

**FACTORES ASOCIADOS AL USO DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION
FAMILIAR EN ESTUDIANTES DE CIENCIAS DE LA SALUD DE UNA
UNIVERSIDAD PÚBLICA. CARTAGENA**

**KELLY MARCELA ACOSTA ALCANTARA
AYDA MARIA CASSAS AMADOR
MARIA JOSE MESA GARCIA
NATALIA ANDREA SENIOR VILLADIEGO**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR AL TITULO DE ENFERMERA

ASESORA

IRMA YOLANDA CASTILLO ÁVILA

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CARTAGENA
2018**

TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE TABLAS	5
LISTA DE ANEXOS	6
RESUMEN	7
INTRODUCCIÓN.....	9
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
2. OBJETIVOS.....	13
2.1 Objetivo general.....	13
2.2 Objetivos específicos	13
3. MARCO TEÓRICO	14
4. METODOLOGÍA	21
4.1 Tipo de estudio.....	21
4.2 Diseño:	21
4.3 Población:	21
4.4 Tamaño de muestra.....	21
4.5 Muestreo	21
4.6 Técnicas y procedimientos.....	22
4.7 Análisis estadístico:	22
4.8 Instrumentos de medición:.....	23
4.9 Consideraciones éticas	23
5. RESULTADOS	25
6. DISCUSIÓN	27
7. CONCLUSIONES.....	32
8. RECOMENDACIONES.....	33
9. AGRADECIMIENTOS	34

BIBLIOGRAFIA..... 35

ANEXOS 45

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución según características sociodemográficas de los estudiantes encuestados. Universidad pública. Cartagena 2018.

Tabla 2. Distribución según formación académica de los estudiantes. Universidad pública. Cartagena 2018.

Tabla 3. Distribución según ficha de uso de métodos de planificación familiar en participantes del estudio. Universidad pública. Cartagena 2018.

Tabla 4. Distribución según conocimiento del programa de planificación familiar. Universidad pública. Cartagena 2018.

Tabla 5. Distribución según asistencia al programa de planificación familiar. Universidad pública. Cartagena 2018.

Tabla 6. Distribución según conocimiento al programa de servicios amigables para jóvenes. Universidad pública. Cartagena 2018.

Tabla 7. Distribución según uso al programa de servicios amigables para jóvenes. Universidad pública. Cartagena 2018.

Tabla 8. Distribución según uso de servicios médicos en estudiantes. Universidad pública. Cartagena 2018.

Tabla 9. Distribución según uso de programas de promoción y prevención en estudiantes. Universidad pública. Cartagena 2018.

Tabla 10. Relación entre el uso del programa de planificación familiar y algunos variables estudiados en los estudiantes. Universidad pública. Cartagena 2018.

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Instrumento de recolección de información

Anexo 2. Consentimiento informado

Anexo 3. Tablas de resultados

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores asociados al uso del programa de planificación familiar en estudiantes universitarios del área de la salud de una universidad pública de Cartagena.

Metodología: Estudio analítico de corte transversal. Se estimó un tamaño de muestra de 354 estudiantes del área de la salud en una universidad pública de Cartagena. Se utilizó un muestreo probabilístico por estratificación proporcional para seleccionar el número de participantes por facultades. Para recolectar la información se utilizó un instrumento que incluye una ficha sociodemográfica y la ficha de uso de servicios de salud (planificación familiar, servicios médicos). La información obtenida se procesó en una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2010, y analizada en un software estadístico SPSS versión 17.

Resultados: Participaron 354 estudiantes, con un promedio de edad de 20,3 años (DE=2,4). La mayor parte de la población la conformó el sexo femenino con 69,8% (247), se encontró que un 60% (212) de los universitarios no utilizan métodos anticonceptivos y solo un 9% (32) utilizan el programa de planificación familiar, siendo mayor el uso en los últimos semestres. Se identificó que ser mujer (OR: 13,836 IC 1,842-103,932) y pertenecer a los semestre de 5° en adelante (OR: 3,212 IC 1,373-7,516) aumenta la probabilidad de uso del programa de PF.

Conclusiones: Un porcentaje considerable de estudiantes no utilizan el programa de PF, siendo factores personales y académicos los asociados al uso del mismo.

Palabras claves: Planificación familiar, jóvenes, adulto joven, salud sexual y reproductiva. (Fuente: DeCS)

ABSTRACT

Objective: To determine the factors associated with the use of the family planning program in university students in the health area of a public university in Cartagena.

Methods: Analytical cross-sectional study. A sample size of 354 students in the health area at a public university in Cartagena was estimated. A probabilistic sampling by proportional stratification was used to select the number of participants by faculties. In order to collect the information, an instrument was used that included a sociodemographic record and the use of health services. The information obtained was processed in a Microsoft Excel 2010 spreadsheet, and analyzed in statistical software SPSS version 17.

Results: 354 students participated, with an average age of 20.3 years ($SD = 2.4$). The majority of the population was satisfied with 69.8% (247), it was found that 60% (212) of the university students do not use contraceptives and only 9% (32) use the family planning program, being greater use in the last semesters. It was identified that being a woman (OR: 13,836 CI 1,842-103,932) and belonging to the semester of 5^o onwards (OR: 3,212 IC 1,373-7,516) increases the probability of using the FP program.

Conclusions: A considerable percentage of students do not use the PF program, being personal and academic factors associated with its use.

Keywords: Family planning, adolescent, sexual and reproductive health, young Adult.

Source: (DeCS)

INTRODUCCIÓN

La Planificación Familiar (PF) es un servicio que se ofrece con carácter prioritario dentro del marco amplio de la salud reproductiva, con un enfoque de prevención de riesgos para la salud de las mujeres y los hombres; sus servicios son un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, con pleno respeto a su dignidad ¹.

Sin embargo se ha evidenciado la existencia de factores que dificultan el uso del programa de PF, los cuales demuestran que normalmente la accesibilidad a los servicios de dicho programa consta de poca información y difícil acceso, dentro de los cuales se encuentran la falta de una educación sexual integral y la falta de conocimiento sobre estos servicios, así mismo las limitaciones culturales y religiosas en materia de sexualidad principalmente en los jóvenes, estos dan lugar a la existencia de barreras para que no consulten al Programa de Planificación Familiar (PPF)². Así mismo, en el marco universitario se ha encontrado que el uso al PPF es bajo, debido a un desconocimiento del programa por parte de los estudiante ²³.

Si bien, son muchos los estudios que se han realizado acerca de las barreras que impiden el uso de los servicios en Salud Sexual Reproductiva (SSR), pero no se encontraron investigaciones durante la revisión que aborden los factores protectores que se asocian al uso de estos servicios, con el fin de abordarlos aún más, y/o fortalecernos, así como también, pueden ser convertidos en insumos que puede usar Bienestar Universitario, Secretaria Distrital y Departamental de Salud para re-orientar su programa.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El programa de Planificación Familiar (PF), aplicado de forma adecuada, es una estrategia de salud que puede contribuir al desarrollo de un país; dado que mejora la Salud Sexual y Reproductiva (SSR); al tiempo que estimula el desarrollo social y económico de una población ¹. Para ello, el grado de efectividad del programa, depende de múltiples factores, entre los que se encuentran, el apoyo político a nivel nacional y local, la oferta de servicios de calidad y la disponibilidad de los métodos, entre otros ⁴.

A nivel mundial, siguen existiendo inequidades con relación al acceso del servicio, ya que no han sido uniformes en todos los contextos ⁴. Es por ello que la necesidad insatisfecha de anticoncepción sigue siendo alta, por ejemplo en África, el 24.2% de las mujeres en edad fértil tienen una necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos (carencia de acceso a los servicios). En Asia, América Latina y el Caribe, las necesidades insatisfechas representan un 10,2% y un 10,7%, respectivamente ^{5 - 6}. En México de acuerdo con el Consejo Nacional de Población (CONAPO), en 2014, la necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos para las mujeres en edad fértil unidas fue de 4.9%. Este porcentaje es más alto para las mujeres jóvenes, 13.5% de las adolescentes se encuentra en esta situación, en tanto que las jóvenes de 20 a 24 y 25 a 29 años la necesidad insatisfecha es de 9.8% y 6.6%, respectivamente ⁷.

Al revisar la literatura internacional se evidencian que las barreras en SSR y el servicio de PF están relacionadas con la falta de capacitación por parte de los proveedores de salud, falta de conocimiento sobre la disponibilidad de los servicios, vergüenza por acceder a estos, las creencias religiosas ⁸, en la parte gubernamental se destaca la falta de estabilidad de los programas, leyes y políticas restrictivas que impiden el acceso a los servicios⁹⁻¹⁰⁻¹¹. Los servicios y los insumos todavía no se encuentran disponibles en todos lados, o las opciones son limitadas. El miedo a la desaprobación social o a la oposición de la pareja plantea barreras formidables. El temor a efectos secundarios e inquietudes relacionadas con la salud frenan a mucha gente; otros no conocen las opciones anticonceptivas y su utilización ².

En México, según la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), la principal fuente de obtención de anticonceptivos por parte de las y los adolescentes, son las farmacias (46.1%), y solo el 4.8% lo realizan en

consultorios¹³. Un estudio realizado en la comunidad de Huertas Ecuador, Muestra que en relación con la información, fuentes y limitaciones de acceso a los métodos de planificación familiar el 67,9% de los encuestados confiesa haber recibido información y sobre las fuentes el 37,5% declara que fue a través del Centro de Salud. Al referirse a las limitaciones de acceso a los métodos de planificación familiar; existen varios factores que provocan esas limitaciones. Con un porcentaje de 30% siendo de otros factores y, 24% que esta entre la distancia y el tiempo respectivamente, siendo las dificultades más comunes en las mujeres que habitan en esta comunidad. En todos estos casos, el grupo etario de 15-24 años es el mayoritario¹⁴.

