emergency contraceptive pills. ELSEVIER. abril de 2004;69(4):339-42. Disponible en: [http://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(03\)00305-6/pdf](http://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(03)00305-6/pdf)
54. Raine-Bennett T, Merchant M, Sinclair F, Lee JW, Goler N. Reproductive Health Outcomes of Insured Adolescent and Adult Women Who Access Oral Levonorgestrel Emergency Contraception. *Obstet Gynecol* [Internet]. abril de 2015 [citado 12 de abril de 2015];125(4):904-11. Recuperado a partir de: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=0006250-201504000-00021>
55. Mckay R, Gilbert L. Use of IUDs for emergency contraception: current perspectives. *Dovepress* [Internet]. 2014;5:53-64. Recuperado a partir de: <http://www.dovepress.com/use-of-iuds-for-emergency-contraception-current-perspectives-peer-reviewed-article-OAJC>
56. Hazel N. Plan B Emergency Contraception: Sampled University Students' Knowledge, Attitudes, and Behaviors [Tesis Presentada en cumplimiento parcial de los requisitos para el grado de Maestría en Ciencias en Educación para la Salud de la Comunidad] Minnesota 2014; Disponible en: <http://cornerstone.lib.mnsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1297&context=etds>
57. Cleland K, Zhu H, Goldstuck N, Cheng L, Trussell J. The efficacy of intrauterine devices for emergency contraception: a systematic review of 35 years of experience. *Hum Reprod*. Julio de 2012; 27(7):1994-2000. <http://humrep.oxfordjournals.org/content/early/2012/05/02/humrep.des140.abstract>
58. Fitzpatrick V, Mouttapa M, Tanjasiri SP, Napoli J. Predictors of Women ' s Emergency Contraception Use and Men ' s Support of Partner ' s Use among College Students. *Californian J Jealth Promot* [Internet]. 2014;12(2):78-89. Recuperado a partir de: http://www.cjhp.org/Volume12Issue2_2014/documents/78-89_Formatted_CJHP2013_Fitzpatrick.pdf .
59. Neustadt A, Holmquist S, Davis S, Gilliam M. Sexual, relationship, contraceptive and personal factors influencing emergency contraception use: a qualitative study. *Contraception*. Elsevier Inc.; Septiembre de 2011; 84(3):266-72. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21843692>

60. Leyva-López A, Chávez-Ayala R, Atienzo EE, Allen-Leigh B, Ramírez-Villalobos D, Yunes-Díaz E, et al. Anticoncepción de emergencia en estudiantes mexicanos. Salud Pública Mex. 2010; 52(2):156-64. Disponible en: http://www.anmm.org.mx/GMM/2013/n3/GMM_149_2013_3_299-307.pdf
61. Leal I, Montero A, González E, Peralta E. Adolescentes chilenos consultantes en un centro de salud sexual y reproductiva anticoncepción de emergencia y sexualidad. Matronas Prof. 2014;15(3):1-6.
62. OMS. Centre WM. Anticoncepción de emergencia. Nota descriptiva N°244. 2012.
63. DRAE. Definición de Mito.
64. Salud MDE. Norma técnica para la atención en planificación familiar a hombres y mujeres norma técnica para la atención. 2000.
65. MINISTERIO DE SALUD. RESOLUCIÓN NUMERO 00412 DE 2000. 2000.
66. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. RESOLUCIÓN 0769 DE 2008. 2008.

ANEXOS.

Anexo A. Población Y Muestra

PROGRAMAS	TOTAL ESTUDIANTES	MUESTRA
Administración de Empresas	344	63
Ciencias Políticas	157	29
Enfermería	272	50
Física	116	21
Ingeniería Agrícola	253	37
Lic. Con Énfasis en Edu. Física	187	34
Psicología	404	74
TOTAL	1733	308

Anexo B. Instrumento

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA. NEIVA, 2015.

OBJETIVO GENERAL: Determinar el nivel de conocimiento que tienen los estudiantes de pregrado de la Universidad Surcolombiana sede Neiva respecto a los métodos anticonceptivos de emergencia con el fin de proponer estrategias de intervención educativas de acuerdo al tema de estudio.

