

iPrevent

TRABAJO DE GRADO

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
CURSO DE ESPECIAL INTERÉS EN PSICOLOGÍA Y SEXUALIDAD
BOGOTÁ D.C., MAYO de 2018

iPrevent

TRABAJO DE GRADO

Ps. MSc. FERNANDO GERMÁN GONZÁLEZ GONZÁLEZ
ASESOR

Paula Andrea Martínez Trujillo - 425610

Edna Alexandra Reyes - 425623

Eva María Ramírez Cruz - 425723

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
CURSO DE ESPECIAL INTERÉS EN PSICOLOGÍA Y SEXUALIDAD
BOGOTA D.C., MAYO de 2018



Atribución-NoComercial-SinDerivadas 2.5 Colombia (CC BY-NC-ND 2.5)

La presente obra está bajo una licencia:

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 2.5 Colombia (CC BY-NC-ND 2.5)

Para leer el texto completo de la licencia, visita:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/co/>

Usted es libre de:



Compartir - copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra

Bajo las condiciones siguientes:



Atribución — Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciante (pero no de una manera que sugiera que tiene su apoyo o que apoyan el uso que hace de su obra).



No Comercial — No puede utilizar esta obra para fines comerciales.



Sin Obras Derivadas — No se puede alterar, transformar o generar una obra derivada a partir de esta obra.

“Las opiniones expresadas en este trabajo son responsabilidad de los autores; la Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Colombia ha verificado el cumplimiento de las condiciones mínimas de rigor científico y de manejo ético.”

(Artículo 65 Reglamento Interno)

Tabla de contenido

Resumen, 10

Justificación, 10

Marco teórico, 16

 Desarrollo de la sexualidad en el ciclo vital, 19

 Infancia, 19

 Pubertad, 21

 Adolescencia, 22

 Historia de los métodos anticonceptivos, 25

 Trayectoria de los métodos anticonceptivos ENDS 1990 a 2015, 26

 Estudios internacionales sobre los métodos anticonceptivos en adolescentes, 27

 Métodos folclóricos, 29

 Métodos Naturales, 41

 Abstinencia continua 41

 Relaciones sexuales sin penetración, 42

 Retiro, 43

 Método amenorrea por lactancia, 44

 Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), 44

 Determinantes sociales de la salud sexual, 46

 Embarazo en adolescentes 46

 Nota técnica para la atención en planificación familiar en hombres y mujeres, 47

 Programas que apoyan la planificación familiar en Colombia, 48

 Programas que evalúan la planificación familiar, 49

Objetivos, 52

 Objetivo General

 Objetivos Específicos

Metodología, 53

 Tipo de estudio, 53

 Participantes, 53

 Instrumentos, 53

 Objetivos de la entrevista, 53

 Temas principales de la entrevista, 53

Procedimiento, 54	
Estudio del Mercado para el desarrollo del producto, 55	
a. Objetivo General del Estudio de Mercado.	
b. Objetivos Específicos del estudio de Mercado.	
c. Descripción del producto	
d. Nombre, logo	
e. Producto básico	
f. Producto real	
g. Producto ampliado	
h. Clientes – segmentación	
i. Mercado potencial	
j. Mercado meta	
k. Mercado objetivo	
l. Competencia	
m. Directa	
n. Sucedánea	
o. Canal de distribución	
p. Resultados del estudio de Mercado	
q. Discusión del estudio de Mercado	
r. Presupuesto para el desarrollo del producto	
Resultados de las encuestas aplicadas, 66	
Discusión, 84	
Conclusiones y recomendaciones,88	
Referencias, 89	
Apéndices, 96	

Lista de tablas

- Tabla 1. Niveles de fecundidad para los tres años que precedieron la encuesta, Pp. 28
- Tabla 2. Métodos anticonceptivos, categorías y definición, Pp. 31
- Tabla 3. Comparativo de competencia directa y sucedánea, Pp. 60
- Tabla 4. Conocimiento general, Pp. 68
- Tabla 5. De quien ha recibido información respecto a la sexualidad y el uso de MAC, Pp. 70
- Tabla 6. Tipos de MAC que conoce, Pp. 71
- Tabla 7. Utilización de los MAC, Pp. 72
- Tabla 8. Como acceden a los MAC, Pp. 74
- Tabla 9. Negocia con la pareja la utilización de algún método anticonceptivo, Pp. 75
- Tabla 10. Pertenece a una EPS, Pp. 76
- Tabla 11. Solicita información de planificación familiar e infecciones de transmisión sexual a una EPS, Pp. 77
- Tabla 12. Conoce los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, Pp. 78

Lista de figuras

- Figura 1. Escala de Tanner en niñas. Pp. 25
- Figura 2. Escala de Tanner en niños. Pp. 25
- Figura 3. Datos sociodemográficos perteneciente al género masculino. Pp. 66
- Figura 4. Datos sociodemográficos perteneciente al género femenino. Pp. 67
- Figura 5. Conocimiento general. Pp. 69
- Figura 6. Diferencia de género en cuanto a información recibida. Pp. 70
- Figura 7. De quien ha recibido información respecto a la sexualidad y el uso de Mac. Pp. 71
- Figura 8. Tipos de Mac que conoce. Pp. 72
- Figura 9. Utilización de los MAC. Pp. 73
- Figura 10. Utilización de los MAC diferencia de género. Pp. 73
- Figura 11. Como acceden a los MAC. Pp. 74
- Figura 12. Negocia con la pareja la utilización de algún método anticonceptivo. Pp. 75
- Figura 13. Pertenece a una EPS. Pp. 76
- Figura 14. Solicita información de planificación familiar e infecciones de transmisión sexual a una EPS. Pp. 77
- Figura 15. Conoce los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Pp. 78

Lista de apéndices

Apéndice A. Encuesta para adolescentes, Pp 96

Apéndice B Encuesta necesidad del usuario, Pp 99

Apéndice C. Evaluación del producto, Pp 101

iPREVENT

Resumen

El presente trabajo de investigación tiene por objetivo la construcción de una aplicación digital que señale la información necesaria y basada en la evidencia para fomentar el uso de métodos anticonceptivos de manera argumentada y responsable. El aplicativo se sitúa como una estrategia dinámica y atractiva, en donde por medio de imágenes claras y videos cortos se brinda la información necesaria para acercarse a un conocimiento real. La población a la cual se dirige son jóvenes y adolescentes, quienes en sus entornos más próximos no están recibiendo una educación sexual basada en los derechos sexuales y reproductivos de los que todas las personas son acreedoras; lo anterior se reafirma en diversos instrumentos de carácter cualitativo aplicados. Posterior al diseño, se realizó la validación del producto, encontrando sugerencias en cuanto a la estructura de la aplicación. Se concluye que el acceso a la información por medio de plataformas digitales resulta de gran interés para los jóvenes, razón por la cual el diseño de un aplicativo resulta de interés para los jóvenes. Así mismo, es necesario ajustar el aplicativo en cuanto a palabras desconocidas y cantidad de texto.

Palabras Clave: Sexualidad (1973), métodos anticonceptivos (1973), maternidad y paternidad adolescente(1967).

Justificación

El embarazo en los jóvenes se considera como un problema de salud pública, teniendo en cuenta que los adolescentes no tienen un fácil acceso a los servicios de planificación. De hecho, en la actualidad los jóvenes no cuentan con los recursos económicos para adquirir un método anticonceptivo precisamente, por desconocimiento de que el Plan Obligatorio de Salud (POS) asume los costos de la entrega de los MAC para los jóvenes tanto los que pertenecen al Plan de Beneficios de Régimen Contributivo como al Régimen Subsidiado (Resolución 769 del 2008).

Es importante mencionar que dicha resolución refiere aspectos relacionados con la prestación del servicio de atención a hombres y mujeres, parejas en edad fértil brindándoles información acerca de los MAC teniendo en cuenta sus necesidades y preferencias, asimismo, otros procedimientos e intervenciones costo- efectivas y la disminución de cifras de gestaciones no deseadas (Resolución 769 del 2008).

De igual forma, cabe resaltar el suministro de condón masculino de Látex como método de doble protección para la prevención de embarazos y de ITS/VIH/SIDA, así pues, el procedimiento que se lleva a cabo es que a las personas que están en condición de vulnerabilidad se les da a conocer las recomendaciones por parte del profesional en cuanto al suministro del tratamiento farmacológico con sus especificaciones y el tiempo correspondiente, asimismo, se les indica a las parejas asistir a consejerías para informar acerca de las conductas sexuales de alto riesgo y el correcto uso del condón (Resolución 769 del 2008).

De acuerdo con la Resolución 769 del 2008 el suministro de condón de látex se da en las siguientes situaciones:

- a) Parejas sexualmente activas con diagnóstico confirmado de VIH/SIDA al menos en uno de sus miembros;
- b) Parejas sexualmente activas con diagnóstico confirmado de Hepatitis B o Hepatitis C al menos en uno de sus miembros;
- c) Parejas sexualmente activas con diagnóstico confirmado de Hepatitis C al menos en uno de sus miembros;
- d) Parejas sexualmente activas a quienes se haga diagnóstico y se inicie tratamiento de ITS.

En relación con lo anterior, es importante mencionar que, aunque existe una ley que rige a las entidades de salud a proporcionar a los jóvenes o parejas los MAC, aun así, se sigue presentando el desconocimiento acerca de estos beneficios y servicios. Es por esta razón, que, en el año 2007, el Ministerio de Salud decide implementar el Modelo de Servicios de Salud Amigables para adolescentes y jóvenes brindando una atención integral y oportuna en cuanto a la sexualidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). Los modelos de servicios amigables buscan que las instituciones de salud generen espacios y formas de atención integral y diferencial para la población en un rango de edad de 10 a 29 años y sean capaces de dar

respuesta a las expectativas y necesidades de salud que les afectan. (Ministerios de Salud y Protección Social, 2008).

Para contribuir con el objetivo de este modelo se debe contar con que las entidades desarrollen, fortalezcan habilidades para la prestación del servicio con calidad, con profesionales que tengan aptitudes para brindarles una atención de manera más oportuna y efectiva, teniendo en cuenta que los adolescentes asisten por motivos de la vida cotidiana relacionadas a la salud sexual y reproductiva.

Así pues, cabe mencionar que el Ministerio de Salud y Protección Social (2008) estableció las características principales con las que cuenta el Modelo de Servicios de Salud Amigables los adolescentes y jóvenes, como serán explicadas a continuación:

Equitativos

Los profesionales del área de la salud brindarán el servicio a los jóvenes con respeto bajo las mismas condiciones sin importar sus diferencias, en relación a la edad, sexo, origen étnico, tradiciones culturales, posición social, discapacidades, entre otros.

Accesibles

La prestación del servicio es gratuita, de manera que se cuenta con la posibilidad de acceso en cuanto a los horarios, ubicación local de atención, tipo de servicios. Adicionalmente, los padres pueden asistir a los centros de servicio para informarse acerca de lo que ofrece el Modelo para beneficios de los adolescentes y jóvenes.

Aceptables

El profesional debe trabajar con los adolescentes y jóvenes que acceden al servicio por medio de los criterios éticos profesionales salvaguardando la confidencialidad de la información de los consultantes en relación a la identidad, motivos de consulta durante el procedimiento a realizar. Así mismo, se garantiza la prestación del servicio sin prejuicios o juicios que puedan afectar la integridad del joven a través del respeto durante la atención y acondicionamiento de las instalaciones de la entidad de salud, para generar satisfacción en el

servicio.

Apropiados

En la prestación del servicio, se debe contar con los elementos esenciales que permitan satisfacer las necesidades de los adolescentes y jóvenes.

Efectivos

La atención prestada a los adolescentes por medio del Modelo debe ser brindada por profesionales que cuenten con la formación y aptitudes para trabajar con este tipo de población. De igual manera, para la prestación del servicio es importante contar con los suministros y elementos para satisfacer las necesidades de quienes consultan.

No obstante, cabe mencionar que el modelo de servicios amigables está adaptado para la prestación de los distintos servicios que tienen como objetivo satisfacer las necesidades de los adolescentes y jóvenes, sin embargo, esta investigación se enfocará en el acceso a los métodos anticonceptivos que ofrecen los servicios amigables.

Ahora bien, de acuerdo a lo anterior se estableció mediante el Decreto 3039 de 2007 se adoptó el Plan Nacional de Salud Pública para 2007 a 2010 con un obligatorio cumplimiento por parte de las entidades de salud la prevención de riesgos, recuperación y superación de daños en salud, que se imparten a través de la promoción de la utilización de los métodos anticonceptivos modernos, la eliminación de las barreras de acceso y el respectivo seguimiento de su uso por parte de los servicios de salud. Así mismo, por medio de la implementación de dicho modelo de SSAAJ para la prestación del servicio de atención en salud sexual y reproductiva para los jóvenes haciendo énfasis en consejería, oferta anticonceptiva de emergencia y de MAC modernos, así como también la promoción de calidad de salud y de calidad de vida.

Por otro lado, los jóvenes pueden acceder a los servicios de promoción y prevención por medio de la solicitud de una cita médica para planificación familiar de tal manera que, estas

citas son gratuitas como también el suministro de los MAC a quienes pertenecen a régimen subsidiado como contributivo tampoco se tendrán en cuenta aspectos de exclusión como la edad, condición socioeconómica, entre otras (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

Con base en esto, se optó por tomar la alternativa de realizar la evaluación en el año 2013 por Econometría a las entidades que trabajan desde el Modelo de Servicios Amigables de Salud para Jóvenes y Adolescentes, que tenía como propósito medir el índice de calidad de los Servicios Amigables de Salud para Adolescentes y Jóvenes de Colombia, esto hace referencia a, el impacto que ha tenido la implementación como la medición del número de consultas realizadas, servicios ofrecidos y la participación de usuarios tanto en adolescentes como en padres. Así pues, se tuvo en cuenta que en la medición del índice intervinieron dos variables, la primera, permite determinar los factores que favorecen las capacidades de los adolescentes ante la toma de decisiones en relación a sus derechos sexuales y reproductivos. Los factores principales fueron: el conocimiento que tenían los adolescentes ante sus derechos, influencia de los SSAAJ en la toma de decisiones, relaciones de pareja y en el cuidado de la salud.