En Colombia, la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva establece las estrategias y acciones de planificación familiar, en busca de mejorar el acceso de toda la población a métodos diversos, seguros, asequibles, aceptables y confiables; mediante la consejería de calidad, el suministro oportuno del método elegido y la garantía de seguimiento a la utilización del mismo, a través de controles necesarios¹⁵. A pesar de estas políticas y estrategias que promueven la salud sexual y reproductiva en la población, no ha sido posible mejorar la adherencia a programas de planificación familiar en especial entre los adolescentes y jóvenes vulnerables, es decir, aquellos que viven en áreas suburbanas y que no poseen seguridad social. Además, se observa la prevalencia del desconocimiento de la fisiología reproductiva y de los métodos de planificación familiar, así como el aumento de los embarazos en esta población, lo cual ha hecho que adquiera la caracterización de un problema de salud pública¹⁶. Algunos autores, muestran la relevancia del problema, por ejemplo una investigación realizada por Hincapié L, en Medellín, Colombia informa que el 86% de las mujeres con vida sexual activa que participaron del estudio no pertenecían al programa de planificación familiar; un 30% por desconocimiento, un 18% porque no les gustaría, un 14% por creencias religiosas y el 38% restante por otras razones¹⁷. Así mismo, otros investigadores también han reportado algunos factores que predisponen a la no utilización de los servicios de planificación familiar, entre ellos; la edad, el sexo, el estado civil, el nivel educativo y el ingreso per cápita¹³⁻¹⁸.

Entre algunos de los factores del sistema de salud que dificultan el uso del programa de planificación familiar se encuentran: Deficiencias en el desempeño de intervenciones en las instituciones de salud, demoras en la atención, insatisfacción por parte de los jóvenes con la atención recibida¹⁶⁻¹⁹⁻²⁰, falta de seguro de salud, largas filas, trámites para obtener los servicios y el hecho de que los proveedores de salud no dan explicaciones de los procedimientos¹⁸. También siguen existiendo múltiples barreras relacionadas con el acceso, aún no es universal para las niñas, adolescentes y mujeres de Colombia. Esto

muestra la existencia de brechas regionales, y que son especialmente las mujeres rurales las que enfrentan mayores limitaciones en materia de información y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en el país ²¹⁻²². Existen además, otros factores relacionados con los modelos culturales, valores morales, sociales y religiosos que tienen que ver con el ejercicio de la sexualidad ⁹. El hecho de que las adolescentes sientan temor y vergüenza al acercarse a las instituciones de salud sientan pena, pereza o descuido influye a que no utilicen el servicio ¹⁸.

En el marco universitario se ha encontrado que el uso al programa de planificación familiar es bajo, debido a un desconocimiento del programa por parte de los estudiante ²³. Sin embargo, en el ámbito de las facultades de ciencias de la salud, no se han encontrado estudios que evidencien el uso de los jóvenes al programa. Aunque se esperaría que por pertenecer al área de la salud y como profesionales en formación, el estudiante debería manejar un sin número de conocimientos claros, que estén relacionados a su salud reproductiva y a los servicios de los programas en materia de SSR.

Aunque, son muchos los estudios que se han realizado acerca de las barreras que impiden el uso de los servicios SSR, no se encontraron investigaciones que demuestren los factores asociados al uso del PPF. Por ello, este estudio se realiza con el fin de conocer las variables que favorecen el uso del programa, que de cierta forma son protectores para la utilización del servicio, como también, identificar los que no, para abordarlos. Así mismo se busca que los resultados de esta investigación sean útiles para el Bienestar Universitario, Secretaria Distrital y Departamental de Salud para re-orientar su programa. Además, aporte al profesional de enfermería, para que pueda favorecer el incremento de actividades y estrategias que mejoren el uso de los servicios de salud, especialmente de PF, igualmente permitirá llevar a cabo actividades para la captación temprana, asistencia a los controles con regularidad y permanencia dentro del programa a fin de garantizar una atención oportuna y de calidad, favoreciendo así una mejor Salud Sexual y Reproductiva en jóvenes. Por lo anterior surge la siguiente pregunta.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores asociados al uso del programa de Planificación Familiar en estudiantes de ciencias de la salud de una Universidad Publica en Cartagena?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Determinar los factores asociados al uso del programa de planificación familiar en estudiantes de ciencias de la salud en una universidad pública en Cartagena.

2.2 Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas y académicas de los estudiantes del área de la salud en una universidad pública en Cartagena.
- Medir la proporción de uso de los servicios de salud en los estudiantes del área de la salud y el nivel de información relacionados con estos.
- Medir la proporción de uso del programa de planificación familiar en estudiantes del área de la salud en una Universidad de Cartagena.
- Estimar la relación entre las características sociodemográficas y de formación académica con el uso del programa por parte de los estudiantes.

3. MARCO TEÓRICO

Servicios de salud dirigidos a los adolescentes y los jóvenes:

Un servicio de salud se define como todo cuidado, servicio, entrenamiento, investigación y otros productos que se traducen en evaluar, valorar, diagnosticar, tratar, dar seguimiento a las condiciones de salud, prevenir enfermedades, así como mantener y mejorar la salud. Los servicios de salud son prestados por médicos, odontólogos, enfermeros y el resto del personal de salud de los hospitales, consultorios, clínicas, etc. Con el propósito de conservar o restablecer la salud. Estos se dividen en dos categorías: los preventivos (planificación familiar, realización de la CCU, vacunación, control prenatal, entre otros) los cuales están destinados a mantener la salud del individuo, los curativos y de rehabilitación, cuya finalidad es devolver la salud a los enfermos e incapacitados ²⁰.

En Colombia, el decreto 1011 de 2006 define la atención en salud como los servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación ²⁵. De igual manera en la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, esto se encuentra relacionado con la garantía al acceso a los servicios de salud, al mejoramiento permanente de la calidad de la atención en salud, y la búsqueda de eficiencia en la prestación de los servicios de salud a la población colombiana ²⁵. El proyecto del Fondo Global en Colombia informa que, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), cuando niñas y niños pasan a ser adolescentes y luego jóvenes, encuentran una débil gestión en la organización de servicios de salud específicos para ellas y ellos. Esta situación motivó la suscripción de un convenio entre el Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA, y el Ministerio de la Protección Social, para fortalecer la atención integral en salud de adolescentes y jóvenes, a través de modelos e iniciativas que facilitan el cumplimiento de las metas propuestas en la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) a las direcciones territoriales, empresas aseguradoras y prestadoras de planes de beneficios. La implementación del modelo de servicios de salud para adolescentes y jóvenes es un proceso en el cual se busca que las instituciones de salud generen espacios y formas de atención integral y diferencial para la población entre 10 y 29 años, y sean capaces de dar respuesta a las expectativas y necesidades de salud que les afectan ²².

Condiciones de accesibilidad a los servicios de salud para jóvenes y adolescentes:

Durante la adolescencia, los jóvenes desarrollan la identidad que tendrán como adultos y avanzan en su madurez física y emocional. Si bien la adolescencia suele ser una época de buena salud, muchos adolescentes a menudo tienen menos información, menos experiencia y menos facilidad que los adultos para acceder a servicios de salud y particularmente servicios de Planificación Familiar y Salud Sexual y Reproductiva. Según, el Ministerio de Salud y Protección Social, se planteó la importancia del papel que desempeñan los Servicios de Salud para adolescentes y jóvenes, cuyo principal objetivo es facilitar el acceso y la atención integral a este grupo poblacional ²².

El acceso a los servicios de salud, busca crear espacios de información, orientación y atención de calidad, a través de estrategias para SSR en jóvenes. Mas sin embargo, en un estudio realizado por Valencia C y otros, demuestran que los servicios de atención para Jóvenes (SAJ), debe enfatizarse en acciones de promoción y de prestación de los servicios de atención integral, ya que muchas veces la falta de interés de los adolescentes para asistir a los programas surge por barreras personales, sociales, económicas y en muchas ocasiones se debe a la falta conocimientos y habilidades específicas de los prestadores de estos servicios ²⁶.

Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes:

Este servicio surge de un convenio entre el Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA, y el Ministerio de la Protección Social, para fortalecer la atención integral en salud de adolescentes y jóvenes. Los Servicios Amigables orientan la organización y prestación de servicios de salud para la población entre los 10 y 29 años. Servicios en los cuales los adolescentes y jóvenes encuentran oportunidades de salud agradables, gracias al vínculo que se establece entre los usuarios y usuarias con el proveedor de salud, y por la calidad de sus intervenciones. El acercamiento a la población se realiza desde diferentes ámbitos: biológicos, sociales, psicológicos, de derechos y con apoyos estadísticos ²²⁻²⁷.

Servicios que ofrece:

Consulta médica

Asesoría en VIH

Planificación familiar

Consulta por psicología
Asesoría en salud Sexual y reproductiva
Seguimiento del embarazo en adolescentes
Vacunación de TD a mujeres de 10 a 49 años
Orientación en infecciones de transmisión sexual.
Asesoría psicológica en casos de violencia sexual y familiar.
Atención a jóvenes en situación de discapacidad y desplazamiento
Educación grupal en salud sexual y reproductiva en instituciones educativas

Planificación familiar en Colombia

Según la norma técnica para la atención a planificación familiar a hombres y mujeres, esta se refiere al conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a hombres y mujeres en edad fértil, dentro de los cuales se encuentra la información, educación, consejería en anticoncepción, incluyendo la entrega de suministros, para que las personas o parejas ejerzan el derecho a decidir libre y responsablemente, si quieren o no tener hijos, así como su número y el espaciamiento entre ellos ¹⁵.

Igualmente, debe enfatizarse que la utilización o no de métodos de planificación familiar es una decisión que se mueve en el ámbito de la autonomía y la responsabilidad personal y social, en el contexto del proyecto de vida que cada cual escoge para sí. Así mismo, según la norma técnica de planificación familiar, define que todos los individuos tanto hombres como mujeres en edad fértil pueden ser beneficiarios de este programa de salud ¹⁵.

El objetivo de la planificación familiar es Ofrecer a hombres, mujeres y parejas en edad fértil la información, educación y opciones anticonceptivas apropiadas para una elección informada del método que más se ajuste a sus necesidades y preferencias, contribuyendo a la disminución de gestaciones no deseadas y de la mortalidad materna, dando una respuesta apropiada a hombres y mujeres a sus derechos reproductivos, y en consecuencia brindándoles una mejor calidad de vida ¹¹.