I. DATOS DE CONTROL

Lugar de aplicación de la encuesta:	Fecha:	Hora:	Entrevistador:

II. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Complete o marque con una X las preguntas que aparecen a continuación según corresponda:

Edad: ____ Sexo: M ___ H ___ Estrato socioeconómico: _____
Programa: _____ semestre: _____
Estado civil: soltero ___ casado ___ unión libre ___ otro ___ ¿cuál? _____

III. PRACTICAS SEXUALES.

Complete o marque con una X las preguntas que aparecen a continuación según corresponda:

¿Ha iniciado su vida sexual?: NO ___ SI ___ Edad de inicio: _____
¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos dos meses?: Sí ___ No ___
¿Actualmente usa algún método de Planificación Familiar? SI ___ NO ___

IV. CONOCIMIENTOS SOBRE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

A continuación se presentan una serie de preguntas de selección múltiple con única respuesta, marque con una X la opción que según su criterio sea la correcta.

- 1) ¿Ha escuchado sobre la existencia de la anticoncepción de emergencia?
 - a) Si
 - b) No

- 2) De acuerdo su conocimiento, la anticoncepción de emergencia es:
 - a) Un método para terminar un embarazo.
 - b) Un método de planificación familiar de uso ocasional, después de una relación sexual sin protección para prevenir un embarazo.
 - c) Un método de planificación familiar que pueden usar las mujeres de manera periódica, después de una relación sexual sin protección.
 - d) Un método de prevención de infecciones de transmisión sexual, que pueden usar las mujeres, después de una relación sexual sin protección.

- 3) Los esquemas de anticoncepción de emergencia, disponibles en nuestro país son:
 - a) Píldora y dispositivo Intrauterino ("T" de cobre)
 - b) Píldoras anticonceptivas orales y parche transdérmico.
 - c) Dispositivo Intrauterino e Inyecciones hormonales
 - d) Ninguno de los anteriores.

- 4) ¿Hasta cuántos días después de una relación sexual sin protección debe tomarse la píldora anticonceptiva de emergencia, para mantener su eficacia?
- Inmediatamente después de la relación sexual.
 - Hasta un día (24 horas) después de la relación sexual.
 - Hasta tres días (72 horas) después de la relación sexual.
 - No sabe
- 5) ¿Hasta cuántos días después de una relación sexual sin protección debe usarse el Dispositivo Intrauterino, para mantener su eficacia?
- Hasta dos días después de la relación sexual sin protección.
 - Hasta tres días después de la relación sexual sin protección.
 - Hasta cinco días después de la relación sexual sin protección.
 - No sabe.
- 6) Luego del uso correcto de la píldora anticonceptiva de emergencia, usted considera que :
- La menstruación iniciara inmediatamente.
 - No suministra protección anticonceptiva durante el tiempo restante del ciclo menstrual.
 - Causa efectos secundarios pequeños, relacionados con toxicidad o adicción.
 - No sabe.
- 7) ¿Considera usted la anticoncepción de emergencia como un método seguro, sin riesgos importantes para la salud de la mujer?
- Si
 - No
 - A veces
 - No sabe.
- 8) ¿Cuáles han sido sus fuentes de información sobre anticoncepción de emergencia?
- En el hospital o personal de salud.
 - A través de comentarios de amigos o familiares o pareja.
 - A través de medios de comunicación: radio, TV, internet, entre otros.
 - Instituciones educativas (Colegio o universidad)
- 9) Después de utilizar la anticoncepción de emergencia, los métodos de planificación familiar se pueden:
- Utilizar sin ningún problema.
 - No utilizar porque produce efectos negativos.
 - Utilizar, pero si no se está embarazada.
 - No sabe.
- 10) Si la anticoncepción de emergencia falla, aumenta el riesgo de:
- Malformación
 - Aborto
 - Embarazo
 - No sabe
- 11) En Colombia los métodos anticonceptivos de emergencia van dirigidos a:
- Todas las mujeres en edad fértil (15-49 años).
 - Mujeres que tengan falla en el uso del método anticonceptivo.
 - Mujeres víctimas de abuso y/o violencia sexual.
 - Todas las anteriores.