La segunda variable que interviene en el índice de calidad es, la calidad y el uso de los servicios teniendo en cuenta aspectos como, la calidad de la información y atención de los profesionales en el ámbito clínico a los usuarios (adolescentes), costos, participación colectiva, instalaciones e insumos. En pocas palabras, los resultados evidenciaron satisfacción en la calidad de la atención prestada por las instituciones y profesionales de la salud, asimismo, se encontró que los adolescentes recurren al servicio cuando perciben estar en riesgo e incluso cuando ya han iniciado su actividad sexual. Esto quiere decir, que los servicios amigables efectivamente contribuyen a sensibilizar a los jóvenes respecto al embarazo no deseado, pero, no a la prevención de contagio (sic) por Infecciones de Transmisión sexual, además, de los aspectos relevantes como lo son la higiene y cuidado de la salud sexual (Econometría, 2013).

En este orden de ideas, se optó por realizar el análisis de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015 (ENDS). La fecundidad en la adolescencia se mide principalmente a través de dos indicadores: la tasa específica de fecundidad del grupo 15 a 19 años y el porcentaje de adolescentes madres o embarazadas del primer hijo e hija.

La fecundidad en la adolescencia se convierte en un problema de salud pública a principios del presente siglo cuando se confirma una tendencia sistemáticamente creciente: la tasa

específica de fecundidad en el grupo 15 a 19 años baja de 99 a 70 por mil entre 1969 y 1990, año a partir del cual aumenta consistentemente hasta llegar a 90 por mil en 2005, para luego empezar a descender llegando a 74 por mil en 2015. El porcentaje de adolescentes, de 15 a 19 años, madres o embarazadas del primer hijo e hija muestra la misma tendencia de la tasa específica de fecundidad: aumenta de 12.8 por ciento en 1990 a 20.5 por ciento en 2005, para luego disminuir a 19.5 por ciento en 2010 y a 17.4 por ciento en 2015.

Es evidente entonces, que los incrementos de las cifras de fecundidad pueden determinar un bajo desarrollo en el país debido a que, se disminuye el alcance a los logros educativos, ocupacionales y socioeconómicos, asimismo, en otras investigaciones realizadas se ha encontrado que los niños que han sido formados por madres adolescentes han tenido un alto grado de vulnerabilidad a casos de violencia física y sexual y a problemas en el comportamiento (Gómez & Montoya, 2012).

En este sentido, en investigaciones realizadas en Ecuador por Goicolea (2009) como lo sustenta Gómez & Montoya (2012), se encontró que el estatus socioeconómico influye en la probabilidad de embarazo adolescente evidenciando que las familias que tienen ingresos encima de la media nacional reduce en un 10% la probabilidad de contraer embarazo, del mismo modo, se observó que las adolescentes con edad entre 16 a 19 años tienen 5 veces el riesgo de embarazarse con respecto al riesgo que tienen las adolescentes con una edad igual o menor a 15 años. (Esta asociación es estadísticamente significativa (p: 0,01).

De igual forma, se encontró que las adolescentes tienen pareja como una opción de condición socioeconómica y realizando principalmente labores domésticas o ejerciendo labores de cuidado a otros miembros de familia, asimismo, es importante mencionar que el nivel educativo ejerce una influencia en cuanto a la toma de decisiones teniendo en cuenta el uso de los MAC y la planeación como proyecto de vida (Gómez & Montoya, 2012).

Para concluir y en relación a lo anterior, se destaca que de acuerdo a la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) (2015), se encontró que el conocimiento del uso de los métodos anticonceptivos modernos es universal en Colombia, teniendo en cuenta un porcentaje por encima del 90% principalmente para el condón masculino, esterilización femenina y la píldora. De otro lado, el 69.9% de las mujeres adolescentes en edades

comprendidas entre 15 a 19 años no usan métodos anticonceptivos a comparación de los hombres el 52.7% en el mismo rango de edad.

Por otro lado, según la ENDS (2015) se detectó que el nivel de educación sexual es bajo en cuanto a la información que se les proporciona a los adolescentes sobre el correcto uso de los métodos anticonceptivos pues las mujeres encuestadas que se encontraban en unión sin educación formal obtuvieron un nivel bajo de conocimiento en educación sexual. De igual forma, el desconocimiento que se tiene en los adolescentes en cuanto a los derechos en anticoncepción pues sólo el 24.6 % en edades comprendidas de 13 y 14 años desconocen que en las EPS les suministra los métodos temporales de forma gratuita, pues las droguerías fueron las principales fuentes de suministro de los MAC en la zona urbana como la píldora en un 42.6% la inyección mensual en un 32.2% y sólo el 71.7% hace la compra del condón masculino, mientras que en la zona rural sólo 66.3% acceden a la compra del condón masculino.

Con un panorama así se justifica contar con una propuesta que invite a adolescentes y jóvenes a vivir una sexualidad gratificante, sin riesgos y que aporte al desarrollo personal, familiar y social.

Marco teórico

La siguiente propuesta, contiene la información necesaria para poder asesorar y brindar una mejor atención a los procesos que son inherentes a la sexualidad del ser humano. El diseño de la creación de una *aplicación* llamada *iPrevent*, usada en aparatos tecnológicos como los móviles con sistema Android y Apple. Esta aplicación está encaminada a presentar y a exponer los distintos *métodos anticonceptivos* que se encuentran en el mercado, así mismo brindar un marco de conocimiento de cada uno, para facilitar la toma de decisiones de los adolescentes; de esta manera teniendo una correlación con la salud pública y mitigar los embarazos no deseados y posibles interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) y uso de Métodos Anticonceptivos de emergencia en esta población.

Para poder abordar los temas que concierne sobre la sexualidad y los métodos anticonceptivos, es de gran relevancia dar inicio con la definición de salud. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946, como se cita en Profamilia 2015), la salud es

un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Esto lleva a una perspectiva integral del ser humano, que va más allá del simple alivio físico, y que comprende aspectos ambientales, culturales y psicológicos que tienen que ver con la calidad de vida de las personas.

Una característica humana del desarrollo vital es la sexualidad, cada cual la vive de manera particular y se ve afectada por variables culturales, sociales y personales. Implica aspectos como la comunicación, el placer, la afectividad, la expresión de las emociones, los deseos y la reproducción (Salud Sexual, s.f.) La sexualidad y la reproducción tienen valor en sí mismas y su práctica no se limita a las relaciones sexuales ni al embarazo. Son dos conceptos íntimamente relacionados, pero al mismo tiempo diferentes.

Según la UNESCO (2010) la educación en sexualidad se define como “ un enfoque culturalmente relevante y apropiado a la edad del participante, que enseña sobre el sexo y las relaciones interpersonales a través del uso de información científicamente rigurosa, realista y sin prejuicios de valor. La educación en sexualidad brinda a la persona la oportunidad de explorar sus propios valores y actitudes y desarrollar habilidades de comunicación, toma de decisiones y reducción de riesgos respecto de muchos aspectos de la sexualidad” .

Por consiguiente, la sexualidad es un aspecto básico de la vida humana, con dimensiones físicas, psicológicas, espirituales, sociales, económicas, políticas y culturales. El hecho de ser sexual es una parte importante en la vida de las personas ya que no solo constituye una fuente de placer y bienestar, sino que, además, es una forma de expresar amor y afecto o si se desea comenzar una familia.

Se encuentra estrechamente vinculado al desarrollo de la identidad del individuo, por lo cual no es posible entender la sexualidad sin referencia al género ni a la diversidad como características fundamentales de la sexualidad. Las normas que rigen el comportamiento sexual varían drásticamente entre y dentro de las culturas. Ciertos comportamientos se consideran aceptables y deseables mientras que otros se consideran inaceptables. La transmisión de valores culturales de una generación a otra es una parte crítica de la socialización en tanto que también incluye valores relacionados con el género y la sexualidad (UNESCO, 2014).

La sexualidad es un aspecto intrínseco de la vida humana que va más allá del contacto genital de las relaciones sexuales. La sexualidad es mucho más que sexo: es el conjunto de

condiciones anatómicas, fisiológicas y psico-afectivas que caracterizan la vida sexual cada individuo (Profamilia, 2015), de esta manera involucra desde el aspecto físico, hasta los sentimientos y las emociones, englobando todos los elementos relacionados con la búsqueda del placer sexual. El libre ejercicio de la sexualidad es un derecho de todas las personas, y nadie puede ser discriminado por la manera en que la ejerce, excepto cuando constituya un delito como en la pedofilia.

A lo largo de los años, se ha asociado la sexualidad a la reproducción, de manera que pareciera no concebirse la una sin la otra. Sin embargo, es posible llevar una sexualidad plena sin reproducirse, al igual que se puede recurrir a métodos de reproducción sin ejercer el erotismo, como los que veremos a continuación (World Health Organization, 2010).

Las técnicas de reproducción humana asistida (TRHA) surgen en los años 70 para solucionar problemas de esterilidad. De acuerdo con Álvarez, (2015) los avances en este campo abrieron múltiples opciones para parejas heterosexuales con problemas de fertilidad y para otros grupos que vieron cubrir sus expectativas para acceder a la maternidad/paternidad en cualquier momento de su ciclo vital obviando el coito reproductivo. El acceso de nuevos grupos (parejas homosexuales, mujeres y hombres sin pareja, acceso tardío a la maternidad), ha provocado un aumento de la necesidad de gametos de donantes.

La primera técnica es la donación de semen la cual consiste en la selección de donantes de semen con un rango de edad entre los 18 años hasta los 34 años de edad, esto con el objetivo de brindar y asegurar el buen estado de la salud de los donantes y así mismo la calidad de la muestra.

La siguiente técnica de reproducción humana asistida, es la donación de ovocitos que se refiere al gameto femenino que es aportado por una mujer distinta a la que recibirá este o el embrión resultante. Las donantes deben tener entre 18 y 34 años y un buen estado de salud. Son sometidas a pruebas diagnósticas previas para comprobar situación física y reproductora, posteriormente tratamiento hormonal durante 21-25 días para provocar estimulación ovárica y obtener varios folículos (Álvarez, 2015).

Las anteriores técnicas se presentan sin actividad sexual, por eso es necesario entender que la salud sexual es un concepto diferente de la salud reproductiva, puesto que una persona puede haber encontrado plenitud en su sexualidad sin que esto implique que se haya reproducido, y viceversa. (Profamilia, 2015).

Según la OMS (s.f citado en Profamilia 2015), la salud sexual corresponde a aquel estado de equilibrio biopsicosocial relacionado directamente con el componente sexual de la vida de las personas, entendiendo esto como una dimensión importante de manera tal que no se debe confundir con ausencia de enfermedad, disfunción o discapacidad. La garantía de la salud sexual está determinada por el respeto, protección y ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos, en expresiones libres y responsables.

Por otra parte, según Zapata y Gutiérrez (2016), la salud reproductiva está enmarcada en el bienestar físico, mental y social relacionado con el sistema reproductor humano a lo largo del ciclo vital, en cuanto a sus funciones y procesos. Así, la salud reproductiva apunta directamente a ejercer una vida sexual segura, responsable y satisfactoria, teniendo la capacidad de elegir si se desea llevar a cabo o no el proceso de reproducción, recibiendo información actualizada sobre métodos de planificación familiar, siempre bajo el marco de lo legal.

La sexualidad forma parte del desarrollo normal del niño, niña y adolescente. Desde la primera infancia el niño y niña experimentan sensaciones de placer (al tocarse, al ser besado o acariciado), además de la observación sobre el comportamiento de los adultos y sus expresiones de afecto que trata de imitar; desde este punto el niño/a desarrollará la actitud que tendrá sobre su sexualidad.

Desarrollo de la sexualidad en el ciclo vital

Infancia. En diferentes épocas históricas el pensamiento predominante sobre la sexualidad ha sido el de considerarla como una cualidad de la que el individuo disfruta desde el momento de la pubertad hasta el de su climaterio sexual, concepción esta que hace coincidir, de forma inequívoca, la vida sexual de un individuo con el de su período reproductivo, dejando entonces de lado dos grandes períodos de la vida: la infancia y la vejez (Font, 2011).

Lactancia y Primera infancia. Este periodo comienza a partir del nacimiento hasta los 3 años de edad aproximadamente, en los primeros 18 meses al infante se le denomina lactante, donde hay una preferencia por los estímulos visuales y auditivos y es donde las primeras emociones se expresan, siendo estas la alegría, enojo y temor; esta etapa culmina más o menos a los 18 meses y es cuando el niño comienza a dar sus primeros pasos y articular

algunas palabras, a esta etapa se le conoce como primera infancia y comprende de los 18 a los 36 meses de edad, momento en el que aumenta la comunicación, la independencia y el movimiento (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2009).

Al cabo del primer año de vida cuando el lactante comienza a participar en una comunión de afectos, a su vez se está desarrollando la *referencia social* la cual consiste en la capacidad para entender una situación ambigua donde se logra interpretar a partir de la percepción que puede tener otra persona, en el caso de los lactantes su principal referencia son sus cuidadores (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2009).

Segunda infancia. Esta etapa va de los 3 a los 6 años de edad, sus cuerpos, movimientos y capacidades cognitivas están más desarrollados y su personalidad, identidad y relaciones interpersonales son más amplias, para esta etapa el crecimiento se enlentece en relación a la lactancia y la primera infancia, pero los dominios físicos, sociales, cognitivos y emocionales aún se mantiene correlacionados (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2009).

Entre los 5 y los 7 años la *autodefinición* cambia las descripciones del niño acerca de sí mismos; a la edad de cuatro años el niño se encuentra en la etapa de las *representaciones individuales*, en esta etapa no reconoce que presenta más de una emoción al mismo tiempo y tampoco puede considerar diferentes aspectos propios al mismo tiempo, su pensamiento es todo o nada y no distingue entre el *yo real* y el *yo ideal*; a la edad de los 5 a 6 años se pasa a la etapa de *mapeos representacionales* en la cual el infante puede establecer relaciones lógicas entre uno y otro aspecto propio, y en la tercera etapa, *sistemas representacionales* más relacionada con la tercera infancia el niño empieza a integrar descripciones de sí mismo más realistas y equilibradas (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2009).

Tercera Infancia. Esta etapa se desarrolla entre los 6 y los 11 años de edad, aquí la escuela es una de las mayores fuentes de aprendizaje. Las diferencias individuales son más pronunciadas y se presentan necesidades especiales en función de la competencia, la cual actúa sobre la autoestima y la popularidad y la *imagen corporal* comienza a tener mayor importancia, especialmente en las niñas; el *yo* en desarrollo y el crecimiento cognitivo hacen que la autoimagen, la autoestima, el autoconcepto, etc. sean más complejos y crezcan en relación al control emocional; alrededor de los 7 y 8 años, los juicios del *yo* son más realistas

en cuanto se van formando *sistemas representacionales*, que le permiten centrarse en más de una dimensión de sí mismo, en este momento ya puede hacer comparaciones entre su *yo real* y su *yo ideal*, todo este proceso también contribuye a la autoestima (Papalia, Wendkos & Duskin, 2009).