El programa de planificación familiar, incluye una serie de actividades, procedimientos e intervenciones, las cuales conforman las normas básicas mínimas que deben ser realizadas

por las instituciones responsables de la atención en planificación familiar a hombres y mujeres, estas son:

Consulta de primera vez de planificación familiar
Elección y suministro de métodos de planificación familiar
Consulta de control en planificación familiar¹⁵

Vida sexual en población adolescente: Riesgos y Complicaciones

Según la ENDS 2015 la Edad mediana de la primera relación sexual de las mujeres es a los 17.9 años, la de hombres a los 15 años ²⁸. Estudios en América Latina y El Caribe (ALC), demuestran que aproximadamente 50% inician vida sexual activa a una edad cada vez más temprana y 53-71% de mujeres tuvieron relaciones sexuales antes de los 20 años ²⁹.

Entre los riesgos que puede presentarse en esta población se encontró: Que el embarazo no deseado representa un riesgo entre adolescentes, el 59% de embarazos terminan en nacimientos y 41% en abortos, 14% de ellos abortos involuntarios, también se encuentra la aparición de enfermedades de transmisión sexual. Cabe resaltar que el desconocimiento y la falta de información para ingresar a un programa de Planificación Familiar, y las actitudes negativas y el comienzo de una vida sexualmente activa y temprana llevan a los adolescentes a presentar complicaciones de una vida sexual insegura.²⁹

Factores asociados al uso del programa de planificación familiar:

Para muchos jóvenes, normalmente es muy difícil conseguir anticonceptivos ni acceder a la información y a los servicios sanitarios asociados. Ello se debe en gran medida a que los programas de planificación familiar están orientados a las mujeres casadas, sin tener en cuenta las necesidades de los y las jóvenes. Los centros sanitarios suelen estar en lugares de difícil acceso, o sus horarios son incompatibles con los de los y las jóvenes. Y en casi ningún sitio el acceso a los anticonceptivos es gratuito o a un precio asequible para los bolsillos de unos adolescentes que, por lo general, carecen de ingresos propios o no reciben dinero de sus familias ⁹. Existen las limitaciones sociales, culturales o religiosas en materia de sexualidad del adolescente pueden dar lugar a la existencia de barreras implícitas y explícitas a la planificación familiar.

Factores personales:

Educación limitada:

Además de la falta de educación sexual limitada. La falta de una educación sexual integral en la mayoría de los países hace que muchos jóvenes carezcan de información precisa sobre salud sexual y reproductiva y métodos anticonceptivos. Aun en aquellos casos en que la educación sexual se enseña en los colegios, ésta podría ser de mala calidad. También se observa una ausencia generalizada de educación sexual entre aquellas adolescentes que no asisten a la escuela, como es el caso de las niñas que se casan a una edad temprana¹⁸.

Edad:

La edad es un factor importante de la fecundidad; Los adolescentes colombianos están iniciando su actividad sexual a una edad cada vez más temprana (3,5) hay un incremento del porcentaje de mujeres menores de 20 años que son madres en los países subdesarrollados como el nuestro, donde predomina una población joven. Teniendo en cuenta esto los jóvenes son, según la definición de las Naciones Unidas, las personas con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años de edad²⁹.

En todos los países en vías de desarrollo las ayudas a la planificación familiar han disminuido como porcentaje del gasto total en sanidad, al tiempo que ha aumentado la demanda. Si bien esto ha afectado a personas de todas las edades, el grupo de los adolescentes ha sido uno de los más perjudicados, según se indica en el Informe sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de 2015, aún sigue siendo alta las necesidades insatisfechas de los y las jóvenes en materia de planificación familiar²⁸.

Estado civil:

En el estudio realizado por Da Silva ML, Gonçalves IR, Temer M. Comportamiento de mujeres y sus parejas referentes a la planificación familiar se encontró que la mayoría de las mujeres participantes son adolescentes (58.8%), están casadas o llevan una unión estable (76.4%), y una de cada tres utiliza la píldora como MAC (35.3%). De lo anterior se entiende que el control de la fecundidad todavía es considerado por la sociedad, e incluso por las propias mujeres, como una función femenina que excluye al hombre de la responsabilidad de la contracepción¹⁸.

Factores socio-culturales:

En un estudio realizado por Da Silva acerca del Comportamiento de mujeres y sus parejas referentes a la planificación familiar, hace referencia que las decisiones sobre PF está influenciada por los modelos culturales y los valores morales, sociales y religiosos, que tienen que ver con el ejercicio de la sexualidad ¹⁸.

Las limitaciones sociales, culturales o religiosas en materia de sexualidad del joven pueden dar lugar a la existencia de barreras implícitas y explícitas a la planificación familiar. Por ejemplo, las que exigen el consentimiento de los padres o del cónyuge para que los jóvenes puedan acceder a anticonceptivos, lo que constituye un importante obstáculo, debido a que los padres o cónyuges de los y las jóvenes no siempre están dispuestos a apoyar su deseo de acceder a la planificación familiar o su decisión de ser sexualmente activos. Incluso en aquellos casos en que no haya leyes que impidan el acceso de los jóvenes a la planificación familiar, puede darse el caso de que los proveedores de servicios de salud se nieguen a proporcionársela por motivos religiosos o culturales¹⁵.

En cuanto a los factores que influyen en la asistencia al servicio de planificación familiar se encuentran: los conocimientos insuficientes o de mala calidad sobre sexualidad humana y la información; las prácticas sociales discriminatorias, las prácticas religiosas, además del limitado poder de decisión que tienen muchas mujeres respecto a su vida sexual y reproductiva ³⁰.

Factores económicos:

Muchos y muchas adolescentes, particularmente los y las provenientes de sectores de bajos niveles socio- económicos, pueden tener dificultades para leer y entender instrucciones e información médica. Cuando el nivel de entendimiento de la información transmitida en la consulta médica es bajo, esto puede afectar el uso, la calidad, los resultados y los costos de la atención. La capacidad para entender y transmitir información médica es especialmente importante para los y las adolescentes, que a menudo deben responsabilizarse de sus propias decisiones en salud. La falta de comprensión de la información recibida puede aumentar el riesgo por la mala interpretación de los hechos y posiblemente, resultar en una mala toma de decisiones que en resultados de salud son adversos. De este modo, puede actuar como una barrera importante para jóvenes que buscan información sobre SSR o desean inscribirse en un programa de salud ¹¹.

En todos los países en vías de desarrollo las ayudas a la planificación familiar han disminuido como porcentaje del gasto total en sanidad, al tiempo que ha aumentado la demanda. Si bien esto ha afectado a personas de todas las edades, el grupo de los adolescentes ha sido uno de los más perjudicados. Según se indica en el Informe sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de 2015, los avances realizados en el cumplimiento de las necesidades de los y las jóvenes en materia de planificación familiar son escasos³¹. Además, las prioridades y las actuaciones de los donantes y de los gobiernos han descuidado a los y las jóvenes. Por ejemplo, los indicadores de necesidades insatisfechas, incluidos los indicadores del ODM relativo a la planificación familiar, sólo miden las necesidades de las mujeres casadas o en relación de pareja, olvidándose de aquellas que tienen relaciones menos estables, lo que incluye a muchas adolescentes²⁸.

Nivel educativo:

En el estudio de Barreras para la Planificación Familiar en contextos marginales del Distrito Federal de Ciudad de México: visión de los proveedores de servicios de salud, hace relación que el nivel de educación junto con la desinformación y los tabúes existentes alrededor del tema, hace que los jóvenes traten de solucionar sus inquietudes de manera independiente o apoyándose en terceros, que por lo general son sus propios amigos⁹.

El bajo nivel educativo es una seria limitante para la aceptación de los métodos de planificación familiar, ya que al no lograr captar el mensaje los potenciales usuarios recurren a fuentes de información inapropiadas, como son amigos o familiares con un nivel educativo similar³².

Religión:

En América Latina, la religión de manera general no aparenta ejercer gran influencia sobre la utilización de los métodos anticonceptivos. Aunque en algunas personas, la religión se considera como parte importante de la vida por lo que toman actitudes más conservadoras en la vida sexual³³. Sin embargo, aunque la religión no tenga efectos sobre las decisiones individuales, en algunos países ejercen un efecto importante sobre la disponibilidad de los métodos anticonceptivos, pues los dirigentes políticos y los proveedores de los servicios de planificación familiar vacilan en ofrecer este tipo de servicio por temor a enfrentarse a poderosas instituciones religiosas³².

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio: Estudio correlacional de abordaje cuantitativo.

4.2 Diseño: Analítico de corte transversal

4.3 Población: La población estuvo constituida por los estudiantes del área de la salud de una universidad pública de Cartagena, Colombia, que correspondieron para el primer periodo de 2017 a 1348 estudiantes.

4.4 Tamaño de muestra: Se estimó un tamaño de muestra de 354, utilizando la fórmula.

$n = z^2 * N * P * Q / d^2 * (N + z^2 * P * Q)$ Donde:

z: nivel de confianza: 95%: 1,96

N: la población: 1848

P: la prevalencia de uso: 50% o 0.50

Q: complemento de P 50% o 0.50 d: precisión: 0.05

4.5 Muestreo

En este estudio inicialmente se realizó un muestreo probabilístico por estratificación proporcional para seleccionar el número participantes por facultades.

Facultades	N	%	Muestra
Enfermería	453	25	87
Medicina	613	33	117
Química y farmacia	280	15	54
Odontología	502	27	96
Total general	1848	100	354

Una vez obtenido la muestra correspondiente por facultad, los estudiantes de cada semestre fueron elegidos nuevamente por estratificación proporcional.

Semestre	Enfermería		Medicina		Química y farmacia		Odontología	
	Estudiantes	Encuestas	Estudiantes	Encuestas	Estudiantes	Encuestas	Estudiantes	Encuestas
I	52	10	67	13	35	7	46	9
II	34	6	70	13	38	7	53	10
III	51	10	57	11	33	6	49	9
IV	57	11	59	11	27	5	38	8
V	72	14	51	10	31	6	56	11
VI	43	8	59	11	27	5	53	10
VII	48	9	57	11	20	5	76	14
VIII	50	10	50	9	19	4	40	8
IX	46	9	46	9	23	4	41	8
X			97	19	27	5	50	9
TOTAL	453	87	613	117	280	54	502	96

4.6 Técnicas y procedimientos

Antes de aplicar los instrumentos se solicitó permiso a las directivas de la universidad; una vez obtenido el permiso, se visitó los salones de clases en donde se leyó el objetivo de la investigación, se recalcó el carácter anónimo de la encuesta, y al tener la aprobación de los jóvenes se solicitó el diligenciamiento de estas con la mayor sinceridad. Las encuestas fueron aplicadas por el grupo investigador en los horarios establecidos por la universidad.