- 12) El costo de la anticoncepción de emergencia estipulado en el Plan Obligatorio de salud(POS) es:
- a) Gratis
 - b) Con Pago de cuota moderadora
 - c) De alto costo.
 - d) No sabe.
- 13) ¿La anticoncepción de emergencia es igual a la Píldora del día después?
- a) Si
 - b) No
- 14) ¿La anticoncepción de emergencia es un derecho sexual y reproductivo?
- a) Si
 - b) No
- 15) ¿Los métodos Anticonceptivos de Emergencia protegen contra Infecciones de Transmisión Sexual?
- a) Si
 - b) No
- 16) Si una mujer toma Anticoncepción de Emergencia y tiene relaciones sexuales después, ¿está en riesgo de quedar en embarazo?:
- a) Si
 - b) No

Anexo C. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA. NEIVA, 2015.

SEDE: Universidad Surcolombiana, Neiva.

A Usted se le está invitando a participar en el estudio de investigación “Nivel De Conocimiento Sobre Anticoncepción De Emergencia En Estudiantes De La Universidad Surcolombiana. Neiva, 2015”. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad de preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme este consentimiento, del cual, si lo desea, se le entregará una copia firmada y fechada.

1. Objetivo

Determinar el nivel de conocimiento que tienen los estudiantes de pregrado de la Universidad Surcolombiana sede Neiva respecto a los métodos anticonceptivos de emergencia con el fin de proponer estrategias de intervención educativas de acuerdo al tema de estudio.

2. Justificación del estudio:

Existe la necesidad de orientar a la población en la toma de decisiones que concierne a su salud sexual y reproductiva, para que ejerzan una vida sexual responsable, que mitigue los riesgos y consecuencias no deseadas.

En Colombia, la salud sexual y reproductiva es una de las consideraciones más importantes en el Plan Decenal de Salud, que pretende garantizar las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que inciden en el ejercicio pleno y autónomo de los derechos sexuales y reproductivos.

Siguiendo este enfoque, el Ministerio de Salud plantea la programación de actividades en su “Modelo de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes”, donde se da respuesta a la necesidad específica de los servicios de salud que requieren los jóvenes haciendo hincapié en el ámbito sexual y reproductivo.

Por tal motivo, los resultados obtenidos en esta investigación, servirán de apoyo para crear conciencia y fomentar una cultura de educación frente a la anticoncepción de emergencia, facilitando a los jóvenes el conocimiento de todos los aspectos relacionados con su uso.

Es factible y viable la realización del presente estudio, debido a que los investigadores son conocedores sobre el tema, se cuenta con asesoría metodológicas sobre el tema y acceso a las diferentes aulas de clase de la Universidad Surcolombiana, lo que permite tener un contacto directo con los estudiantes, agregando también que la proximidad de edades entre los estudiantes y los investigadores permite establecer un mayor vínculo de confianza y sinceridad durante la recolección de la información que será de carácter confidencial, mediante la aplicación de una encuesta auto-diligenciada dirigida a los estudiantes, además no supone ningún tipo de riesgo físico, psicológico ni moral a la población de estudio y presenta un bajo costo de financiación.

3. Beneficios:
Una vez obtenidos los resultados del presente estudio se darán a conocer a los participantes y además los investigadores procederán a realizar intervenciones de sesiones educativas que permitan mejorar o fortalecer los conocimientos respecto a la anticoncepción de emergencia.
4. Procedimientos:
Los investigadores se dirigirán a las jefaturas de cada programa para solicitar información sobre el semestre y el salón en el que se pueden ubicar las unidades muestrales seleccionadas. Con esta información, se llegará a las unidades muestrales con el consentimiento informado y los cuestionarios. Posteriormente se les dará el consentimiento informado y se les entregará el cuestionario, donde cada participante podrá responder de manera personal, contando con la presencia de un investigador para resolver cualquier inquietud relacionada con el cuestionario y verificar que sea diligenciado en su totalidad.
5. Riesgos asociados al estudio: Según la Resolución 8430 de 1.993 esta investigación no tiene riesgos para los participantes porque no se intervendrán variables que amenacen su integridad.

Aclaraciones: Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.

Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.

No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.

No recibirá pago por su participación.

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

La información obtenida en este estudio, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.

Si tiene alguna pregunta o si desea alguna aclaración por favor comunicarse con uno de los integrantes del equipo investigador (Stefanía Gómez Ledesma, al celular 3219206745).

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede si así lo desea, firmar el consentimiento informado que forma parte de este documento.