En las relaciones de pares de acuerdo a las diferencias de género, los niños varones participan más en actividades características del género, por ejemplo participan en juegos que impliquen jerarquías y liderazgo, y que sean más competitivos en el plano físico, por el contrario, las niñas tienden a participar más en actividades que impliquen conversaciones íntimas y confidencias compartidas; de igual forma, las niñas son más sensibles a las emociones y angustias de los demás, se preocupan más por sus relaciones, por el apoyo emocional y la expresión de sus emociones (Rose, Rudolph, 2006, como se cita en (Papalia, Wendkos & Duskin, 2009).

Pubertad. La pubertad es el período final del crecimiento y maduración del niño en el que se alcanza la capacidad reproductiva, es una etapa de transición entre la infancia y la edad adulta. Comienza cuando aparecen los caracteres sexuales secundarios y aumenta la velocidad de crecimiento, más adelante el niño va experimentando cambios somáticos y psicológicos que progresan ordenadamente, hasta que al final alcanza la talla adulta, la madurez psicosocial y la fertilidad (Temboury, 2009).

La pubertad se inicia por una secuencia de cambios madurativos regulados por factores neuroendocrinos y hormonales, que actúan bajo control genético (herencia poligénica) e influjo ambiental (luz, nutrición, altura, nivel socioeconómico, disruptores endocrinos).

La aparición del botón mamario es el primer signo puberal de las niñas, mientras que los niños comienzan con aumento del tamaño testicular, ambos consecuencia de la secreción de gonadotropinas y esteroides sexuales. La aceleración del crecimiento se produce al principio de la pubertad de las niñas y en el período intermedio en los niños (Temboury, 2009).

Por el contrario, la menstruación y la espermatogénesis son fenómenos tardíos, que se observan hacia el final del desarrollo puberal. En el hipotálamo las neuronas de GnRH liberan hormona estimulante de las gonadotropinas (GnRH) a la circulación portal hipofisaria, donde estimula la secreción pulsátil de gonadotropinas adenohipofisarias a la circulación periférica. Temboury (2009), ambas gonadotropinas (LH: hormona luteinizante y FSH: hormona folículo

estimulante) inducen la síntesis de estradiol por el ovario, que a su vez favorece el crecimiento del pecho y la maduración del sistema reproductivo femenino.

En el varón la LH provoca la síntesis de testosterona por las células testiculares de Leydig, mientras que la FSH induce la maduración de los túbulos seminíferos. En ambos sexos los andrógenos estimulan el crecimiento de vello púbico y axilar, la maduración de las glándulas sudoríparas apocrinas (responsables del sudor adulto) y los cambios cutáneos relacionados con el acné. Los esteroides sexuales impulsan el gran crecimiento somático, característico de este período, en parte directamente y en parte indirectamente, aumentando la secreción de hormona de crecimiento. El estradiol es la principal hormona responsable de la maduración ósea en ambos sexos (Temboury, 2009).

Adolescencia. Este periodo se da de los 11 a los 19 o 20 años aproximadamente, es aquí donde cambia la apariencia como producto de los sucesos hormonales de la pubertad, se es más capaz de pensar de forma abstracta e hipotética, todas las áreas de desarrollo se entrelazan para enfrentar el establecimiento de la identidad. En la adolescencia se experimenta la *pubertad*, la cual se entiende como un proceso en el cual se alcanza la madurez sexual y la capacidad para reproducirse, así mismo es el resultado de un aumento hormonal relacionado con el sexo (Papalia, Wendkos & Duskin, 2009, p. 65).

En forma teórica se llama adolescencia a la etapa o período cronológico que se ubica entre los 10 y 20 años de edad (punto de vista biológico); y su término se observa con el logro de la identidad personal, (criterio de abordaje psicológico), todo esto claro en un marco de relatividad ya que todo lo que concierne al ser humano no es rígido, sino que por el contrario está constantemente sujeto a cambios. Al iniciarse la pubertad aumenta el interés por todo lo relacionado con la sexualidad y además durante la adolescencia estos buscan probar para saciar entre otras cosas sus dudas. Es aquí donde los jóvenes deben satisfacer su curiosidad y despejar sus temores siendo informados y contenidos; esto debe realizarse de forma clara, precisa, sin caer en el dramatismo, sobre todo entender que el periodo de la adolescencia es una época de rápidos cambios (Moldenhauer & Ortega, 2004).

De acuerdo con las autoras, el desarrollo físico es solo una parte de este proceso, porque los adolescentes afrontan una gama de requerimientos psicosociales: independencia de los padres, madres y cuidadores/as, consolidación de las cualidades necesarias para relacionarse con los

compañeros y compañeras de la misma edad, incorporación de una serie de principios éticos aplicables a la realidad práctica, fomento de las capacidades intelectuales y adquisición de una responsabilidad e individualidad básica, por nombrar algunos.

La maduración de los órganos reproductivos trae consigo el inicio de la menstruación en las niñas y de la producción de espermatozoides en los varones. La principal señal de madurez sexual en los varones es la producción de esperma. La primera eyaculación, o espermarquia, ocurre a una edad promedio de 13 años. Es posible que el niño despierte y encuentre una mancha húmeda o una marca endurecida sobre las sábanas, que es resultado de una polución (sic) nocturna, una eyaculación involuntaria de semen (conocida comúnmente como sueño húmedo). La mayoría de los adolescentes varones tienen estas eyaculaciones, a veces en conexión con un sueño erótico. La principal señal de madurez sexual en las niñas es la menstruación, un desprendimiento de tejido del recubrimiento de la matriz, la primera menstruación, llamada menarquia, ocurre bastante tarde en la secuencia del desarrollo femenino; su tiempo de ocurrencia normal puede variar entre los 10 y 16 años y medio (Papalia, Wendkos & Duskin, 2009 pg 467).

Características sexuales primarias. Durante la adolescencia y la pubertad los órganos sexuales de las mujeres y hombres crecen y maduran, a esto se le conoce como *características sexuales primarias* (Papalia, Wendkos & Duskin, 2009. 465) Son los órganos necesarios para la reproducción. En las mujeres, los órganos sexuales incluyen los ovarios, trompas de Falopio, útero, clítoris y vagina. En el varón, incluyen los testículos, pene, escroto, vesículas seminales y próstata. Durante la pubertad, estos órganos crecen y maduran.

Características sexuales secundarias. Son los signos fisiológicos de maduración sexual que no implican directamente los órganos sexuales; por ejemplo, las mamas en las mujeres y los hombros amplios en los varones. Otras características sexuales secundarias son los cambios en la voz y la textura de la piel, desarrollo muscular y crecimiento de vello púbico, facial, axilar y corporal (Papalia, Wendkos & Duskin, 2009. 465).

Estos cambios se desarrollan en una secuencia que es mucho más consistente que su momento de aparición, aunque a veces varía en cierto grado. Es posible que una niña desarrolle senos y vello corporal aproximadamente al mismo tiempo; en otra niña, el vello corporal puede alcanzar un crecimiento adulto casi un año antes de que los senos se

desarrollen. Variaciones similares en el estado puberal (grado de desarrollo de la pubertad) y momento de aparición ocurren en los varones.

Escala de Tanner

La escala de Tanner describe los cambios físicos que se observan en genitales, pecho y vello púbico, a lo largo de la pubertad en ambos sexos. Esta escala, que está aceptada internacionalmente, clasifica y divide el continuo de cambios puberales en 5 etapas sucesivas.



Figura 1. Escala de Tanner en niñas

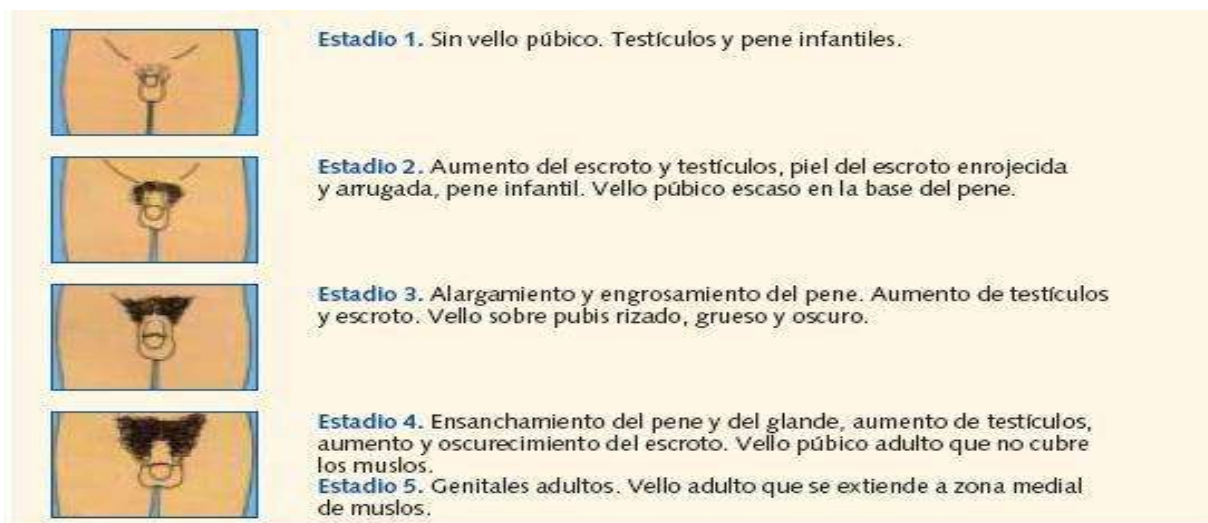


Figura 2. Escala de Tanner en niños

Tomado de: Temborry, MC (2009). Desarrollo puberal normal. Pubertad precoz. *Revista pediatria atención primaria*. España.

Debido a esto, la información que obtengan tanto los adolescentes como la población en general, debe ser de manera, científica, oportuna y eficaz, está es la encargada de guiar y orientar el proceso de inicio de una vida sexual saludable, adecuada y responsable. Por consiguiente, la dinámica de la aplicación *iPrevent* es responder a las necesidades de esta población frente a los conocimientos y desconocimientos que existen frente a los métodos de planificación familiar o métodos anticonceptivos MAC, por consiguiente, ahondaremos sobre la historia de los MAC, haciendo énfasis en sus posibles mecanismos de acción como los efectos a corto mediano y largo plazo.

Historia de los métodos anticonceptivos (MAC)

Desde los comienzos de la historia, hombres y mujeres han deseado poder decidir si querían tener hijos y en qué momento querían hacerlo. Los métodos anticonceptivos se han usado de un modo u otro por miles de años a través de la historia humana e incluso la prehistoria. De hecho, la planificación familiar siempre se ha practicado ampliamente, incluso en sociedades dominadas por códigos sociales, políticos o religiosos que requieren que las personas “ sean prolíferas y se multipliquen” (Blundell, 1995; Himes, 1963; Pomeroy, 1975; Wills, 2000, como se cita en International Planned Parenthood Federation of América, 2012).

Por supuesto que los métodos utilizados antes del Siglo XX no eran siempre tan seguros o eficaces como los actuales. Hace siglos, las mujeres chinas bebían plomo y mercurio para controlar su fertilidad, lo cual muchas veces tenía como resultado la esterilidad o la muerte (Skuy, 1995).

Otros amuletos de la época eran las coronas de hierbas, el hígado de gato disecado o los fragmentos de huesos de gato (sólo de gatos completamente negros), hilachas de lino atadas a un paño y empapadas en sangre menstrual, o el ano de una liebre. También se creía que las mujeres podían evitar el embarazo si daban tres vueltas alrededor del lugar preciso en donde había orinado una loba preñada. Más recientemente, en Nuevo Brunswick, Canadá, las mujeres bebían una poción de testículos de castor disecados macerados en una solución alcohólica muy fuerte.

Muchos de los primeros métodos de planificación familiar estaban basados en la conducta sexual y son todavía utilizados por millones de personas en el mundo. Las personas que usan estos métodos son generalmente aquellas que no tienen muchas otras alternativas. Pero también hay personas que tienen acceso a los últimos avances en la tecnología de

anticonceptivos y aun así prefieren seguir usando algunos de estos métodos antiguos. Durante miles de años, la abstinencia, el intercambio de placer sin tener relaciones sexuales sin penetración el retiro, la predicción de la fertilidad y la lactancia continua fueron utilizados por nuestros ancestros para evitar embarazos no planificados. Estos métodos todavía cumplen un rol importante respecto de la planificación familiar.

Trayectoria de MAC ENDS 1990 A 2015

Como parte del proceso de Transición Demográfica que el país ha venido experimentado desde finales de la primera mitad del siglo XX, el nivel de fecundidad ha disminuido y el patrón de fecundidad se ha rejuvenecido. Sin embargo, los mayores descensos en fecundidad se dieron en el siglo pasado, y particularmente entre 1960-65 y 1980-85, período en el cual la fecundidad baja de 6.8 a 3.7 hijos e hijas por mujer, es decir, se reduce en casi un 50 por ciento en 20 años (Flórez, 2016, como se cita en ENDS, 2015). En el presente siglo, el ritmo del descenso de la fecundidad se vuelve cada vez más lento, debido a los bajos niveles a los que se ha llegado: disminuye de 2.6 en 2000 a 2.0 en 2015. Así, durante los últimos 15 años, la fecundidad desciende solo un poco más de medio hijo. Sin embargo, el nivel de fecundidad de 2.0 hijos e hijas por mujer logrado en 2015 está por debajo del nivel de reemplazo (2.1 hijos e hijas por mujer), nivel que se logró en 2010 (ENDS, 2015).

Tabla 1. Niveles de fecundidad para los tres años que precedieron la encuesta

Edad e Indicador	Zona		Total 2015	Total 2010	Total 2005
	Urbana	Rural			
15-19	62	118	75	84	90
20-24	100	156	112	122	132
25-29	87	111	92	100	116
30-34	67	73	68	70	77
35-39	37	45	38	38	46
40-44	8	13	9	12	15
45-49	1	2	1	2	2
Tasa Global de Fecundidad¹	1.8	2.6	2.0	2.1	2.4
Tasa General de Fecundidad²	63	96	70	74	83
Tasa Bruta de Natalidad³	15.7	18.5	16.4	18	20

¹ La tasa global está expresada en nacimientos por mujer
² La tasa general (nacimientos divididos entre el número de mujeres de 15 a 49 años), está expresada en nacimientos por 1,000 mujeres
³ La tasa bruta está expresada en nacimientos (de mujeres de 15 a 49 años) por cada 1,000 habitantes

Tomado de: ENDS 2015, Encuesta Nacional Demográfica de Salud, Tomo 1.