4.7 Análisis estadístico:

Almacenamiento: Al obtener la información y datos, estos se incorporaron y procesaron en una base de datos realizada en Microsoft Excel.

Los datos se expresaron mediante el uso de estadística descriptiva, para esto se emplearon medidas de tendencia central, frecuencias y proporciones de las variables cualitativas y cuantitativas, la asociación entre la variable dependiente (uso del programa) con las variables independiente, se hizo mediante el cálculo Odds Ratio (OR).

Se empezó inicialmente con un análisis bivariado, para hacer una múltiple combinación y determinar cuáles son las variables que explican el comportamiento de los jóvenes para usar el programa (variables explicativas).

Posteriormente las variables que resultaron asociadas en el análisis bivariado fueron sometidas a un análisis multivariado de regresión lineal.

4.8 Instrumentos de medición:

Encuesta nacional de demografía y salud: Este instrumento basado en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud contiene una serie de preguntas donde se recolecta información sobre características sociodemográfica (nivel socioeconómico, edad, estado civil, ocupación), y características relacionadas con el uso de servicios de salud (programa de planificación, uso de servicios médicos)

Variables:

Dependiente: Uso del servicio de planificación familiar. Se considerara utilización del servicio cuando el participante reporte la asistencia o vinculación al programa. Así mismo se establecerá el uso adecuado del programa teniendo en cuenta los indicadores de asistencia y frecuencia de asistencia según el tipo de método utilizado.

Independiente: Factores demográficos y académicos que pueden estar asociados a la utilización del programa de planificación familiar

4.9 Consideraciones éticas

Para el desarrollo de la presente investigación se contemplaran los siguientes aspectos éticos tomados de la **Resolución 08430 de 1993** del ministerio de salud y la **Resolución 2378 del 2008**, además se elabora el consentimiento informado según lo establecido en los artículos 15 y 16 que se anexará a cada instrumento y en el cual se contempla los objetivos de la investigación.

El tipo de estudio según los lineamientos del Ministerio de Salud, corresponde a una “investigación sin riesgo”, puesto que el objetivo es obtener información sobre los factores asociados al uso de un servicio por parte de los estudiantes.

Los principios éticos que se garantizaran en este estudio fueron:

- No maleficencia: no se realizará ningún procedimiento que pueda hacerles daño a los profesionales de salud participantes en este estudio.
- Justicia: la muestra se seleccionará sin ningún tipo de discriminación, tratando a las participantes del estudio con igual consideración y respeto.
- Beneficencia: se aplicará, cuando durante la entrevista la investigadora pone en

relevancia la necesidad de conocimiento en los sujetos de la investigación.

- Autonomía: en el estudio, solo se incluirán los profesionales del área de la salud que acepten voluntariamente participar y se respetara la decisión de querer permanecer dentro del mismo.
- Principio de confidencialidad: El proyecto reconoce que las personas tienen derecho a la privacidad y al anonimato. **(Ver consentimiento en anexo)**

5. RESULTADOS

Características sociodemográficas de los participantes:

En este estudio participaron 354 estudiantes universitarios de ciencias de la salud, el promedio de edad fue de 20,3 años (DE = 2,4 años). El estrato socioeconómico de los estudiantes más predominante fue el nivel 2 con un 38.4%, (136), el sexo femenino predominó en el estudio con un 69.8% (247) y solo un 3,1% (11) tienen hijos. En cuanto a las creencias religiosas, prevalece la religión católica con un 63% (223). Con relación al estado civil la mayor proporción son estudiantes solteros 93.2% (330), respecto a la seguridad social se evidencia que el 50.3% (178) están afiliados al régimen contributivo. De los estudiantes encuestados el 24.6% (87) pertenecían a la facultad de enfermería, 33.1% (117) medicina, 27.1% (96) de odontología y 15.3% (54) de la facultad de química farmacéutica. El 11,6% (41) cursaban 5 semestre. (**Ver anexo 3. Tabla 1**).

Utilización de métodos de planificación familiar en estudiantes encuestados:

Del total de estudiantes encuestados, un 60% (212) manifiesta no utilizar métodos anticonceptivos, siendo una de las razones de no uso; no vida sexual activa con un 69.8% (148). Con relación a los jóvenes que si utilizan un método de anticoncepción 40% (141), el método más sobresaliente fue el de barrera (condón) con un 57.4% (81). El lugar donde obtuvieron el método de planificación familiar más común fue la farmacia 51.8%. (**Ver anexo 3. Tabla 2**).

Conocimiento y uso del programa de planificación familiar en jóvenes participantes:

La mayoría de los estudiantes han oído hablar acerca del Programa de Planificación Familiar (84.7%), entre los cuales el 45.7% (137) fue por medio de la universidad. Sin embargo, solo el 9% (32) del estudiantado asiste al programa. Entre las razones evidenciadas de no asistencia se encontró; no tener vida sexual activa 36.3% (117). Con respecto a la asistencia al programa de planificación familiar según facultad, un 34.4% (11) correspondió a la facultad de enfermería (**Ver anexo 3. Tabla 3**).

La opinión de los estudiantes con relación a la atención recibida cuando le prescribieron el método fue; excelente en un 34.4% (11). La primera vez que los estudiantes habían asistido al programa de planificación familiar fue en mayor medida, hace más de un año con un 46,9% (15). El resultado de cuándo fue la última vez que asistieron al programa fue de hace un año con un 34,4%(11). **(Ver anexo 3. Tabla 3.1).**

Conocimiento y uso de los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes (SSAAJ) de los encuestados:

El 74%(262) de los estudiantes manifiesta no haber escuchado sobre los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Siendo enfermería 43,3% (39) el que mayor conocimiento tiene respecto a este. En relación a los estudiantes que manifiestan haber escuchado sobre el SSAAJ, el 41,1% (37) lo supo por medio de la Universidad. En cuanto a la afiliación al servicio amigable para jóvenes, un 2,5% (9) está afiliado. **(Ver anexo 3. Tabla 4)**

Uso de los servicios médicos en estudiantes de ciencias de la salud encuestados:

A lo que se refiere a la frecuencia de asistencia a la consulta médica al año, prevalece de asistir cada año con un 35,6% (126). En cuanto a si han asistido a la consulta médica para el cuidado de la salud en los últimos 6 meses la respuesta fue si con un 78,2% (277). El motivo de esta consulta ha sido en primer lugar la consulta externa 52,7% (146). **(Ver anexo 3. Tabla 5).**

Factores asociados del uso del programa de planificación en universitarios:

Se identificó que ser mujer (OR: 13,836 IC 1,842-103,932) y pertenecer a los semestre de 5° en adelante (OR: 3,212 IC 1,373-7,516) se asocian al uso del programa de PF. **(Ver anexo 3. Tabla 6).**

6. DISCUSIÓN

Los factores asociados al uso del programa de planificación familiar evidenciados en esta investigación son, pertenecer al sexo femenino y estar en semestres avanzados.

La mayoría de los estudiantes que participaron en este estudio, según la OMS pertenecen a la clasificación de adultos jóvenes. Siendo esta edad en la que existen más comportamientos riesgosos en comparación con la población adulta. Así mismo, se observa la alta prevalencia del sexo femenino que puede ser explicada por el hecho de que muchos participantes eran del programa de enfermería, el cual tiene mayor número de estudiantes mujeres. La religión más predominante fue la católica, variable que no tuvo relación importante en esta investigación. A diferencia de lo encontrado por Da Silva et al en un estudio cualitativo realizado con mujeres en Brasil, que demostró que la falta de PF está relacionada con la religiosidad del sujeto². Así como también, la práctica y concepción de la sexualidad de las personas^{34, 35}.

Con respecto a la utilización de métodos de PF, el método más sobresaliente fue el de barrera (condón) con un 57.4% (81). Esto puede deberse a factores como los referenciados en las investigaciones realizadas por Acosta et al.³⁶, García et al.³⁷ y Díaz et al.³⁸. Las cuales evidencian que el uso del condón en universitarios se debe, a la accesibilidad por el bajo costo, al conocimiento sobre la función contra las ITS/ETS, y la protección contra embarazos que tienen los jóvenes.

El lugar donde la mayoría de los participantes obtuvieron el método de planificación familiar fue en la farmacia (51.8%). Resultado similar al encontrado en un estudio realizado por Sánchez M et al con 120 adolescentes de un centro de salud cuyo resultados arrojó que el 70,8% de los encuestados adquirieron los métodos anticonceptivos en la farmacia comerciales, en la cual generalmente no se tienen en cuenta aspectos como la aceptabilidad, seguridad del método y las características propias del adolescentes para lograr mejores tasas de uso y continuidad³⁹.

Los resultados de este estudio arrojaron que el uso del programa de planificación familiar es muy escaso en los universitarios (9%). Estos datos son similares a los encontrados por Hincapié L, en donde halló que la gran mayoría de mujeres con vida sexual activa no pertenecen a ningún programa de anticoncepción¹³. Así mismo García F. y Alfaro A. hicieron una investigación con 186 alumnos de la Escuela Universitaria de Enfermería de Albacete, que evidenció que sólo un 10,7% de los jóvenes estudiados utiliza el método anticonceptivo aconsejado por el personal sanitario, el porcentaje restante lo hace por iniciativa propia o por consejo de sus amigos⁴⁰.

En contraste con lo anterior resultados de encuestas y evaluaciones en los campus universitarios revelan que el conocimiento de los métodos anticonceptivos se ha incrementado en la población universitaria, sin embargo; el uso de estrategias preventivas es muy limitado, posiblemente por la falta de información sobre sexualidad, así como el desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos⁴¹. Tal es el caso de Perú donde existe escaso entendimiento respecto la importancia de políticas que aborden de una manera integral la SSR, y beneficios de la PF. Además aún se tiene inconvenientes con la información que deben tener las mujeres, muy en especial las adolescentes⁴². En este aspecto, las universidades tienen también una responsabilidad, por cuanto han descuidado la enseñanza de la salud sexual y reproductiva, incluyendo la PF a los futuros profesionales de las ciencias de la salud.