Acorde con el descenso en la Tasa General de Fecundidad (TGF) y la Tasa Bruta de Natalidad (TBN) disminuyen de manera lenta pero sistemáticamente, llegando en 2015 a 70 nacimientos por mil mujeres de 15 a 49 años y a 16.4 nacimientos por mil habitantes, respectivamente.

En 2015, el patrón de fecundidad por edad muestra un pico temprano en el grupo de edad de los 20 a 24 años, el cual típicamente se asocia a una fecundidad regulada por el control natal. En la primera mitad de la década de 1960, antes del inicio de la Transición Demográfica, el patrón de fecundidad tenía un pico a los 25 a 29 años. Los mayores descensos en fecundidad por edad se han dado en las mujeres por encima de los 25 años, llevando a que aumente la contribución de las mujeres menores de 25 años a la fecundidad total. Así, mientras en la etapa pre-transicional el 30 por ciento de la TGF se formaba antes de los 25 años (Flórez, 2016 citado en ENDS 2015), en 2015 a esa edad ya se ha formado el 47 por ciento de la fecundidad global. Esta forma del patrón puede asociarse a un control natal para limitar más que para espaciar el número de hijos e hijas. Todo esto indica que ha habido un cambio positivo en la planificación familiar entre las mujeres, unido a una mayor disponibilidad efectiva de los mismos.

Estudios internacionales sobre los MAC en adolescentes

La adolescencia es una de las etapas más importantes en el desarrollo de la vida del ser humano, involucra una serie de cambios físicos, mentales y emocionales que contribuyen a definir el comportamiento del individuo dentro de la sociedad. En Valencia, Venezuela 2014 se pretendió conocer el uso de métodos anticonceptivos por un grupo de adolescentes de la Comunidad 5ta. Avenida de la Vivienda Rural de Bárbula Municipio Naguanagua. Edo. Carabobo. La investigación fue descriptiva cuantitativa y de campo previo consentimiento informado y según criterios de inclusión y exclusión se procedió a la aplicación del instrumento a la muestra conformada por 189 adolescentes. Los resultados obtenidos mostraron que el 40,7% de los adolescentes del sexo femenino y 24,3% del sexo masculino tiene la secundaria incompleta. Se demuestra que un 96,29% indicó no conocer los métodos de barrera, además, un 98,98% no conoce los métodos hormonales; igualmente existe falta de información respecto a métodos de anticoncepción natural y se indica que la muestra en

estudio no utiliza métodos anticonceptivos en un 79,36%; y un 91% de ellos no creen que en su primera relación coital una mujer puede quedar embarazada (Casadiego, 2014)

Así mismo en una investigación en México sobre el nivel de conocimiento que tenían los adolescentes sobre los métodos anticonceptivos se entrevistó a un total de 120 adolescentes entre los 15 a 19 años, se evidenció que el condón fue el método anticonceptivo mayormente utilizado (65,2%) seguido de los métodos hormonales orales con un (13,6 %). Respecto al conocimiento adecuado de los métodos anticonceptivos, los adolescentes tuvieron un nivel de conocimiento medio (60,8%) y bajo (23,3%) (Sánchez, Dávila & Ponce, 2015).

De igual manera se realizó un estudio de investigación en Lima, Perú para Identificar el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de cuarto y quinto de secundaria del colegio Andrés A Cáceres. Se contó con una muestra de aproximadamente 99 participantes con una edad promedio en la población de 16 años. Mayor porcentaje sexo masculino con 50.5%. Religión predominante católica con 54.5%. Provenían de una familia nuclear 45.5%, la fuente de información sobre métodos anticonceptivos fue el colegio con 56.6% y un 7.1% referían no haber recibido información. La mayoría de adolescentes no usan métodos anticonceptivos. De los que usan, la mayoría son de sexo masculino. El método anticonceptivo más usado es el condón. El 63% de los adolescentes evaluados poseen un nivel de conocimiento medio acerca de métodos anticonceptivos. El 20% de los adolescentes evaluados refiere usar métodos anticonceptivos (Mallma, 2015).

En la última década, a nivel internacional, se han adelantado estudios y revisiones en torno al uso de métodos anticonceptivos en adolescentes. A continuación, se presentará de manera breve las conclusiones a las que se ha llegado en algunos de los trabajos.

En un estudio realizado por Martínez, Copen y Abma (2011), en el cual abordaron las variables de actividad sexual, uso de MAC y parto en adolescentes de Estados Unidos, durante el periodo de 2002-2010, se determinó que, aunque el porcentaje promedio de personas que usaban métodos se mantuvo a lo largo de los años, en algunos métodos específicos hubo incremento. Específicamente, el uso de condón, de la píldora anticonceptiva y de métodos hormonales incrementó y prevaleció en jóvenes que iniciaban su vida sexual. Los métodos menos utilizados fueron el parche anticonceptivo, el anillo anticonceptivo y la anticoncepción de emergencia.

En esta misma línea, según Finer y Philbin (2013), el 86% de los adolescentes de 16 años, en el tiempo que duró el estudio, utilizaron métodos de protección de cualquier tipo en su primera relación sexual, y de ese porcentaje el 96% continuó su uso durante el siguiente año. Por otro lado, de los jóvenes que inician su vida sexual en edades inferiores, solo el 52% hizo uso de métodos anticonceptivos en su primera relación.

Entendida la prevalencia de uso de MAC en adolescentes desde una mirada más amplia, es conveniente citar la revisión sistemática realizada por Chandra-Mouli, McCarraher, Phillips, Williamson y Hainsworth (2014), quienes a partir de la postura de que los adolescentes están teniendo una vida sexual activa y necesitan de acceso oportuno a MAC, analizaron las barreras que obstaculizan su uso. En general, los factores que más afectan son: falta de disponibilidad de MAC en zonas rurales y de alta vulnerabilidad; prácticas culturales que impiden relaciones sexuales antes del matrimonio; presión social ejercida por la comunidad a los adolescentes que planifican; desconocimiento y uso incorrecto de los mecanismos de acción de los métodos, recurriendo en ocasiones a los métodos folclóricos; y por último, el sexo casual es una de las razones de los jóvenes por las cuales no se planifica de manera disciplinada y responsable.

A continuación, se describen algunos de los métodos que fueron utilizados durante algún tiempo, dentro de estos métodos se encuentran los folclóricos, los métodos modernos y por último se da una breve contextualización de los Métodos Naturales que pueden ser utilizados con debida precaución.

A la hora de escoger un método anticonceptivo, lo principal que debemos valorar son los siguientes aspectos: (1) Su eficacia, es decir, su capacidad anticonceptiva. (2) Su seguridad, esto es, los efectos que pueda tener sobre la salud. Habrá que tener en cuenta sus contraindicaciones (3) Si es sencillo de usar y si requiere controles médicos (4) Su reversibilidad, lo que significa poder recuperar la fertilidad una vez dejado el método. (Orellana, et al ,2013).

Métodos Folclóricos

En cuanto a los métodos folclóricos, Profamilia (s.f) establece que son esas creencias que las personas tienen la convicción de prevenir un embarazo, pero estas no son efectivos ni están sustentadas con bases científicas. He aquí algunas de las creencias:

- ✓ Lavarse la vagina con hierbas o polvos
- ✓ Orinar después de tener relaciones sexuales
- ✓ Tomar Coca Cola con aspirina
- ✓ Beber agua con jengibre
- ✓ Comer papaya
- ✓ Darse una ducha vaginal después de tener relaciones sexuales
- ✓ Tener relaciones sexuales durante el periodo de menstruación

Dentro de los métodos anticonceptivos modernos existen cuatro grandes grupos según su mecanismo de acción: de barrera, hormonales, intrauterinos y permanentes (Orellana, et al., 2013).

Tabla 2. Métodos anticonceptivos, categorías y definición.

Clasificación	Método	Generalidades	Ventajas	Desventajas	Mecanismo de acción
Natural: Determinar los días fértiles del ciclo menstrual, a partir del conocimiento de la fisiología femenina.	Temperatura basal: Se determina la fecha de ovulación según la temperatura corporal (Mansour, 2010).	La ovulación ocurre el día del mes en que la temperatura está más baja. Tiene como aspecto principal el incremento corporal luego de la ovulación. Se debe tomar la temperatura diariamente, siempre en el mismo lugar. Cuando la temperatura asciende, debe haber abstinencia de 3 días (Mansour, 2010).	-Es un método libre de dispositivos o de tratamientos médicos especiales.	-Se debe tener en cuenta el riesgo que se corre, ya que el óvulo puede ser fecundado hasta 48 horas después de la ovulación, pero el espermatozoide tiene una viabilidad hasta de 72 horas. -Solo es aplicable para mujeres con ciclos menstruales regulares.	“ Basado en la abstinencia sexual durante el periodo fértil del ciclo menstrual para evitar un embarazo” (Ministerio de Salud de Perú, 2013).
	Bioself: Medición de la	Por medio de luces de	Es funcional en	Su fiabilidad es de 80-	

temperatura corporal colores, se indica: mujeres cuya 90%
por medio de un Verde si es permitido temperatura
aparato (Zapata y el coito, rojo si se está corporal aumenta
Gutiérrez, 2016). en periodo de en la segunda
fertilidad, y rojo fase del ciclo
intermitente si es fase menstrual.
fértil.

Moco cervical: Se observan las
Identificación de las características del
características del moco moco cada vez que se
cervical. va al baño. Desde el
día en que el moco
aparece hasta el día 4
se debe abstener de
tener relaciones
sexuales vaginales.

Método sintotérmico: Se documentan los Al combinar Los periodos de
Reúne todos los ciclos menstruales, la todos los abstinencia pueden llegar
métodos naturales. actividad sexual, el métodos de a ser muy extensos.
moco cervical, la planificación

temperatura corporal y familiar natural,
las molestias la efectividad
abdominales. aumenta.

Método de amenorrea por lactancia: Uso de la lactancia extendida para espaciar los embarazos (International Planned Parenthood Federation..., 2012).

Por medio de una lactancia completa, es posible posponer la ovulación y la menstruación, conocido como amenorrea por lactancia (International Planned Parenthood Federation, 2012).

-Su índice de fracaso es de apenas el 0,5% de mujeres, en un periodo de 6 meses de uso (Instituto Chileno de Medicina Reproductiva, s.f)

No trae efectos colaterales consigo.

Según el Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (s.f), el acto de succión frecuente en el pezón genera inhibición en el hipotálamo y la hipófisis en la secreción de hormona luteinizante, logrando que no se

desencadene la ovulación.

Mecánicos y de barrera: Obstruyen el paso de los espermatozoides de manera mecánica o química, evitando la fecundación.	Condón masculino: Es fabricado en látex delgado y resistente.	Recubre el pene durante la erección y penetración, reteniendo los espermatozoides en su interior (Pazol, et. al, 2010).	-Es económico y de fácil acceso. -Protege de ETS. -Su efectividad es del 97%.	-Puede causar reacciones alérgicas. -Insatisfacción sexual por disminución de la sensibilidad.	“ Impide que los espermatozoides tengan acceso al tracto reproductor femenino (Ministerio de Salud de Perú, 2013)”
	Preservativo femenino.	Se coloca sobre el cuello del útero, adaptándose al cérvix y protegiendo la entrada de la vagina (Pazol, et. al, 2010).	-Ofrece mayor protección de ETS que el condón masculino (Pazol, et. al, 2010).	-Puede interrumpir el coito espontáneo. -Existe el riesgo de desarrollar síndrome de shock tóxico. -Es más costoso que el preservativo masculino.	
	Esponja vaginal: Es un cilindro de esponja que proporciona una barrera	Es una esponja que contiene crema espermicida, que se	-No es tóxica ni genera irritaciones.	-La extracción puede resultar complicada. -Puede generar	

	física y química.	extrae por medio de un cordón que tiene alrededor.	-No genera incomodidades y es de fácil aplicación.	resequedad vaginal.
Hormonales combinados: Son métodos que liberan hormonas impidiendo el embarazo, deteniendo la ovulación y espesando el moco cervical. Contienen estrógeno y progestágeno	Píldora anticonceptiva: Son un medicamento que se debe tomar diariamente para proteger del embarazo (Iñaki, et. al 2008).	Impide la llegada del esperma al óvulo. Evitan la ovulación, y espesan el moco cervical (Iñaki, et. al 2008).	-No necesita prescripción médica para su adquisición. -No afecta la fertilidad luego de su suspensión definitiva. -Previenen la aparición de cólicos, síndrome poliquístico y endometriosis (Gutiérrez, 2015)	-No protege de ETS. -El riesgo de embarazo aumenta cuando no se toman las píldoras de manera adecuada. -Pueden presentarse olvidos en la toma del comprimido.

<p>Anillo vaginal: Es un mecanismo flexible de uso mensual, que introducido en la vagina, libera la carga hormonal necesaria para su eficacia.</p>	<p>Se introduce en la vagina entre el primer y quinto día del ciclo menstrual, durando allí 3 semanas. La siguiente semana se retira para permitir la llegada del sangrado menstrual.</p>	<p>-Permite el uso de tampones, copas menstruales y óvulos por vía vaginal.</p> <p>-La carga hormonal es baja.</p> <p>-Permite recuperar la fertilidad de manera inmediata.</p>	<p>-Puede causar vaginitis, alteraciones en el ciclo menstrual y dolor de cabeza.</p>	<p>El estrógeno y el progestágeno pasan a través de la mucosa vaginal para luego introducirse en el torrente sanguíneo.</p>
--	---	---	---	---

<p>Inyección mensual: Medicamento inyectable compuesto por hormonas que impiden la producción</p>	<p>Su aplicación es cada 30 días. (Oriéntame, s.f).</p>	<p>-Protege durante el periodo completo de aplicación.</p> <p>-Los periodos</p>	<p>-Cambios en el periodo durante el primer año.</p> <p>-Náuseas, cambios en el peso corporal, cefalea.</p>
---	---	---	---

de los óvulos.
Contienen estrógeno y
progestágeno
(Oriéntame, s.f).

menstruales (Oriéntame, s.f).
serán más cortos
y ligeros.
-Alta presencia de
alteraciones en el ciclo
menstrual.
-Permiten
recuperar la
fertilidad sin
dificultad.
(Oriéntame, s.f).

**Hormonales con
gestágeno. Está
compuesta por
una sola
hormona el
progestágeno.**

Mini píldora: Es un
anticonceptivo con
dosis baja de
progestágeno, y al no
contener estrógenos no
permite la regulación
del ciclo menstrual.

Se inicia su toma el
primer día del ciclo
menstrual o 6 semanas
luego de haber tenido
un parto.

-Puede ser usada
por mujeres
fumadoras y en
período de
lactancia.
-Disminuye el
riesgo
cardiovascular
gracias a la
ausencia de
estrógenos.

-Puede generar
alteraciones en el ciclo
menstrual.

Los
progestágenos
inhiben la
producción del
óvulo pro
medio de
retroalimentaci
ón negativa de
hormona
luteinizante y
hormona

<p><i>Inyectable bimestral trimestral.</i></p>	<p>Inhiben la ovulación y espesan el moco cervical.</p>	<p>Se administran por vía intramuscular, cada 2 meses o 13 semanas, dependiendo el fármaco.</p>	<p>Trae consigo las mismas ventajas del inyectable mensual.</p>	<p>-Puede traer consigo alteraciones fisiológicas. -Puede ocurrir olvido de administración.</p>	<p>folículo estimulante.</p>
<p>Implante subdérmico: Son una o dos barras flexibles que se insertan bajo la piel del brazo (Oriéntame, s.f).</p>	<p>Por medio de la liberación de hormonas en pequeñas dosis, se espesa el moco del cuello uterino impidiendo el paso de los espermatozoides (Oriéntame, s.f).</p>	<p>-Puede brindar protección hasta por 5 años. -Se puede usar mientras se amamanta. -Disminuye dolores abdominales.</p>	<p>-Puede causar sangrado irregular o ausentarlo. -No brinda protección de ETS (Oriéntame, s.f).</p> <p>-No interfiere en la realización de actividades cotidianas</p>	<p>-Puede causar sangrado irregular o ausentarlo. -No brinda protección de ETS (Oriéntame, s.f).</p>	

(Oriéntame, s.f).

Anticoncepción de emergencia.

Dispositivo intrauterino de cobre: Elemento de cobre insertado dentro del útero. (Oriéntame, s.f)

Anula la capacidad de fecundar del espermatozoide, evita la implantación del blastocito.

-Es el método más seguro después de la píldora.

-Su acción dura entre 2 y 5 años.

-Su extracción puede darse en cualquier momento, sin alterar la capacidad fecundante.

-No interfiere en las relaciones sexuales.

-Ayuda en el

-Provoca periodos más largos y abundantes.

-Se puede expulsar espontáneamente.

-Existe riesgo de embarazo extrauterino,

dolores abdominales y perforación uterina.

Al ser un cuerpo extraño, el endometrio se inflama, produciendo cambios celulares que perjudican al esperma y al óvulo, evitando la implantación.

Dispositivo intrauterino hormonal: A diferencia del DIU de cobre, se produce una pequeña liberación de levonorgestrel

-La hormona liberada produce cambios a nivel endometrial,

	diariamente (García, Martínez, Pintor, Caelles & Ibañez, 2007)	tratamiento de hipermenorreas.	espesando el moco cervical e impidiendo el paso de los espermatozoides.
	Píldora de emergencia: Recurso de emergencia utilizado cuando falla el método anticonceptivo o no se ha hecho uso de él.	Se debe tomar dentro de las 72 horas posteriores a la relación sin protección.	-Evita una posterior interrupción involuntaria del embarazo. -Puede causar náuseas, vómitos, hemorragia vaginal y dolor mamario.
Métodos quirúrgicos (Peterson, 2008)	Ligadura de trompas: Es un proceso irreversible en donde se corta la trompa de Falopio, para que los óvulos no puedan ser liberados.		

Nota: Tabla elaborada por Martínez, P., Ramírez, E., & Reyes, E. (2018).

Métodos naturales

Abstinencia continua. En general, en la Edad de Piedra no se sabía de dónde venían los bebés. Algunos pensaban que el espíritu de los niños vivía en ciertas frutas y que el embarazo era una consecuencia de comer esa fruta. Otros pensaban que los responsables de los embarazos eran el sol, el viento, la lluvia, la luna o las estrellas muchos creían que la espuma del mar era especialmente potente (Jensen, 1982 citado en International Planned Parenthood Federation of América, 2012). El embarazo era un hecho mágico. La abstinencia nunca fue utilizada como método de planificación familiar por parte de aquellos que pensaban que la reproducción era algo mágico.

En cambio, era un método muy importante sobre todo para las mujeres que entendían la conexión entre el coito vaginal y la reproducción. En muchas culturas se esperaba que las mujeres practiquen la abstinencia después de la menarca los primeros períodos menstruales. De este modo, el futuro marido estaría seguro de que era el padre de los hijos. A lo largo de la historia, la verdadera motivación de mantener virgen a la novia y fuera de la vida pública a la mujer fue asegurarles a los hombres que su paternidad era legítima (International Planned Parenthood Federation of América 2012).

La abstinencia como método anticonceptivo en el matrimonio fue el estandarte del Movimiento de Maternidad Voluntaria que se llevó adelante en Norteamérica durante la década de 1870, encabezado por feministas como Elizabeth Cady Stanton y Susan B. Anthony (D'Emilio & Freedman, 1988). Las sufragistas creían que las parejas casadas debían abstenerse de tener relaciones sexuales para controlar el tamaño de sus familias.

La abstinencia de las mujeres casadas como método anticonceptivo, no obstante, provocó que los hombres casados recurrieran más todavía a la prostitución, lo cual a su vez generó epidemias de infecciones de transmisión sexual.

Relaciones sexuales sin penetración. Augustine de Hippo (350-430 C.E.), un obispo influyente de los primeros años de la iglesia cristiana enseñaba que la masturbación y otras formas de relaciones pene-vaginales, relaciones sexuales sin penetración, eran pecados peores que la fornicación, la violación, el incesto y el adulterio. Sostenía que la masturbación y otras actividades sexuales no reproductivas eran pecados “antinaturales” porque eran

anticonceptivos. Como la fornicación, la violación, el incesto y el adulterio podían conducir al embarazo, eran pecados naturales y por lo tanto muchos menos graves que los pecados antinaturales (Ranke-Heinemann, 1990 citado en International Planned Parenthood Federation of América, 2012).

Escrito en el 400 C.E., el Kama Sutra de Vatsyayana es una recapitulación de los Kama Shastras que describe a la “ práctica erótica” como uno de los tres propósitos de la vida para los antiguos Hindúes de la India (Daniélou, 1994 citado en International Planned Parenthood Federation of América 2012). Los Shastras ya tenían 2000 años cuando Vatsyayana los plasmó en hindi. Más de mil años después, el Kama Sutra trascendería en el tiempo para tener el alcance que tiene en la actualidad.

En la Nueva Inglaterra colonial, las relaciones sexuales sin penetración se vieron incrementadas por la costumbre de “ liarse” (bundling). Como consecuencia de las largas distancias que había que recorrer para las visitas de los novios y la falta de calefacción central y espacio en las habitaciones, las parejas comprometidas se “ liaban” . Dormían juntos en la misma cama, ya sea vestidos completamente o con un “ bundling board” (un tablero) colocado en la cama entre ellos. Era de esperarse que los jóvenes tuvieran contacto físico de todos modos, pero la idea era que no tuviesen relaciones sexuales vaginales. No obstante, hubo un aumento radical en las tasas de embarazo prenupcial e “ ilegitimidad” hacia mediados del Siglo XVIII y se responsabilizó de esta situación a la práctica de “ liarse o bundling” , por lo tanto, en 1770 los clérigos salieron a denunciar la inmoralidad de esta práctica y lograron que cayera en desuso (International Planned Parenthood Federation of América, 2012).

Retiro. Existen dos formas de retiro. Coitus interruptus es el nombre en latín de la forma de retiro que incluye la eyaculación después de retirarse. Coitus reservatus es el nombre en latín del retiro que no incluye eyaculación. Ambas formas se han utilizado desde la antigüedad para evitar embarazos y también por otras razones. Según el libro del Génesis, el personaje bíblico Onán despertó la ira de Dios por practicar el coitus interruptus en vez de seguir la costumbre local de embarazar a su cuñada después de la muerte de su hermano. Onán “ derramó su simiente en la tierra” . Desde entonces, muchos judíos y cristianos devotos creen que es un pecado eyacular sin función reproductiva, ya sea en el caso del retiro, la masturbación u otras formas de actividad sexual. Fuera pecado o no, hacia fines del Siglo XIX el coitus interruptus era uno de los métodos

anticonceptivos más usados en el mundo. El socialista utópico estadounidense Robert Dale Owen defendió esta práctica en su libro *Fisiología moral (Moral Physiology)*, publicado en 1831 y distribuido durante más de 40 años (Bullough & Bullough, 1990; D' Emilio & Freedman, 1988 citado en International Planned Parenthood Federation of América, 2012).

En China, a los hombres que no podían evitar la eyaculación se les instaba a desviarla. Es decir, se les enseñaba a presionar firmemente la uretra entre el escroto y el ano con un dedo mientras eyaculaban, con lo cual, según sus creencias, el semen se desviaba hacia la columna vertebral y pasaba por todos los chacras hasta llegar al cerebro. (Esta técnica, de hecho, hace que el semen ingrese a la vejiga y salga del organismo junto con la orina). Esta forma de coitus reservatus se llama coitus obstructus (Bullough & Bullough, 1990 citado en International Planned Parenthood Federation of América, 2012).

Método de amenorrea por lactancia. Una lactancia completa puede posponer la ovulación y la menstruación amenorrea por lactancia. Desde los comienzos de la historia, las mujeres de todo el mundo, especialmente las de bajos recursos, han usado la lactancia extendida para espaciar sus embarazos. Desde la antigua Atenas y Roma, pasando por el Siglo XV y hasta fines del Siglo XIX (International Planned Parenthood Federation of América, 2012).

En el Siglo XVIII, se empezó a exhortar a las mujeres inglesas a que amamantaran a sus propios hijos, lo cual logró reducir la tasa de mortalidad infantil y el número de embarazos no planificados. En otras partes de Europa, no obstante, las nodrizas seguían amamantando a sus propios hijos junto con los bebés de otras mujeres. A menudo se veían forzadas a alimentar a sus propios niños con leche de vaca. Según el Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (s.f), el acto de succión frecuente en el pezón genera inhibición en el hipotálamo y la hipófisis en la secreción de hormona luteinizante, logrando que no se desencadene la ovulación.

Si bien es cierto que los métodos anticonceptivos son importantes, así mismo es importante toda la información que se pueda brindar a las personas de los mismos, ya sea a través de la educación sexual o el conocimiento, los pros y los contras, la efectividad, etc., de estos mismos métodos. De esta forma la persona es consciente de su sexualidad y de la información necesaria alrededor de ella, así como todos los elementos que están a disposición para decidir si utilizarlos o no y de tal manera poder llevar una sexualidad bien responsable.

Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)

Bajo la Resolución 5521 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social, como se cita en la Secretaría Distrital de la Mujer (2015), hombres y mujeres tienen derecho a recibir los medicamentos, de marca comercial o genérica, con registro INVIMA y que cumplan con las condiciones descritas en el POS. Dentro de estos, se encuentran las categorías de:

- Métodos temporales orales e inyectables: Anovulatorios orales e inyectables (mensual o trimestral) combinados o de solo progestágeno.
- Aplicación y retiro del Dispositivo Intrauterino DIU, ya sea de cobre o con carga hormonal.
- Aplicación y extracción del implante subdérmico, de 3 o 5 años de duración.
- Anticoncepción de emergencia, si la relación se dio en términos de violencia sexual o si no hubo protección en relaciones de población vulnerable.
- Esterilización quirúrgica masculina y femenina.
- Suministro de condón masculino de látex.

Determinantes sociales de la salud sexual

Las problemáticas de embarazo adolescente, salud materna, infecciones de transmisión sexual (en adelante ITS), violencia sexual y de género son variables que se deben abordar desde determinantes sociales que permitan comprender los diversos factores de vulnerabilidad.

En la toma de decisiones que las personas hacen en relación a su sexualidad, beneficios y consecuencias, intervienen elementos que van más allá de la individualidad, como lo son el nivel de escolaridad, la labor que se desempeña, la situación económica del hogar, el vivir en zonas rurales o urbanas, el sexo, el género, la oportunidad de acceso a salud, las oportunidades en general que presenta el entorno, etc. Lo anterior juega un papel importante en cuanto a la manera en que se opta por uno u otro comportamiento, así como en los resultados que pueden ser favorables o desfavorables (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f).

El acceso a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva, a nivel sociocultural, se relacionan con un vacío legal en cuanto a la sexualidad en la adolescencia; a nivel del sistema de salud, con los limitantes presentes en el acceso universal a métodos de protección de barrera tanto

masculinos como femeninos; y a nivel administrativo, en las falencias existentes en la prestación de servicios tales como la anticoncepción de emergencia y la interrupción voluntaria del embarazo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

La fecundidad en la adolescencia, al igual que la fecundidad global, está determinada por factores próximos y por factores distales. Entre los factores próximos está el inicio de las relaciones sexuales/matrimonio/unión, la anticoncepción, el aborto y la infertilidad post-parto (Moreno y Singh, 1996 citando en ENDS 2015). En cuanto a los factores distales los hallazgos indican que la probabilidad de embarazo adolescente está asociada con factores personales individuales, como nivel educativo, acceso a información de SSR y a métodos anticonceptivos, percepciones sobre la norma social, la maternidad y sobre las oportunidades de movilidad social; factores interpersonales, como nivel socioeconómico del hogar, estructura familiar y violencia intrafamiliar, apertura a la comunicación con figuras parentales, supervisión parental, las actitudes de los pares hacia las relaciones sexuales en la adolescencia y factores contextuales como nivel de urbanización, la oferta de servicios de SSR de calidad, la política social en educación para la sexualidad, normas sociales sobre la maternidad y el inicio de las relaciones sexuales, y factores culturales regionales(ENDS 2015).

Dentro de los factores que se encuentran mencionados anteriormente, queremos resaltar la función y la *importancia de los métodos anticonceptivos*; mencionando que los MAC son herramientas diversas, generalmente de aplicación en la mujer, que impiden la fecundación. Según Profamilia (2015) “ los métodos anticonceptivos son elementos, productos o procedimientos que pueden usar hombres o mujeres para regular la fecundidad y tener relaciones sexuales libres de riesgo” .