Los resultados de este estudio muestran que en un alto porcentaje (74%), los participantes manifiestan no haber escuchado sobre los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes (SSAAJ). Similar a lo encontrado por León P, en su investigación acerca de los conocimientos sobre SSAAJ en estudiantes de enfermería que desconocían en gran medida este componente⁴³.

La estrategia de los SSAAJ con énfasis en SSR hace de las instituciones de salud espacios con información, orientación, asesoramiento y educación de calidad para esta población, y capacitan a los profesionales para que puedan prestar los servicios que demandan e identificar sus necesidades en salud de manera integral²². No obstante en Cartagena-

Bolívar, el porcentaje de cobertura de esta estrategia solo es del 47,8%. Por ello, se hace necesario articular con las instituciones universitarias para establecer programas y rotaciones de práctica para los profesionales de la salud y ciencias afines con las temáticas y actividades al interior de los servicios amigables⁴⁴. Además visibilizar desde los primeros semestre la importancia de esta estrategia entorno a la atención de la salud sexual y reproductiva.

Con respecto a la asistencia a consulta médica para el cuidado de la salud, la mayoría de los estudiantes manifestaron haber acudido a este servicio en los últimos 6 meses en un 78,2% (277). Siendo el motivo principal la consulta externa (52,7%). Resultado similar a lo encontrado por Valencia C et al⁴⁵, en el que se evidenció que el servicio más utilizado por los jóvenes es la consulta por medicina general (40.7%), esto podría deberse al hábito de la población de asistir a los servicios de salud por motivos curativos y no preventivos.

Se puede explicar, la baja asistencia al PPF por parte de los hombres, a diversos factores como los hallados por Pinilla E⁴⁶, en un estudio cualitativo realizado con 52 adolescentes varones de Bucaramanga; dentro de los cuales se encuentran: la poca privacidad; se sienten mal con el uso de terminología médica; también que los jóvenes se ven mayormente atraídos hacia los servicios, si son atendidos por personas jóvenes y preferiblemente si es de su sexo ya que sienten mejor empatía. En otra investigación realizada por Rodríguez V et al⁴⁷ se encontró que los hombres no quieren ir a la consulta de PF, porque es un sitio lleno de mujeres, los horarios interfieren con su trabajo o simplemente han delegado esta función a la pareja. Además los hombres, por su parte, tienden a ver la enfermedad y la búsqueda de atención como manifestaciones de debilidad que contradicen la imagen cultural que se le atribuye a la masculinidad de fortaleza⁴⁸.

En este sentido, se asoció que ser mujer aumenta la probabilidad de usar el programa de planificación familiar; lo anterior puede deberse a que la mujer tiende a ser más vulnerable frente a amenazas como el embarazo no deseado, el aborto y la transmisión de enfermedades sexuales⁴⁹, así como también a la responsabilidad casi que exclusiva de la contracepción o el control de la fecundidad que las normas en la sociedad han puesto sobre la mujer al hacer diferencia entre hombres y mujeres en la segregación de roles y expectativas, considerando así que estas son funciones femeninas⁴⁷⁻⁵⁰. Igualmente el

empoderamiento que ha tenido la mujer en los últimos años, en cuanto a decidir sobre el número de hijos y cada cuanto tiempo los tendrá, enfocándose inicialmente en trabajar y aumentar ingresos, invirtiendo en su vida profesional para luego formar una familia⁵¹.

No obstante, la causa principal de lo anteriormente descrito se podría atribuir a la exclusión voluntaria o no de los hombres en la responsabilidad de la contracepción y en el que han estado involucrada: las industrias farmacéuticas, los organismos nacionales de planificación familiar, las instituciones religiosas y los organismos y fundaciones de ayuda multilateral⁵². Dado que la mayoría de métodos anticonceptivos han sido diseñados para el uso de la mujer⁵³. Aunque para los hombres siempre han existidos peticiones en cuanto a la protección y tratamiento en todo aquello concerniente a enfermedades de transmisión sexual, no ha habido peticiones para la creación de nuevos anticonceptivos de uso exclusivo para ellos, que a diferencia de la mujer, son fértiles diariamente⁵².

Por otro lado, lo que se refiere estar en semestres más avanzados, como factor asociado a la asistencia al PPF, datos similares se ha encontrado en otras investigaciones; como la de Atehortua W, cuyos resultados arrojaron que la asistencia al programa y por lo tanto el mayor conocimiento sobre métodos anticonceptivos, aumenta proporcionalmente al semestre académico y este es más notorio a partir de quinto semestre. Lo anterior, se puede argumentar, debido la influencia que tiene la Institución en pro de la modificación y/o adquisición de saberes⁵⁴. Se puede entonces pensar, en el papel fundamental que tiene la educación superior en el conocimiento, fortalecimiento de conceptos relacionados con la salud sexual y reproductiva, y que una u otra manera va a ser transmitidos a la población en general.

En virtud de lo planteado, la literatura ha evidenciado una relación positiva entre el nivel educativo de la mujer, el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y la demanda por servicios de salud, así como también los comportamientos y prácticas en la salud sexual y reproductiva de estas⁵⁵. Igualmente se ha demostrado que la educación es inversamente a la fecundidad⁵⁶.

Las fortalezas de este estudio, se evidencia en que no solo se permitió determinar la falta de uso al programa de planificación familiar en los universitarios, si no también, identificar que muchos de los estudiantes no conocían de la existencia del programa, a pesar de

pertenecer a ciencias de la salud. Así mismo, se logró asociar positivamente dos variables con el uso del programa y por último, estudiar una población generosa, que poco se evalúa o se aborda.

En cuanto a las limitaciones de la investigación, se encuentran principalmente la poca colaboración y disponibilidad de tiempo por parte de los mismos y dirigir solo el estudio a estudiantes únicamente del sector salud.

7. CONCLUSIONES

Por medio de la presente investigación, se pudo observar que el uso del programa de planificación familiar por parte de estudiantes universitarios del área de la salud es muy bajo.

Los factores que se asociaron con el uso del programa de planificación familiar, fueron ser mujer y estar en semestres superiores (quinto semestre en adelante).

Por otro lado, se encontró que un alto porcentaje de estudiantes manifestaron no haber escuchado sobre los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes; pese al esfuerzo del gobierno por vincular a los jóvenes a estos programas.

Así mismo, el uso de servicios de salud, (consulta médica, programas de promoción y prevención, servicios para la SSR) presentan una muy baja asistencia en esta población.

8. RECOMENDACIONES

- Aumentar la demanda inducida de estudiantes a los programa de promoción y prevención brindadas por el CAP de las facultades de enfermería

- Fortalecer la educación de los estudiantes de ciencias de salud, con el objetivo de que desde los primeros semestres conozcan más acerca de los servicios en salud sexual reproductiva.

- Realizar campañas de promoción al programa de planificación familiar para toda la población en general, con el fin de aumentar la cobertura al programa.

- Identificar estrategias que se puedan implementar para recordarle a los jóvenes la importancia de asistir al programa de planificación familiar.

- Que enfermería continúe tomando la vocería en lo relacionado con servicios de planificación familiar.

- Por último, se recomienda que se sigan realizando investigaciones en especial de tipo cualitativo que identifiquen barreras asociados a la inasistencia al programa de PF

9. AGRADECIMIENTOS

Agradecemos principalmente a Dios por ser nuestra guía, darnos la sabiduría y fortalecernos a lo largo de este camino.

A nuestros familiares por su infinito amor y apoyo incondicional en la preparación de nuestra formación profesional.

Finalmente agradecemos a nuestros profesores por su valioso aporte y acompañamiento para la realización de este trabajo.

BIBLIOGRAFIA

1. Gutiérrez M, La planificación Familiar como herramienta básica para el desarrollo. Rev Perú Med Exp Salud Pública. [Internet] 2013; (Consultado el día 03 de febrero del 2016) 30(3):465-470. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v30n3/a16v30n3.pdf>
2. Da Silva ML, Gonçalves IR, Temer M. Comportamiento de mujeres y sus parejas referentes a la Planificación Familiar. Invest Educ Enferm. [Internet] 2010; (Consultado el día 17 de marzo del 2016). 28(2): 195-203. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3260555>
3. Trejo P, Moreno P, Macías M, Valdez G, Mollinedo F, Lugo L, et al . Conocimiento y comportamiento sexual en adolescentes. Área Académica Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma de Zacatecas. Zacatecas: Rev Cubana Enfermería; [Internet] 2011 (Consultado el 22 de Nov 2017). 27(4): 273-280 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000400005&lng=es.
4. DaVanzo J, Adamson D, La planificación familiar en los países en desarrollo. [Internet] (Consultado el día 02 de marzo del 2017) Disponible en: https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/issue_papers/2005/IP176.2.pdf
5. Organización Mundial de la Salud, Planificación Familiar, [Internet] 2016. (Consultado el día 28 de febrero del 2017).Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

6. Fondo de Poblaciones de las naciones Unidas, Planificación Familiar. [Internet] (Consultado el día 28 de febrero del 2017). Disponible en: <http://www.unfpa.org/es/planificaci%C3%B3n-familiar#sthash.papWE9Mn.dpuf>
7. Instituto nacional de estadística y geografía. [Internet] 2016 (Consultado el día 06 de febrero de 2018). Disponible en: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/juventud2016_0.pdf
8. Carmona G, Aspilcueta J, Cárdenas U, Flores S, Álvarez E, Solary L. Intervenciones para optimizar la oferta de Métodos Modernos de Planificación Familiar en la Región Tropical de Loreto, Perú. Rev. Gerenc. Polít. Salud. [Internet] 2016; (Consultado el día 02 de marzo del 2017) 15(30): 142-158. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/17159>
9. Agudelo M. Barreras para la planificación familiar en contextos marginales del Distrito Federal de Ciudad de México: Visión de los proveedores de servicios de salud. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet] 2009; (Consultado el día 02 de marzo del 2017) 27 (2): 169-176. Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/354>
10. Juárez F, Gayet C. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: un nuevo marco de análisis para la evaluación y diseño de políticas. Pap. Poblac. [Internet] 2005; (Consultado el día 04 de marzo del 2017) 11(45) 177- 219. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11204508>
11. Organización Cultura Salud para el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud Gobierno de Chile. Estudio barreras a los servicios de salud para la prevención del embarazo adolescente en Chile. [Internet] 2010 (Consultado el día 13 de marzo del 2016).Disponible en chile: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/ace74d077631463de04001011e011b94.pdf>