El uso de un método anticonceptivo permite vivir la sexualidad de una manera más tranquila, sin miedo a tener un embarazo no deseado y, dependiendo de cuál se utilice, con protección adicional frente a las ITS, como es el caso del condón masculino y femenino. No hay un método anticonceptivo perfecto ni 100% seguro, todos ofrecen ventajas e inconvenientes, pero los considerados eficaces brindan una protección anticonceptiva muy alta. La gran mayoría son métodos para las mujeres, existiendo diversos tipos donde elegir, con diferentes mecanismos de actuación y vías de administración. Sólo el preservativo masculino y la vasectomía son métodos para el hombre. Es en este contexto donde las personas deben asumir su responsabilidad en la

anticoncepción y donde recae sobre la mujer la mayor parte de los problemas, preocupaciones y efectos sobre la salud derivados del uso de los anticonceptivos (Profamilia 2015).

A partir de aquí, queremos hacer un paréntesis y poder correlacionar la brecha tan limitante que tienen los cambios en la adolescencia y los riesgos que podemos presentar si no tenemos un buen conocimiento tanto de los derechos sexuales como de los derechos reproductivos; es aquí en donde encontramos el gran impacto que tiene un embarazo en la adolescencia por variables no tan ajenas a nuestros conocimientos como se evidencia en el apartado anterior.

El embarazo adolescente

Es aquel que ocurre en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente: entre los 10 y los 19 años. Muchos de los embarazos en adolescentes son considerados como embarazos no deseados, provocados por la práctica de relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos. El embarazo en la adolescencia y en general hasta los 19 años es considerado de alto riesgo para la salud y la vida de la mujer y del feto. Además, tiene implicaciones a nivel psicológico, familiar y social. Prevenir un embarazo adolescente no deseado de manera efectiva es mucho más fácil ahora que hace algunos años. Gracias a los métodos anticonceptivos modernos, los jóvenes pueden hacerlo, pues planificar es una decisión libre e individual y un derecho sexual y reproductivo (Cuellar, Garzón & Medina, 2008).

Se ha estimado que si se evitarán todos los embarazos de alto riesgo, la mortalidad materna podría reducirse hasta en un 25 % ; además, se ha considerado que cada año se podrían evitar 100.000 defunciones maternas en todo el mundo, si todas las mujeres que dicen que no desean tener más hijos pudieran dejar de tenerlos; de igual manera se ha calculado que al ampliar los servicios anticonceptivos para atender las necesidades de las parejas que desean evitar el embarazo, se podrían evitar cada año hasta 850.000 defunciones de niños menores de cinco años (Franco, Mora, Mosquera, Et al., 2012).

La planificación familiar trae beneficios para la salud de la familia y de la comunidad, al facilitar a las parejas los medios para tener hogares menos numerosos y más sanos; por otro lado, reduce la carga económica y emocional de la paternidad y maternidad.

Posterior al tema de planificación en la población en general, es importante abordar e indagar acerca de la *planificación familiar* como continuidad en el proceso de la adquisición de conocimiento en cuanto a los derechos sexuales y reproductivos de las personas. Dicho de tal

manera la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el proceso de mejorar el acceso al cuidado de la calidad en la planificación familiar, ha venido desde 1996 revisando los criterios de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Para la norma de planificación familiar publicada en la resolución 412 de 2000 (Gómez, Agudelo, Pardo, Et al., 2015).

La planificación familiar es considerada un componente esencial en el cuidado de la salud primaria y reproductiva, juega un papel principal en la morbi-mortalidad materna y del recién nacido, y en la transmisión de enfermedades sexuales; del mismo modo, trae beneficios para la salud de las mujeres, de los niños, de la familia y de la comunidad en general. Por tal motivo, la utilización de anticonceptivos reduce la mortalidad materna y mejora la salud de las mujeres al prevenir los embarazos no deseados y los de alto riesgo; además reduce la necesidad de abortos practicados sin garantías de inocuidad (Franco, Mora, Mosquera, Et al., 2012).

Nota técnica para la atención en planificación familiar en hombres y mujeres

Colombia ha sido considerado uno de los países latinoamericanos más exitosos en lograr un descenso rápido de su fecundidad. A este hecho han contribuido entre otros: la rápida urbanización, el aumento de la escolaridad y la gran aceptación de la planificación familiar por parte de la comunidad. Sin embargo, a pesar de la alta prevalencia en el uso de métodos mostrada en la última Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS 2005), existe una gran demanda insatisfecha, especialmente en las poblaciones rurales y en las urbanas menos favorecidas (ministerio de Protección Social 2008).

En el año 2003 se lanzó la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en la cual se hacen explícitas las estrategias y acciones en cuanto a planificación familiar, las cuales tienen como propósito proporcionar el acceso de toda la población a métodos diversos, seguros, asequibles, aceptables y confiables para la planificación familiar mediante la consejería de calidad, el suministro oportuno del método elegido y la garantía de seguimiento a la utilización del mismo mediante los controles necesarios para la óptima utilización y adaptación a cada usuario/a. De igual forma menciona que se deben desarrollar competencias para decidir el número de hijos/as que se quieran tener y el espaciamiento entre ellos, como decisión que compete a ambos miembros de la pareja. 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 (Ministerio de Protección Social 2008).

Por consiguiente, el Estado debe garantizar la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las/los adolescentes, a partir de la interpretación de la Convención sobre los Derechos del Niño - Ley 12 de 1991 - que se refiere entre otros, al reconocimiento y garantía de la no discriminación, a la libertad de expresión, a la libertad de pensamiento, conciencia y religión, a la protección de la vida privada, al acceso a una información adecuada, a la educación. El eje fundamental de interpretación es el criterio de interés superior del niño, desarrollado por la Corte Constitucional en diferentes sentencias (Ministerio de Protección Social 2008). Dentro del código de infancia y adolescencia en el capítulo I garantía de derechos y prevención, en el artículo 39 de las obligaciones de la familia, se resalta promover el ejercicio responsable de los derechos sexuales y reproductivos y colaborar con la escuela en la educación sobre este tema (Código de Infancia y Adolescencia, 2006, pp. 11).

Programas que apoyan la planificación familiar en Colombia

Dentro de los programas que apoyan la planificación en Colombia se encuentran las siguientes organizaciones y entidades;

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) Colombia apoya la planificación familiar promoviendo políticas al respecto; garantizando un suministro constante y fiable de anticonceptivos de calidad; reforzando los sistemas nacionales de salud; y recopilando datos para respaldar esta labor. El UNFPA también desempeña una función mundial de primer orden en la mejora del acceso a la planificación familiar reuniendo a los asociados incluidos los gobiernos—para elaborar datos empíricos y políticas, y ofreciendo asistencia programática, técnica y financiera a los países en desarrollo (United Nations Population Fund, 2017).

Profamilia, planificación familiar. Los métodos anticonceptivos son elementos, productos o procedimientos que pueden ser usados por hombres y mujeres para impedir o reducir la posibilidad de embarazo. Tú puedes acceder a una consulta y asesoría de anticoncepción en cualquier momento, el profesional de la salud, de acuerdo a su valoración, examen físico y después de explicar los diferentes métodos disponibles, el momento de inicio, su uso y efectos

secundarios, le indicará el o los métodos adecuados para que usted elija el método que desee utilizar. (Profamilia, SF).

Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). De acuerdo con la normatividad vigente de Colombia, los anticonceptivos deben ser entregados de manera gratuita por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) a sus afiliadas y afiliados, y por los entes territoriales a la población no afiliada. De esta manera, el acceso a la regulación de la fecundidad está garantizada para las personas que la soliciten en el territorio nacional. (Secretaría distrital de la mujer, 2015).

Entidades Promotoras de Salud EPS. El programa de planificación familiar está integrado por un conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a hombres y mujeres en edad fértil, dentro de los cuales se encuentra la información, educación, consejería y anticoncepción, incluyendo la entrega de método de acuerdo al Plan Obligatorio de Salud – POS.

Programas que evalúan la planificación familiar

Dentro de los programas que se encuentran establecidos para la supervisión y la vigilancia de una adecuada planificación familiar, en los Estados Unidos se encuentran el Institute Allan Guttmacher, este instituto es una organización líder en investigación y políticas, comprometida con el avance de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en los EEUU y en el mundo.

Millones de hombres y mujeres de bajos ingresos en los Estados Unidos confían en los servicios de planificación familiar financiados con fondos públicos obtenidos a través del Título X, Medicaid y otros programas públicos. El Instituto Guttmacher evalúa la amplitud y el impacto de estos servicios, incluida la cantidad de embarazos no deseados, nacimientos no deseados, abortos, infecciones de transmisión sexual y casos de cáncer cervicouterino evitados como resultado de estos servicios, y calcula los ahorros de costos que resultan. El Instituto se basa en estos datos para abogar por estos programas y proveedores, en particular los centros de salud de la red de seguridad, y para garantizar que tengan fondos suficientes para satisfacer adecuadamente las necesidades de las personas que dependen de sus servicios (Institute Allan Guttmacher 2017).

En abril de 2017, la Oficina de Asuntos de la Población de EE. UU. (OPA) publicó los requisitos programáticos actualizados para el programa de planificación familiar nacional Título X, la primera actualización desde 2001. Al mismo tiempo, y en conjunto con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, OPA también presentó evidencias clínicas informadas para servicios de planificación familiar. Estas pautas están diseñadas para establecer el estándar para los servicios de planificación familiar de EE. UU. Independientemente de si se proporcionan en el contexto del Título X, publica guías clínicas por separado de los requisitos programáticos es una nueva táctica para las agencias, destinada a promover el uso de las pautas por proveedores públicos y privados a nivel nacional y para facilitar el proceso de actualización de cada componente (Institute Allan Guttmacher, 2017).

El programa del Título X establece los principios básicos: proporcionar servicios de planificación familiar accesibles, asequibles, confidenciales y de alta calidad de forma totalmente voluntaria. Las necesidades actualizadas obligan a los beneficiarios a proporcionar una amplia gama de métodos anticonceptivos a todas las mujeres, hombres y adolescentes que buscan dicha atención. Los clientes deben recibir servicios independientemente de su capacidad de pago; los clientes de ingresos más bajos deben recibir atención sin cargo, y los clientes de mayores ingresos deben pagar de acuerdo con una escala de tarifas móvil. Además, los requisitos dejan en claro que la atención para los clientes del Título X debe ser confidencial, y los proveedores deben establecer protecciones para garantizar que la información de los clientes no se divulgue sin su consentimiento (Institute Allan Guttmacher, 2017).

Así mismo la United Nations Population Fund (UNFPA) trabaja para apoyar la planificación familiar: asegurando un suministro estable y confiable de anticonceptivos de calidad; fortaleciendo los sistemas nacionales de salud; aboga por políticas que apoyen la planificación familiar; y recopila datos para apoyar este trabajo. El UNFPA también brinda un liderazgo mundial para aumentar el acceso a la planificación familiar, al convocar a asociados, incluidos los gobiernos, para desarrollar pruebas y políticas, y al ofrecer asistencia programática, técnica y financiera a los países en desarrollo. El UNFPA respalda muchos aspectos de la planificación familiar voluntaria, incluida la adquisición de anticonceptivos, la capacitación de profesionales de la salud para asesorar con precisión y sensibilidad a las personas sobre sus opciones de planificación familiar y la promoción de la educación sexual integral en las

escuelas. El UNFPA nunca promueve el aborto como una forma de planificación familiar (UNFPA, 2017).

Los Anticonceptivos que fueron proporcionados por el UNFPA en 2016, incidieron importantemente en la calidad de vida de miles de seres humanos en el mundo: -Asistieron 20,900,000 personas - Se evitaron 11,700,000 embarazos no deseados - Se evitaron 3,680,000 abortos inseguros - Se evitaron 29,000 muertes maternas - Se ahorraron \$ 716,000,000 en costos de atención médica. A través del Programa de suministros del UNFPA y los programas regulares de planificación familiar combinados de la organización. Casi 7 millones de condones femeninos y casi 268 millones de condones masculinos. Y a través de su programa de Suministros del UNFPA, trabaja con socios y gobiernos para garantizar el acceso a un suministro confiable de anticonceptivos, condones y medicamentos y equipos para planificación familiar, prevención de ITS y servicios de salud materna. También trabaja para integrar los servicios de planificación familiar en la atención primaria de salud, de modo que las mujeres y las niñas puedan acceder a la información y los anticonceptivos sin importar el establecimiento de salud que visiten. (UNFPA, 2017)

A nivel nacional, la secretaria de la mujer (2016) menciona que los anticonceptivos deben ser entregados de manera gratuita por el sistema de salud en Colombia de acuerdo a la normatividad vigente, de igual manera el Plan Obligatorio de Salud (POS) cubre lo referente a la Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres, en la que el Ministerio de Salud y Protección Social incluye medicamentos y procedimientos que deben ser brindados de manera gratuita por el Sistema de Salud, como por ejemplo: Consulta de primera vez de planificación familiar (tanto por consulta externa, como por urgencia para anticoncepción de emergencia). Elección y suministro de métodos de planificación familiar y consulta de control en planificación familiar.

Igualmente, la Resolución 5521 de 2013, le deberá suministrar al paciente cualquiera de los medicamentos (de marca o genéricos) autorizados por el INVIMA, que cumplan las condiciones descritas en el POS (secretaria de la mujer, 2016).

Para la población no afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS) adquirió químicos farmacéuticos con principios activos que componen los medicamentos anticonceptivos.

Además, el Plan Obligatorio de Salud también contempla las tecnologías necesarias para la práctica gratuita y sin barreras de la Interrupción Legal y Voluntaria del Embarazo (IVE), según las tres causales permitidas por la ley colombiana. De acuerdo con la sentencia C-355 de 2006, en Colombia todas las mujeres y niñas tienen el derecho al IVE cuando: (1) Su vida o salud (física y/o mental) estén en riesgo (2) El feto presente graves malformaciones incompatibles con la vida, es decir, malformaciones que por su gravedad hacen que el feto sea inviable. (3) Han sido víctimas de violación o incesto (Secretaría de la mujer, 2016).

A modo de conclusión la aplicación *iPrevent* pretende generar un espacio que brinde la información científica, suficiente y actualizada acerca de todos los anticonceptivos, de esta manera asesorando a la población de sus beneficios, formas de acceso, contraindicaciones y efectos secundarios. Con la finalidad de mitigar los embarazos no deseados en la población y así mismo generar un impacto en la sociedad donde cada vez más las personas puedan ejercer sus derechos sexuales y derechos reproductivos sin necesidad de recurrir a una sede específica. El único requerimiento para acceder a esta información es bajar la aplicación que se encuentra en el playstore de su celular. La aplicación es totalmente gratuita

Objetivos

Objetivo General

Diseñar un aplicativo que oriente de manera sustentada el uso y conocimiento general de los métodos anticonceptivos existentes, con el fin de evitar embarazos no deseados y/o planeados y la transmisión de ITS en jóvenes y adolescentes.

Objetivos Específicos

1. Seleccionar información sobre cada uno de los métodos anticonceptivos para construir un modelo base.
2. Diseñar el aplicativo con base en la información recolectada.
3. Validar el producto final.

Metodología

Tipo de estudio

La investigación será de tipo mixto como lo explica Hernández & Mendoza (2008) como se cita en Gómez (2015), en el cual se representará un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada de (metainferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio (Hernández & Mendoza, 2008).

Participantes

Se pretende trabajar con adolescentes en edades comprendidas entre 15 a 19 años que estudien en colegios oficiales y privados.

Instrumentos

Encuesta. A través de la encuesta se pretende medir el conocimiento que tienen los adolescentes acerca de las infecciones de transmisión sexual (ITS, incluido el VIH/Sida, embarazo no deseado, uso de métodos anticonceptivos y el acceso que tienen a ellos por medio de las entidades prestadoras del servicio de salud, si conocen el modelo de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes (SSAAJ), y por supuesto, las ventajas que puede llegar a tener la implementación del aplicativo. (*Ver Anexo 1*).

Objetivos de la entrevista. 1) Indagar si los padres y madres de familia tienen conocimiento acerca del concepto de sexualidad y de cómo se transmite esta información a los adolescentes. 2) Indagar acerca del conocimiento que tienen sobre las problemáticas de salud pública en Colombia como lo es el embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual. 3) Indagar el conocimiento que tienen acerca de los distintos métodos anticonceptivos, uso y como los adolescentes pueden acceder a estos insumos por medio de los servicios de promoción y prevención de la EPS y la información con la que cuentan acerca del modelo de servicios amigables.

Temas principales de la entrevista. 1) Referentes teóricos acerca de la sexualidad y las actitudes que influyen en la transmisión de esta información. 2) Causas principales del embarazo no deseado y las infecciones de transmisión sexual. 3) Referentes teóricos de los métodos anticonceptivos, tipos, correcto uso y cómo acceder al suministro de los mismos. 4) Para el procesamiento de la información cuantitativa se utilizará el programa estadístico SPSS a través de la prueba no paramétrica de Mann-Whitney que permitirá realizar la comparación de las dos muestras obtenidas haciendo referencia a las respuestas brindadas por adolescentes mujeres y hombres, asimismo, en cuanto a los datos cualitativos se realizará el respectivo análisis de los resultados obtenidos donde se hará la comparación a la teoría encontrada respecto a la investigaciones consultadas en el marco teórico.

Consentimiento Informado. Por medio de este documento se dará a conocer a los participantes los objetivos de la presente investigación y su importancia en el desarrollo de la entrevista. Así mismo, se les informará que serán grabados para realizar la respectiva recolección de la información. (*Ver Anexo 3*).

Asentimiento Informado. A través de este documento los adolescentes darán a conocer si desean participar en el estudio. (*Ver Anexo 4*).

Procedimiento

Fase 1. Elaboración de la justificación y del marco teórico para la contextualización de las problemáticas de salud pública como el embarazo no deseado y las infecciones de transmisión sexual.

Fase 2. La recolección de datos se hará a través de la aplicación de la encuesta para adolescentes menores de edad y la entrevista a padres y madres de familia. En el cual se contará con la presencia de las investigadoras, para dar a conocer los objetivos de la investigación en relación a la implementación del aplicativo en pro del bienestar de los jóvenes que harán uso de la misma. Así mismo, al iniciar cada una de las actividades se les facilitará el consentimiento

informado en este caso a los adultos y el asentimiento informado de participación voluntaria a los participantes adolescentes.

Fase 3. Realización de estudio de mercado para obtener una aproximación del impacto que se puede tener con la implementación del aplicativo.

Fase 4. Diseño, elaboración y validación del aplicativo.

Fase 5. Análisis de resultados, discusión, elaboración de conclusiones y recomendaciones.

Estudio de Mercado

Justificación del Tema de Mercadeo

Teniendo en cuenta que en la actualidad el desconocimiento de la existencia y uso de métodos anticonceptivos es una de las principales causas del embarazo no deseado y/o planeado en la sociedad colombiana, y que por ende diversas organizaciones se encuentran trabajando en su prevención, es importante que a partir del estudio de mercadeo se logren identificar y conocer qué actividades se están llevando a cabo para este objetivo, con el fin de tener claridad sobre la diferencia que se debe marcar en el producto, para que sea de gran impacto. Como eje central, el análisis de actividades encaminadas al conocimiento y uso de métodos anticonceptivos es el tema de especial interés.

En el mercado digital, existen plataformas web que ofrecen servicios de orientación biopsicosocial en torno a temas de derechos sexuales y reproductivos, como Sexperto.com, sin embargo, las aplicaciones digitales que trabajan el tema van dirigidas al control de la menstruación en las mujeres. La aplicación iContraception ofrece orientación en torno al uso de métodos anticonceptivos, sin embargo, su imagen, lenguaje y contexto es técnico y plano, por lo cual, no resulta llamativo ni comprensible para los jóvenes.

Objetivo General del Estudio de Mercadeo

A modo general, el estudio de mercadeo tiene por objetivo conocer e identificar las actividades, proyectos, dinámicas y demás ejercicios que se llevan a cabo actualmente en

Colombia, con el fin de tener claridad en los componentes a trabajar de manera innovadora y de impacto. El conocer cada uno de los elementos del estudio de mercadeo permite establecer el nicho de mercado a potenciar en la aplicación digital, identificado competencias, fortalezas, pasos a seguir y planes de acción para lograr el acceso al conocimiento sobre MAC en jóvenes de manera dinámica y eficaz.

Objetivos Específicos del Estudio de Mercadeo

1. Generar herramientas pedagógicas que propicien el desarrollo de competencias en los jóvenes de tal forma que incorporen en su vida el ejercicio de los derechos humanos sexuales y reproductivos para que así, puedan tomar decisiones permitiéndoles vivir una sexualidad sana y responsable.
2. Para ello, es necesario dar inicio a una búsqueda exhaustiva y rigurosa de dichos ejercicios, con el fin de entrar a analizar sus objetivos, dinámicas, población que trabajan, rangos de edades, estadísticas de embarazo adolescente, embarazo y uso de métodos anticonceptivos y demás variables que van a permitir realizar un análisis del mercado al cual nos enfrentamos.

El Producto

Nombre del producto.

iPrevent es una aplicación digital que tiene por objetivo brindar las herramientas necesarias a los adolescentes para que logren conocer y hacer un uso adecuado de los métodos anticonceptivos que existen, sus características, ventajas, desventajas y mecanismos de acción, para lograr tomar una decisión responsable. Hace referencia a la decisión personal que toman los jóvenes y adolescentes en relación a la prevención de embarazos no deseados o planeados y la adquisición de ITS.

Imagen y diseño de logos, marcas y slogan.

Diseño de logos:



Marca

iPrevent

Slogan

“ Elige Protegerte”

Producto básico.

Los beneficios del material están enmarcados en el abordaje del conocimiento uso de métodos anticonceptivos por medio de la estrategia tecnológica vigente en el diario vivir de los jóvenes, que son las aplicaciones digitales para celulares, haciendo uso de estas herramientas no solo para entretenimiento sino también para educación y apropiación de derechos sexuales y reproductivos.

Producto real.

iPrevent Es una aplicación digital con contenido informativo, cuya característica visual es la tonalidad cálida en sus colores, la facilidad de manejo del aplicativo, de descarga libre y sencilla, que permite que su acceso sea llamativo, confiable, viable y eficaz.

Producto ampliado.

La aplicación ofrece la posibilidad de fortalecer y apropiarse en los jóvenes el conocimiento y la toma de decisiones frente al uso de métodos anticonceptivos como alternativa para experimentar y decidir sobre una vida sexual enmarcada en el enfoque de derechos y responsabilidad.

Factor diferenciador del producto.

iPrevent entra en el mercado digital innovando en su contenido, basado en la información y práctica, y no solo en esta última. En la actualidad, se fomenta el uso de los métodos más no se hace hincapié en los mecanismos de acción y riesgos que existen, dejando de lado la sensibilización en torno a la importancia del tema, en donde su acceso no resulta de interés, razón por la cual la aplicación buscará la toma de decisión responsable, fundamentada y autónoma.

Variables psicológicas que los componen.

Autoestima. Existe una estrecha correlación entre la autoestima y la sexualidad, si un adolescente tiene una autoestima adecuada, vivirá de forma sana y saludable su sexualidad, pues la percepción que tiene de sí mismo le permitirá desenvolverse y tomar decisiones acordes con su bienestar. Sin embargo, cuando un adolescente presenta una autoestima baja, éste afectará su área emocional, impidiéndole tomar decisiones correctas.

Locus de control. Se refiere a la posibilidad de dominar un acontecimiento; ya sea que el control sea percibido de manera interna o externa al individuo (Oros, 2005 citado en Carrillo y Diaz 2016) Es un rasgo de personalidad que ubica a las personas en un continuo según la responsabilidad aceptada sobre lo que le ocurre. Esta variable influye en la capacidad de control y autocontrol frente a ambientes sociales, por tal razón el adolescente puede ser influenciado sino posee un estado de control óptimo.

Autoconcepto. Es un constructo psicológico que brinda las bases para el sentido de la identidad personal como lo explica William James (1909) citado en Guido, Mújica y Gutiérrez (2011), es la suma de lo que el individuo podría llamar suyo haciendo referencia a la distinción de su fisiología, familia y acumulación de objetos y propiedades que el individuo ha adquirido a lo largo de su vida.

Intimidad. Sternberg (1986) como se cita en Cooper y Pinto (2008), explica el concepto de intimidad desde la teoría del amor, como la capacidad de compartir sentimientos, confianza y la posibilidad de identificar que el otro tiene los mismos intereses para la relación. Se parte de tener el acercamiento, el vínculo y la conexión, con la necesidad de promover un bienestar al otro.

Pasión. Sternberg (1986) como se cita en Cooper y Pinto (2008), explica que el concepto de pasión desde la teoría del amor hace referencia a la sexualidad en el estado intenso de deseo hacia el otro a través de la expresión de necesidades como lo es la autoestima, la entrega de sumisión y satisfacción sexual.

Compromiso. Sternberg (1986) como se cita en Cooper y Pinto (2008) explica desde la teoría del amor, se parte de dos aspectos: a corto y a largo plazo, el primero se entiende como la decisión de amar al otro y el segundo, parte del compromiso de amar al otro.

Los Clientes

¿Quiénes son los clientes?

Cualquier entidad gubernamental o no gubernamental, como Ministerio de Educación, Salud o fundaciones que respalden de manera económica el diseño de software y publicación en tiendas digitales, cuyo interés gire en la innovación tecnológica en cuanto al acceso oportuno de herramientas de salud sexual y reproductiva en adolescentes.

¿Quiénes son los usuarios?

iPrevent Está dirigida primordialmente a adolescentes de cualquier zona de la ciudad que han tomado la decisión de iniciar su vida sexual de manera responsable e informada, con el fin de prevenir ITS, embarazos no deseados y/o planeados

Mercado potencial.

iPrevent es una aplicación dirigida a adolescentes y jóvenes del territorio colombiano que desean iniciar una vida sexual activa con responsabilidad, haciendo uso de métodos anticonceptivos que minimicen el riesgo de tener un embarazo no deseado y/o planeado, así como en el caso específico del condón masculino y femenino, cuyo uso ofrece doble protección: embarazos no deseados e ITS.

La Competencia

¿Quiénes son la competencia directa?

La competencia directa se conoce como *iContraception*, aplicación dirigida a profesionales de la salud que trabajan temas de salud sexual y reproductiva, brindando criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos a sus pacientes.

¿Quién es la competencia sucedánea?

El listado de aplicaciones que de manera indirecta representan competencia para la aplicación es innumerable. Entre las más conocidas y utilizadas, teniendo en cuenta la cantidad de descargas y valoración puntuada por sus usuarios, se encuentra Flo Calendario Menstrual de Ovulación y Fertilidad, Clue, Calendario Menstrual y Mi Calendario by Nosotras.

Análisis de competencia cualitativa y cuantitativa

En la competencia directa, tomamos a *iContraceptive*, cuyo objetivo está enfocado en apoyar la toma de decisión de uso de métodos anticonceptivos por parte de profesionales de la salud en torno a las características de sus pacientes, teniendo en cuenta los criterios establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Por otra parte, en la competencia sucedánea, se encuentran principalmente cuatro aplicaciones enfocadas al control de fertilidad y menstruación, relacionadas a continuación:

Tabla 3. Comparativo de competencia directa y sucedánea.

iContraceptive	Flo calendario menstrual de ovulación	Clue	Calendario Menstrual	Mi Calendario Menstrual by Nosotras
<p>Es una aplicación diseñada bajo los criterios que establece la OMS, con el fin de fomentar el uso de métodos anticonceptivos bajo criterios profesionales, teniendo en cuenta las características fisiológicas propias de los pacientes. Está dirigida a profesionales de la salud.</p>	<p>Es una aplicación dirigida a mujeres en edad fértil que permite controlar la ovulación, fertilidad y menstruación, por medio del registro de últimos ciclos, cambios en el estado del humor y demás. Así mismo, lleva un control y seguimiento de proceso natal para mujeres en estado de embarazo. Por último, brinda recomendaciones</p>	<p>Su principal interés es abordar la salud femenina por medio del uso de información científica para fomentar el conocimiento y control sobre el ciclo menstrual propio. Permite realizar predicciones teniendo en cuenta el estado de ánimo, cambios en el flujo cervical, toma de anticonceptivos y demás. Todo lo expuesto es referenciado,</p>	<p>La aplicación, dirigida a mujeres en edad fértil, enfoca su objetivo en el control y seguimiento de la menstruación, el ciclo de ovulación y las posibilidades de embarazo, ayudando también a quienes buscan concebir. Así mismo, consta de un recordatorio de uso de píldoras, anillo, parche e inyección anticonceptivos. No ofrece</p>	<p>El calendario permite llevar un control sobre la menstruación, los días de fertilidad y los días de ovulación. Permite ingresar recordatorios para el uso de píldoras anticonceptivas, así como elementos de protección necesarios para la llegada del periodo. No ofrece información conceptual en cuanto a lo diversos</p>

que permiten recalcar su información métodos
afrentar de carácter conceptual en anticonceptivos
manera positiva científico. Está cuanto a lo existentes.
el ciclo dirigida a diversos métodos
menstrual. No mujeres en edad anticonceptivos
ofrece fértil. No ofrece existentes.
información información
conceptual en conceptual en
cuanto a lo cuanto a lo
diversos diversos
métodos métodos
anticonceptivos anticonceptivos
existentes. existentes.