12. Planificación familiar: un manual mundial para proveedores. [Internet] 2011 (Consultado el día 06 de febrero de 2018) Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44074/1/9780978856304_spa.pdf

13. Consejo Nacional de Población, Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, México, [Internet] 2010. (Consultado el día 10 de mayo del 2016). Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2441/1/images/ENAPEA_V10.pdf

14. Bermeo N, Cazho R. Influencia sociocultural en el acceso y uso de métodos de planificación familiar en mujeres de edad fértil de la comunidad de huertas, Santa Isabel. Ecuador [Internet] 2015. (Consultado el día 07 de febrero de 2018) Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23646/1/Tesis%20Pregrado.pdf>

15. Ministerio de Salud y Protección Social. Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres, Bogotá, [Internet] 2003. (Consultado el día 10 de abril del 2016). Disponible en: http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/pluginfile.php/198572/mod_resource/content/%200/NORMA_TECNICA_PLANIFICACION_FAMILIAR.pdfA

16. Calle U. Conocimientos sobre métodos anticonceptivos en adolescentes del tercero y cuarto año de secundaria de la Institución Educativa Militar Pedro Ruiz Gallo del Distrito de Castilla – Piura. [Internet] 2014. (Consultado el día 17 de marzo del 2016). Disponible en: <http://studylib.es/doc/8024611/conocimientos-sobre-m%C3%A8todos-anticonceptivos-en-adolescent>.

17. Hincapié F, Mora L, Zapata G, Mosquera A, Calvo VI. Planificación familiar en mujeres en condiciones de vulnerabilidad social. Rev. Salud. UIS; [Internet] 2011(Consultado el día 07 de marzo del 2015). 43(3): 421-248 Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3961122>

18. Da Silva ML, Gonçalves IR, Temer M. Comportamiento de mujeres y sus parejas referentes a la Planificación Familiar. Invest Educ Enferm. [Internet] 2010; (Consultado el día 17 de marzo del 2016). 28(2): 195-203. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3260555>

19. Periódico el Frente, Profamilia realizó seminario IVE en Bucaramanga. [Internet] 2016 (Consultado el día 20 de febrero del 2017). Disponible en: <http://www.elfrente.com.co/web/index.php?ecsmodule=frmstasection&ida=56&idb=103&idc=4423>

20. Losada M, Rodríguez A. calidad del servicio de la salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. Rev. Cuad. Adm. [Internet] 2007; (Consultado el día 07 de mayo de 2016) 20 (34): 237-258 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=20503411>

21. Villarroel P, Domínguez J, Maturana J, Pérez R, Carrasco M. Conocimiento y percepción de adolescentes sobre el servicio de Planificación Familiar en Chile. Rev. Salud colectiva. [Internet] 2013; (Consultado el día 07 de marzo de 2017) 9 (3)391 – 400 Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652013000300009

22. Ministerio de salud y Protección Social. Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. [Internet] 2010([Consultado el día 22 de abril del 2016). Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Modelo-de-servicios-de-salud-amigables-para-adolescentes-y-jovenes.pdf>

23. Atehortua W, Acosta S, López A, Suarez J, Melo A, Carrascal S. Conocimiento métodos anticonceptivos en estudiantes de pregrado. Rev. Ciencia y cuidado. [Internet] 2011(Consultado el día 07 de Febrero de 2018); 8 (1) 47- 54. Disponible en en: <http://respuestas.ufps.edu.co/ojs/index.php/cienciaycuidado/article/view/473/490>

24. Fondo de Población de las Naciones Unidas, Si a la opción no al azar, Planificación de la Familia, Derechos Humanos y Desarrollo. [Internet] 2012. (Consultado el día 2 de marzo del 2017) .Disponible en: https://resourcecentre.savethechildren.net/sites/default/files/documents/7173_0.pdf

25. Ministerio de salud, Prestación de servicios. [Internet] (Consultado 14 de junio del 2016). Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/Prestacion-servicios-home.aspx>

26. Valencia C, Canaval G, Molina A, Caicedo H, Serrano L, Valencia R, Piedrahita V, Vásquez Y, Echeverry J. Servicios amigables para jóvenes: construcción conjunta en jóvenes y funcionarios. Colombia Médica. [Internet] 2010 (Consultado el día 14 de Junio 2017).Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/682/765>

27. Pro familia, Planificación Familiar. [Internet] (Consultado el día 22 de febrero del 2016). Disponible en: <http://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2016/12/Presentaci%C3%B3n-ENDS-2015-DICIEMBRE-12-DE-2016pdf>

28. Vilchis E, de Lucio M, Olivos M. Factores que influyen en el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de una comunidad mexiquense. México. [Internet] 2014.(Consultado el día 10 de julio del 2017). Disponible en: http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol5/4_FACTORES.pdf

29. Mendoza L, Claros D, Peñaranda C. Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. Chile: Rev. chil. obstet. Ginecol; [Internet] 2016. (Consultado el día 12 de junio del 2017)]. 81(3): 243-253 Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v81n3/art12.pdf>

30. Galdos S. La conferencia del Cairo y la afirmación de los Derechos Sexuales y Reproductivos, como base para la Salud Sexual y Reproductiva. Perú: Rev. Perú Exp Salud

Pública; [Internet] 2013. (Consultado el día 10 de julio del 2016); 30(3): 455-60 Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/9ef3/43325f01bc3b96026b3bf94c2b753e68c0cf.pdf>

31. Naciones Unidas, Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe de 2015. [Internet] (Consultado el 06 de Febrero del 2018). Disponible en: http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf

32. Gualán D. Factores socioculturales que limitan el uso de métodos anticonceptivos en las y los pobladores de 15 a 45 años de la comunidad la Wintza – Centinela del Cóndor. Ecuador, [Internet] 2016. Consultado el día 02 de Marzo del 2017). Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/17456>

33. Cocom N. Factores culturales que influyen en la aceptación de métodos de planificación familiar. Tesis para el título y grado académico de licenciado en enfermería Guatemala, [Internet] 2017. (Consultado el día 07 de febrero del 2018) Disponible en. <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2017/09/02/Cocom-Nelson.pdf>

34. Ruiz, M. Latorre, C. Beltran, J. Ruiz, J. Velez, A. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en una población universitaria. Rev.Sogia [Internet] (Consultado el 08 de Febrero del 2018);12(3): 86-93 Disponible en: <https://www.cemera.cl/sogia/pdf/2005/XII3conocimientos.pdf>

35. Ospina J, Manrique-Abril F. Prácticas y comportamientos sexuales en estudiantes universitarios. Rev. Av Enferm. [Internet]. (Consultado el 08 de Febrero del 2018) 25(2):101-111. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12814> consultado 08/02/18

36. Acosta S, Ibáñez E, Alfonso A, Cifuentes L, Gamba S, Mojica C et al. Conductas de salud y factores de riesgo en la salud sexual y reproductiva de una población universitaria. NOVA - Publicación Científica en Ciencias Biomédicas. 2010 (Consultado el día 09 de Feb

2018); 8:32-43. Disponible en:
http://www.unicolmayor.edu.co/invest_nova/NOVA/NOVA13_ARTORIG3.pdf

37. García G, Cortés A, Vila E, Hernández M, Mesquia A. Comportamiento sexual y uso del preservativo en adolescentes y jóvenes de un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. [Internet]. 2006 (Consultado el día 07 de febrero de 2018); 22(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000100003&lng=es.

38. Díaz S, González F, Ramos K, Historia de Embarazos en Estudiantes de Programas de Salud en una Universidad Pública del Caribe Colombiano Rev. Clín. Med. Fam [Internet] 2010; (Consultado el día 07 de febrero de 2018);3 (3): 163-169 Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v3n3/original3.pdf>

39. Sánchez M. Dávila R. Ponce E. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes en un centro de salud. Revista UNAM [Internet]. 2015 (Consultado el día 09 de Feb 2018); 22(2): 35-38 Disponible en: http://revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/viewFile/47989/43109

40. García F, Alfaro A. Sexualidad y anticoncepción en jóvenes universitarios de Albacete. Rev Enf. [Internet]. 2001 (consultado el día 22 de feb de 2017). Disponible en: https://previa.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%2014/sexualidad_y_anticoncepci%F3n_en_j.htm

41. Chávez M, Petrzalová J, Zapata J. Actitudes en estudiantes universitarios [Internet]. 2009 (consultado el día 22 de feb de 2017); 14(1): 137-151. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/292/29214110/>

42. Távara Ll. et al. La planificación familiar requiere atención especial como estrategia para reducir la mortalidad materna. [Internet]. Rev. peru. ginecol. obstet. 2011. (consultado el día 22 de feb de 2017); 57 (3): 177-187 Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322011000300007&script=sci_arttext

43. León P, Herrera A, Otero S. Conocimiento sobre servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes estudiantes de enfermería. Rev Univ Ind Santander Salud. [Internet]. 2017 (Consultado el día 22 de feb de 2018). 49(4): 557-565 Disponible en: <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/6870/8078>
44. Moreno D. Púa R. Servicios de Salud Amigables para Adolescentes. Una revisión de su implementación y principales características. Alemania Ed Academia española. [Internet]. 2012 [Consultado 22 de feb 2018]; Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Servicios%20de%20Salud%20amigables%20para%20Adolescentes.pdf>
45. Valencia C, Canaval G, Molina A, Caicedo H, Serrano I, Valencia R, et al. Servicios amigables para jóvenes: Construcción conjunta entre jóvenes y funcionarios. Colombia Médica [Internet]. 2010 (consultado el 09 de Febrero de 2018); 41(1):26-34. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28312737004>
46. Pinilla E, Forero C, Valdivieso M. Servicios de salud sexual y reproductiva según los adolescentes varones (Bucaramanga, Colombia). Rev. Fac. Nacional de Salud Pública [Internet]. 2009 (Consultado el día 09 de Feb 2018); 27(2):164-168. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12011791007>
47. Rodríguez V, Díaz Z, Castañeda, I, Rodríguez, A. Conocimientos y actitudes de varones acerca de la planificación familiar. Rev. cub. Salud pública [Internet]. 2016 (Consultado el día 08 de Feb 2018); 42(1):101-114. Disponible en: <http://45.32.169.238:2200/articulo.oa?id=21444931011>
48. Consultoría para la evaluación de los Servicios Amigables de Salud Para Adolescentes Y Jóvenes En Colombia Producto 5. Informe de resultados. Econometría Consultores. [Internet]. 2013 [Consultado el 22 de feb de 2018]. Disponible en: https://www.unicef.org/evaldatabase/files/Colombia_2013-002_Informe_Final.pdf

49. Bahamón M, Vianchá M, Tobos A. Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: una perspectiva de género. *Psicología desde el Caribe* [Internet]. 2014 (consultado el día 07 de Feb 2018); 31(2):327-353. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21331836009>

50. Marques M, Gonçalves I, Temer M. Comportamiento de mujeres y sus parejas referentes a la planificación familiar. *Invest Educ Enferm* [Internet]. 2010 (Consultado el día 09 de Feb 2018); 28(2):195-203. Disponible en: <http://45.32.169.238:2200/articulo.oa?id=105215405005>

51. Gutiérrez M. La planificación familiar como herramienta básica para el desarrollo. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* [Internet]. 2013 (Consultado el 21 de feb 2018); 30(3):465-470. Disponible en: <http://45.32.169.238:2200/articulo.oa?id=36329476016>

52. Gutmann M. Planificar la exclusión de los hombres de la planificación familiar: un estudio de caso en México. *Revista interdisciplinaria de estudios de género de El colegio de México* [Internet]. 2015 (Consultado el 21 de feb 2018); 1(1): 54-75. Disponible en: <http://estudiosdegenero.colmex.mx/index.php/eg/article/view/17>

53. Ku, E. Causas de necesidad insatisfecha en planificación familiar en mujeres con embarazo no deseado del Instituto Nacional Materno Perinatal. *Rev. Perú. epidemiol* [Internet]. 2010 (Consultado el 21 de feb 2018); 14(2):124-132. Disponible en: <http://45.32.169.238:2200/articulo.oa?id=203119666006>

54. Aterhotua W, Acosta S, López A, Suárez J, Melo A, Carrascal S. Conocimiento métodos anticonceptivos en estudiantes de pregrado. *Revista Ciencia Y Cuidado* [Internet]. 2011 (Consultado el día 08 de Feb 2018); 8(1): 47-54. Disponible en: <http://revistas.ufps.edu.co/ojs/index.php/cienciaycuidado/article/view/473>

55. Torres M, González P. Antecedentes teóricos y empíricos del uso de métodos de Planificación Familiar. *Rev.Fac.Cienc.Econ.* [Internet]. 2009 (Consultado el día 21 de

febrero del 2018);17:171-182. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rfce/v17n2/v17n2a10.pdf>

56. Mesa C; Junca G., Análisis de reducción de la fecundidad en Colombia: modelo de determinantes próximos. [Internet] Cuad. Econ. 2011 (Consultado el 21 de feb 2018)30: 54; 127-150. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-47722011000100006

ANEXOS

1. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN

ENCUESTA # _____

En el diligenciamiento de la siguiente encuesta se respetara la autonomía de los participantes y se mantendrá la confidencialidad de la información.

El objetivo del proyecto es determinar los factores asociados al uso del programa de planificación familiar en estudiantes universitarios del área de la salud en una universidad de Cartagena.

Este cuestionario consta de 14 preguntas en el que se evalúa información socio-demográfica y una ficha de uso basada en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, la cual contiene 18 ítems.

Programa _____ Semestre__
Variables socio-demográficas
1. Edad: _____ años cumplidos
2. Sexo: M____ F_____
3. Estado civil: Soltero (a) _____ Casado(a)____ Viudo(a)____ Divorciado(a) Separado(a) _____ U. libre
4. Seguridad social: Subsidiado_____ Contributivo_____ Especial(Magisterio, Fuerzas armadas, Policía Nacional)_____ No Vinculado_____
5. Estrato social: 1 ___ 2___ 3___ 4___ 5___ 6_____
6. Ocupación: Empleado_____ Independiente: _____ Desempleado___ Estudiante_____
7. Ingreso familiar mensual _____ Ingreso personal Si___ No___ Cuanto _____
8. Número de personas con las que convive: _____ Tipo de familia _____
9. ¿ Tiene hijos? si _____ No_____ Cuantos?_____
10. Religión: Católica_____ Evangélico_____ no practica___ Otra___

FICHA DE USO

B) Uso del programa de planificación familiar

1. ¿Utiliza un método de planificación familiar? Sí ____ No ____ (si su respuesta es NO, responda la siguiente pregunta. Si su respuesta es SI pase a la pregunta 3)

2. No, porque: (Puede marcar varias respuestas)

___ No tengo vida sexual activa

___ Relaciones sexuales poco frecuente

___ No me gusta

___ Miedo a los efectos secundarios

___ Suspendí su uso/me hace mal/ se me olvidaba

___ No tengo dinero

___ Mi pareja no me deja/ no quiere/no le gusta

___ Mi religión no me lo permite

___ Quedé embarazada mientras usaba método de planificación

___ Lo suspendí para quedar embarazada

Otra razón _____

3. ¿Qué método de planificación familiar utiliza?

a) Método de barrera (condón)

b) Anticonceptivos inyectables u orales

c) Métodos de índice simple (ritmo, temperatura basal, coito interrumpido)

d) DIU

Otro _____

4. ¿Dónde obtuvo usted el método cuando comenzó a utilizarlo?

a) Hospital/clínica/institución/puesto de

salud b) Consultorio médico particular

- c) Droguería/farmacia
- d) Profamilia

5. Ha oído hablar acerca del programa de planificación familiar Si__ No _

6. ¿Cómo supo del programa de planificación familiar?

- a) EPS
- b) Institución de salud
- c) Internet
- d) Radio/prensa
- e) Amigo (a)
- f) Familiar
- g). Televisión
- h) Universidad
- Otra_____
- i) No lo conozco

6. Asiste usted al programa de planificación familiar

Si__ No__ (Si su respuesta es NO pase a la siguiente pregunta, y luego salte a la pregunta 11. Si su respuesta es SI responda las preguntas 6 a la 10 y las que siguen)

Porque no asiste: (puede marcar una o varias respuestas)

- ___ No lo conoce/No sabe dónde prestan el servicio
- ___ Falta de tiempo
- ___ No tengo vida sexual activa
- ___ No me gustaría
- ___ Me queda lejos
- ___ No lo necesito
- ___ Mejor resuelvo mis dudas en internet
- ___ Prefiero ir directamente a la farmacia
- ___ Se demoran mucho en la atención/servicio de mala calidad
- ___ El proveedor de salud es antipático
- ___ Me dá pena
- ___ Me dá pereza
- ___ Conozco sobre métodos de planificación familiar

Otra_____

7. ¿Cuál es su opinión sobre la atención recibida cuando le prescribieron el método de planificación familiar?

En una escala de 1 al 5 siendo:

- 1 “Excelente”,
2. “Bueno”
3. “Regular”
4. “Malo”
5. “Muy malo”

Opinión sobre la atención recibida	1	2	3	4	5
a. El horario de atención					
b. La orientación sobre métodos de planificación familiar					
c. La información recibida sobre método prescrito					
d. La comodidad de la sala de espera					
e. La limpieza de la sala de espera					
f. El tiempo de espera					
g. El trato del personal administrativo					
h. El trato del personal de enfermería					
i. El trato del medico					
j. El grado de privacidad en la atención					

10. ¿Cuándo fue la **primera vez** que asistió al programa de planificación familiar?

- Hace menos de una semana
- Hace 1 mes
- Hace 3 meses
- Hace 6 meses
- Hace un año
- Hace más de un año

11. ¿Cuándo fue la **última vez** que asistió al programa de planificación familiar?

- Hace menos de una semana
- Hace 1 mes

Hace 3 meses

Hace 6 meses

Hace un año

12. ¿Con que frecuencia asiste a la consulta del programa de planificación familiar?

Cada año

1 vez al mes

Cada 3 meses

Cada 6 meses

Otra____

13. ¿Ha escuchado hablar acerca del programa de servicios amigables para jóvenes?

a) Si

b) No

14. Cómo supo del programa de servicios amigables?

a) EPS

b) Institución de salud

c) Internet

d) Radio/prensa

e) Amigo (a)

f) Familiar

g). Televisión

h) Universidad

Otra_____

i) No lo conozco

15. ¿Está usted afiliado al programa de servicios amigables para jóvenes?

a) Si__

b) No__

16. ¿Cuánto tiempo tiene de estar afiliado al programa de servicios amigables para jóvenes?

Hace unas semanas

Hace 1 mes

Hace 3 meses

Hace 6 meses

Hace un año

Hace más de un año

FICHA DE USO 2

¿Con qué frecuencia asiste a la consulta médica al año?

Cada mes

Cada 3 meses

Cada 6 meses

Cada año

¿En los últimos 6 meses ha asistido alguna consulta para el cuidado de su salud?

Si__

No__

¿Cuál ha sido el motivo de consulta al médico?

a). Asistencia a un programa de promoción y prevención

b) Consulta externa

c) Urgencia

d) Rutina

¿Está inscrito a alguno de los programas de promoción y prevención

Si

No

¿A qué programa de promoción y prevención está inscrito?

Programa de planificación familiar

Programa de detección temprana del joven

Otro__

ANEXO 2 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigador principal: Irma Yolanda Castillo Ávila

Investigadores responsables:

Kelly Marcela Acosta Alcántara

Ayda María Cassas Amador

María José Mesa García

Natalia Andrea Senior Villadiego

TEMA: Factores asociados al uso del programa de Planificación Familiar en estudiantes de ciencias de la salud en una universidad pública. Cartagena

Se me ha solicitado participar en una investigación que busca determinar los factores asociados al uso del programa de Planificación Familiar. Al participar en esta investigación estoy de acuerdo que se me realicen preguntas y actividades relacionadas con dicha investigación. Yo entiendo que:

1. Cualquier pregunta que yo quiera hacer con esta investigación deberá ser contestada por el investigador principal o cualquiera de los miembros del grupo investigador.
2. Tengo el derecho de retirarme de esta investigación en cualquier momento sin dar razones y sin que esto me perjudique.
3. Los resultados de esta investigación podrán ser publicados pero mi nombre o identidad no serán revelados y mis respuestas permanecerán en forma confidencial a menos que mi identidad se ha solicitada por la ley.

4. Participo libremente en esta investigación y por ello mi consentimiento esta dado voluntariamente sin que haya sido forzado u obligado.

Fecha: _____ Doc. De identidad: _____ Nombre del
encuestado _____ Edad: _____
Testigo1 _____ Testigo 2 _____

ANEXO 3. TABLAS DE RESULTADOS

ANEXO 3. TABLAS DE RESULTADOS

Tabla 1. Distribución según características sociodemográficas de los estudiantes encuestados. Universidad pública. Cartagena. 2018

VARIABLE		
Sexo	N	%
F	247	69,8
M	107	30,2
Religión	N	%
Católica	223	63,0

Evangélico	51	14,4
No practica	44	12,4
Otra	36	10,2
<hr/>		
Estado civil	N	%
<hr/>		
Soltera	330	93,2
Casado	10	2,8
Viudo	3	,8
Unión libre	11	3,1
<hr/>		
Seguridad social	N	%
<hr/>		
Subsidiado	127	35,9
Contributivo	178	50,3
Especial	40	11,3
No vinc.	8	2,3
<hr/>		
Estrato social	N	%
<hr/>		
1	85	24,0
2	136	38,4
3	103	29,1
4	22	6,2
5	8	2,3
<hr/>		

Ingreso personal	F	%
Si	14	4,0
No	327	92,4
A veces	1	,3
¿Tiene hijos?	N	%
SI	11	3,1
NO	343	96,9
Total	354	100,0

Fuente: encuestas del estudio

Tabla 2.1 Distribución de estudiantes según formación académica de los estudiantes.

Universidad pública. Cartagena 2018

Programa académico	N	%
Enfermería	87	24,6
Medicina	117	33,1
Odontología	96	27,1
Química farmacéutica	54	15,3

Semestre	N	%
I	39	11,0
II	36	10,2
III	36	10,2
IV	35	9,9
IX	30	8,5
V	41	11,6
VI	34	9,6
VII	39	11,0
VIII	31	8,8

X	33	9,3
Total	354	100,0

Tabla 2. Distribución según ficha de uso de métodos de planificación familiar en participantes del estudio. Universidad pública. Cartagena 2018.

Utiliza un método de planificación familiar	N	%
Si	141	39,8
No	212	59,9
A veces	1	,3
Total	354	100,0

Tabla 2.1 Distribución según las razones de falta de uso de métodos de planificación familiar en participantes del estudio. Universidad pública. Cartagena 2018.

Razón de no uso	N	%
No vida sexual activa	148	69,8
R/S poco frecuente	53	25,0
No me gusta	26	12,3
Miedo E/S	17	8,0
Susp su uso/me hace mal/Se me olvidaba	14	6,6

No tengo dinero	7	3,3
Mi pareja no me deja/no quiere/no le gusta	5	2,4
Mi religión no me lo permite	3	1,4

Tabla 2.2 Distribución según el método de planificación familiar en participantes del estudio. Universidad pública. Cartagena 2018.

Método de planificación	N	%
Met de barrera (condón)	81	57,4
Anticp inyec u orals	56	39,7
Met de ind simp(ritm, temp basal, coit interr	10	7,1
DIU	2	1,4

Tabla 2.3 Distribución según el lugar donde obtuvo el método de planificación familiar en participantes del estudio. Universidad pública. Cartagena 2018.

Dónde obtuvo el método de planificación?	N	%
Farmacia	73	51,8
Hospital/clínica/IPS/puestodeSalud	46	32,6
Consult Medico Part	19	13,5
PROFAMILIA	12	8,5

Tabla 3. Distribución según conocimiento acerca del programa de planificación familiar. Universidad pública. Cartagena 2018.

Ha oído hablar acerca del PFF	F	%
Si	300	84,7
No	53	15,0

Como supo del PPF?	N	%
Universidad	137	45,7
EPS	93	31,0
Inst Salud	61	20,3
Familiar	54	18,0
No lo conozco	49	16,3
Internet	39	13,0
Amigo(a)	28	9,3
Televisión	19	6,3
Radio/prensa	8	2,7
Otra	3	1,0
Total	354	100,0

Tabla 3.1 Distribución según asistencia al programa de planificación familiar. Universidad pública. Cartagena 2018.

¿Asiste al PPF?	N	%
Si	32	9,0
No	322	91,0

Asistencia al PPF según programa académico	N	%
Enfermería	11	34,4
Medicina	8	25,0
Odontología	8	25,0
Química farmacéutica	5	15,6

¿Cuándo fue la primera vez que asistió al PPF?	N	%
Hace un mes	1	3,1
Hace tres meses	2	6,3
Hace un año	12	37,5
Hace más de un año	15	46,9
Otra	2	6,3

¿Cuándo fue la última vez que asistió al PPF?	N	%
Hace menos de una semana	2	6,3
Hace un mes	11	34,4
Hace tres meses	7	21,9

Hace un año	6	18,8
Hace más de un año	6	18,8
¿Con que frec asiste a la consulta del PPF?	N	%
Hace menos de una semana	7	21,9
Hace un mes	4	12,5
Hace tres meses	6	18,8
Hace 6 meses	4	12,5
Hace un año	11	34,4
Total	32	100,0

Tabla 3.2 Distribución según razones de inasistencia al programa de planificación familiar. Universidad pública. Cartagena 2018.

¿Cuál es su opinión sobre la atención recibida cuando le prescribieron el método de planificación familiar?	Excelente	%	bueno	%	regular	%	Malo	%	Muy malo	%
El horario de atención	11	34,4	4	12,5	3	9,4	7	21,9	7	21,9
La orientación sobre métodos de planificación familiar	5	15,6	6	18,8	10	31,3	6	18,8	5	15,6
La información recibida sobre método prescrito	7	21,9	8	25,0	8	25,0	4	12,5	5	15,6
La comodidad de la sala de espera	3	9,4	10	31,3	7	21,9	5	15,6	7	21,9
La limpieza de la sala de espera	6	18,8	7	21,9	3	9,4	10	31,3	6	18,8
El tiempo de espera	3	9,4	6	18,8	10	31,3	7	21,9	6	18,8
El trato del personal administrativo	4	12,5	6	18,8	12	37,5	4	12,5	6	18,8
El trato del personal de enfermería	7	21,9	3	9,4	12	37,5	5	15,6	5	15,6
El trato del médico	4	12,5	6	18,8	8	25,0	7	21,9	7	21,9
El grado de privacidad en la atención	11	34,4	5	15,6	4	12,5	5	15,6	7	21,9

Tabla 3.3 Distribución según razones de inasistencia al programa de planificación familiar. Universidad pública. Cartagena 2018.

¿Por qué no asiste?	N	%
No tengo vida sexual activa	117	36,3
Falta de tiempo	89	27,6
No lo necesito	55	17,1
No lo conoce/No sabe donde	43	13,4
Prefiero ir directamente a la farmacia	33	10,2
Conozco sobre PF	28	8,7
Mejor resuelvo mis dudas en internet	26	8,1
Me da pereza	23	7,1
Demora en la atención/servicio mala Calidad	14	4,3
No me gustaría	11	3,4
Proveedor antipático	10	3,1
Me da pena	10	3,1
Me queda lejos	9	2,8

Tabla 4. Distribución según conocimiento del programa de servicios amigables para jóvenes. Universidad pública. Cartagena 2018

Ha escuchado hablar acerca del prog. servicios amigables	F	%
Si	90	25,4

No	262	74,0
----	-----	------

¿Cómo supo del programa de servicios amigables?	N	%
No lo conozco	262	291,1
Universidad	37	41,1
Inst. Salud	24	26,7
EPS	20	22,2
Internet	8	8,9
Amigo(a)	7	7,8
Familiar	3	3,3
Radio/prensa	1	1,1
Televisión	1	1,1

Conocimiento del programa de servicios amigables según facultad	N	%
Enfermería	39	43,3
Medicina	19	21,1
Odontología	18	20,0
Química farmacéutica	14	15,6
Total	90	100,0

Tabla 4.1 Distribución según uso al programa de servicios amigables para jóvenes.

Universidad pública. Cartagena 2018

¿Está usted afiliado al programa de servicios amigables para jóvenes?	N	%
Si	9	2,5
No	343	96,9
NR	2	,6
Total	354	100,0

Tabla 5. Distribución según uso de servicios médicos en estudiantes. Universidad pública.

Cartagena 2018.

Frecuencia asistencia a la consulta médica al año	N	%
Cada mes	26	7,3
Cada 6 meses	89	25,1
Cada año	107	30,2
Hace más de un año	126	35,6
CUANDO ME ENFERMO	2	,6
HACE MUCHO NO ASISTO	2	,6
NO ASISTO	1	,3

¿En los últimos 6 meses ha asistido a alguna consulta para el cuidado de su salud?	N	%
---	----------	----------

SI	277	78,2
NO	77	21,8
¿Cuál ha sido el motivo de consulta al médico?	N	%
Asistencia a un programa de PyP	10	3,6
Consulta externa	146	52,7
Urgencia	29	10,5
Rutina	88	31,8
2-3-4.	2	0,7
Total	275	100,0

Tabla 6. Relación entre el uso del programa de planificación familiar y algunas variables estudiadas. Universidad pública. Cartagena 2018

Variables	p valor	OR	I.C. 95%	
			Límite Inferior	Limite Superior
Ser mujer	0,010	13,836	1,842	103,932
Ser católico	0,235	1,718	0,704	4,194
Tener pareja	0,130	0,356	0,083	1,524
Ser del régimen contributivo	0,267	0,303	0,039	2,362

Ser de estrato 1 y 2	0,198	0,561	0,243	1,292
Contar con ingreso personal	0,559	0,646	0,071	5,905
Tener hijos	0,051	3,644	0,787	16,885
Enfermería	0,971	0,977	0,286	3,335
Medicina	0,488	0,642	0,184	2,242
Odontología	0,553	0,684	0,195	2,396
Química	0,951	0,329	0,152	1,208
Ser de quinto semestre en adelante	0,007	3,212	1,373	7,516