Tomado de: Play Store.

Teniendo en cuenta las aplicaciones de mayor incidencia, estas cinco son las que representan competencia para la aplicación, teniendo en cuenta los elementos de control y seguimiento de uso de métodos anticonceptivos, a pesar de la poca información veraz que ofrecen acerca de los mismos.

Las cinco aplicaciones relacionadas anteriormente son de libre descarga en Play Store para dispositivos Android, están dirigidas principalmente a mujeres en edad fértil y comparten el mismo objetivo.

Descripción de los productos de la competencia.

Como se explicó en el anterior punto, las aplicaciones son de carácter informativo y de control, permitiendo el conocimiento del cuerpo en relación con los procesos biológicos y sexuales de las mujeres. Su estructura gráfica evoca la feminidad, haciendo uso de tonalidades rosa y utilizando imágenes que representan la delicadeza e intimidad de la mujer. Buscan establecer una identidad propia al momento de acceder, solicitando datos personales que van a permitir brindar información de manera veraz y oportuna.

Análisis DOFA del producto vs. competencia.

DEBILIDADES (D)

Dificultades en la imagen de la aplicación.

Dificultades en relación con la publicidad para llegar al público.

OPORTUNIDADES (O)

Crecimiento rápido de usuarios de la aplicación.

Apoyo económico por parte de diversas entidades.

El alto grado de penetración de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) entre adolescentes y jóvenes.

Estrategias DO

En los primeros meses de uso de la aplicación, es pertinente realizar encuestas de satisfacción y observaciones que permitan realizar las modificaciones necesarias para mejorar la imagen de la aplicación.

Al contar con apoyos económicos, resulta viable la posibilidad de buscar alternativas profesionales que fortalezcan la calidad y estética gráfica de la aplicación.

Al contar con un crecimiento de usuarios considerable, el voz a voz y las recomendaciones se convierten en una herramienta de publicidad importante, que permite el reconocimiento de la aplicación.

Si se presentan dificultades para acceder al público esperado, el invertir en estrategias publicitarias de impacto permitiría contrarrestar la dificultad.

Las instituciones públicas y privadas pueden ser una buena estrategia para divulgar los servicios de la aplicación.

AMENAZAS (A)

Ingreso de competidores directos.

Mala percepción del contenido de la aplicación por parte de los usuarios.

Estrategias DA

Se deben revisar las condiciones actuales de la aplicación en relación con las características de la nueva competencia, con el fin de realizar los ajustes necesarios.

Evaluar los contenidos textuales y gráficos de la aplicación con el fin de implementar estrategias de marketing y publicidad adecuadas y llamativas.

Rediseñar la manera en que se está buscando el acceso de las personas a la aplicación.

Reevaluar los contenidos publicitarios, transformando su intención con el fin de atraer más público.

Mantener comunicación constante con los y las usuarios/as de la aplicación e ir realizando ajustes de acuerdo con su evaluación.

Canales de Distribución-Comunicación**¿Dónde comprarían el producto?**

La aplicación estaría disponible en Play Store para descarga gratuita en dispositivos Android, y en App Store para dispositivos de sistema operativo iOS.

¿Qué medios se usarán para promover su producto?

Al apuntar a población adolescente y juvenil, el uso de publicidad por medio de las redes sociales resulta favorable para lograr conocimiento e interés en los jóvenes para descargar la aplicación y hacer uso responsable de ella. Así mismo, si se cuenta con apoyo por parte de diversas entidades, como instituciones educativas, de salud, de bienestar, justicia y protección, así como también la promoción por medio de páginas web y medios publicitarios como vallas o afiches es una posibilidad viable.

Resultados estudio de mercadeo

La aplicación de la encuesta de mercadeo se realizó en jóvenes de los 18 a los 22 años, con nivel de escolaridad universitario que ya iniciaron su vida sexual.

En cuanto a la primera pregunta, todos los participantes manifestaron haber utilizado el servicio web para obtener información acerca de temas relacionados con su sexualidad, como lo son el uso de métodos anticonceptivos y riesgos sobre las relaciones sexuales sin protección. Si bien no todos manifiestan usar algún método de planificación en la actualidad, una gran parte hace uso de métodos hormonales, seguido de las pastillas anticonceptivas y el uso de métodos de barrera o condón. Así mismo, manifiestan que las farmacias y las EPS son los sitios de abastecimiento del método. El uso de estrategias digitales resulta ser de uso frecuente para acceder a la información, razón por la cual, si la información es clara, confiable, verídica y suficiente, harían uso de la aplicación.

Discusión estudio de mercadeo

Teniendo en cuenta las respuestas dadas en la encuesta de mercadeo, se logra reafirmar el objetivo que persigue el aplicativo de brindar información sustentada y confiable frente al uso responsable de métodos de prevención de embarazos no deseados a ITS, ya que ésta problemática resulta de gran inquietud en los adolescentes que han iniciado y/o mantienen activa su vida sexual. Así mismo, se resalta el acceso a los métodos, quienes en su mayoría hacen uso de su abastecimiento en la EPS, haciendo valedero este derecho sexual, demostrando que tienen cierto conocimiento frente a él.

Resultados

A continuación, se presentan de manera gráfica las estadísticas de los datos que se obtuvieron con la población de adolescentes, con una muestra total de 30 participantes, teniendo en cuenta los dos géneros, con un rango de edad entre los 14 a 17 años y el estrato socioeconómico. Para concluir con la recolección de los datos sociodemográficos. La presente encuesta se realizó de manera aleatoria, en adolescentes y jóvenes que se caracterizan como estudiantes.

Datos sociodemográficos

Sexo	Cantidad	Edad				Estrato Socioeconómico		
		14	15	16	17	1	2	3
Hombre	13	3	5	2	3	4	7	2
Mujer	17	5	3	4	5	3	6	8

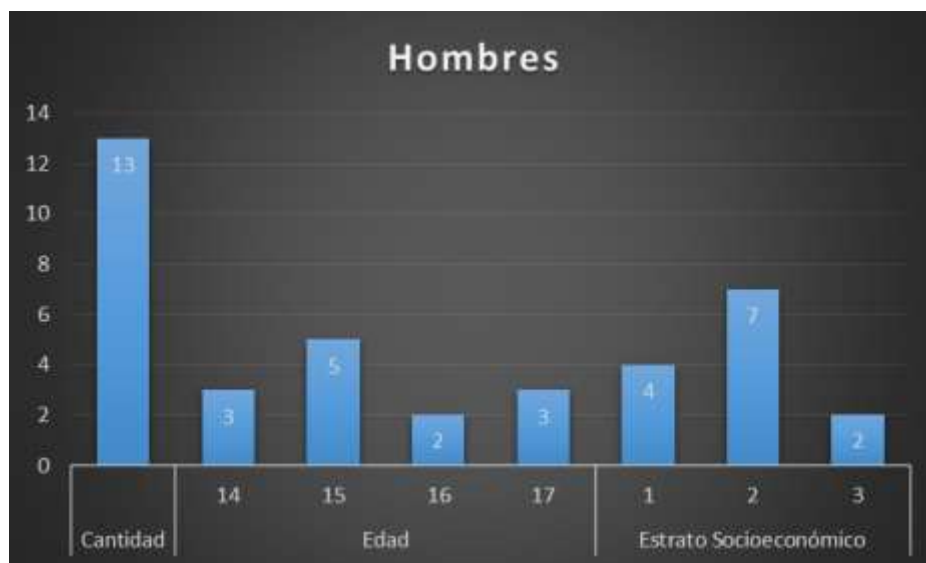


Figura 3. Datos sociodemográficos perteneciente al género masculino.

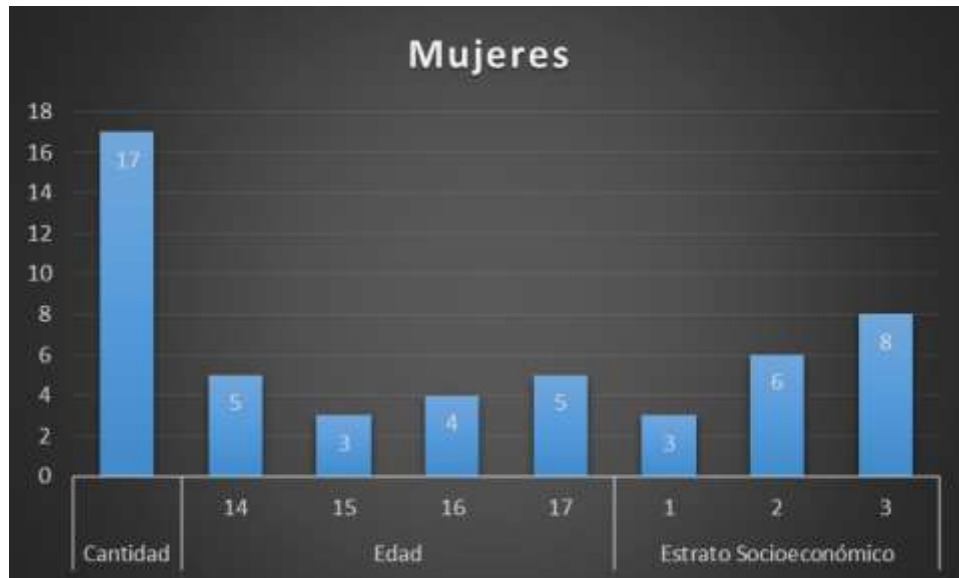


Figura 4. Datos sociodemográficos perteneciente al género femenino.

Se evidencia que la mayor participación fue por parte de las mujeres con un total de 57 %, con una edad promedio de 14,7 años de edad, así mismo el estrato que más prevaleció fue el estrato 3. Seguidamente los hombres tuvieron una participación del 43 % con una edad promedio de 15 años y el estrato económico que más prevaleció entre estos participantes fue el estrato 2.

A continuación, se presentan las estadísticas y gráficas pertenecientes a cada pregunta de la encuesta de los adolescentes.

Lea atentamente cada una de las frases y responda con una X la respuesta que más se ajuste a su realidad.

Tabla 4. Conocimiento general.

Pregunta	Respuesta			Total
	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	
¿El condón nos protege de un embarazo o de una infección de transmisión sexual?	16 53%	13 43%	1 3%	30
¿Las entidades prestadoras de salud (EPS) brindan información pertinente acerca de los métodos anticonceptivos?	3 10%	9 30%	18 60 %	30
¿Es importante utilizar un método anticonceptivo en una relación sexual?	23 76 %	4 13%	3 10 %	30
¿Le han informado en la EPS que los métodos anticonceptivos son gratuitos?	1 3%	7 23%	22 73%	30

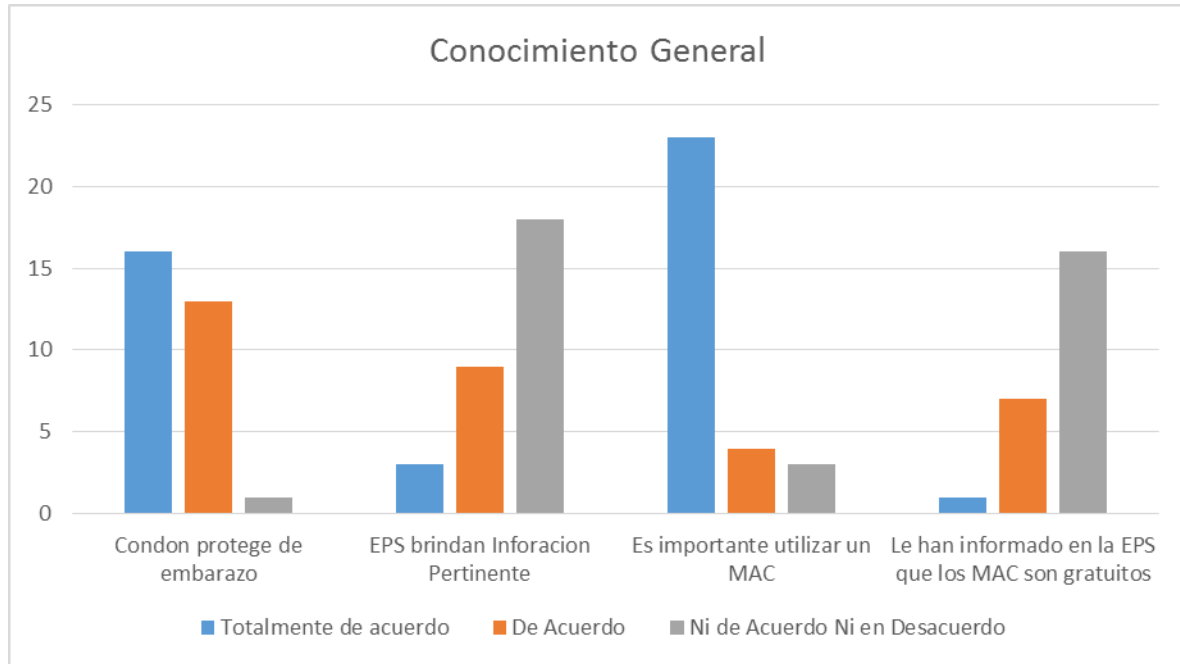


Figura 5. Conocimiento General.

Con un total de 30 encuestados, el 53 % de la población, considera que el condón es el método anticonceptivo que protege de un embarazo o de una infección de transmisión sexual. El 60 % de la población no está ni de acuerdo ni en desacuerdo que las entidades prestadoras de salud (EPS) brinden información pertinente acerca de los métodos anticonceptivos. El 76 % de la población está de acuerdo en que es importante utilizar un método anticonceptivo en una relación sexual y finalmente el 73 % de la población desconoce que la EPS brinda los métodos anticonceptivos de manera gratuita.

Tabla 5. De quien ha recibido información respecto a la sexualidad y el uso de MAC.

Pregunta	Respuestas					
	Padre	Madre	Profesores	Personal De salud	Amigos	Otros
¿De quién has recibido información respecto a la sexualidad y el uso de los métodos anticonceptivos?	7 23%	16 53%	15 50 %	7 23 %	4 13 %	0

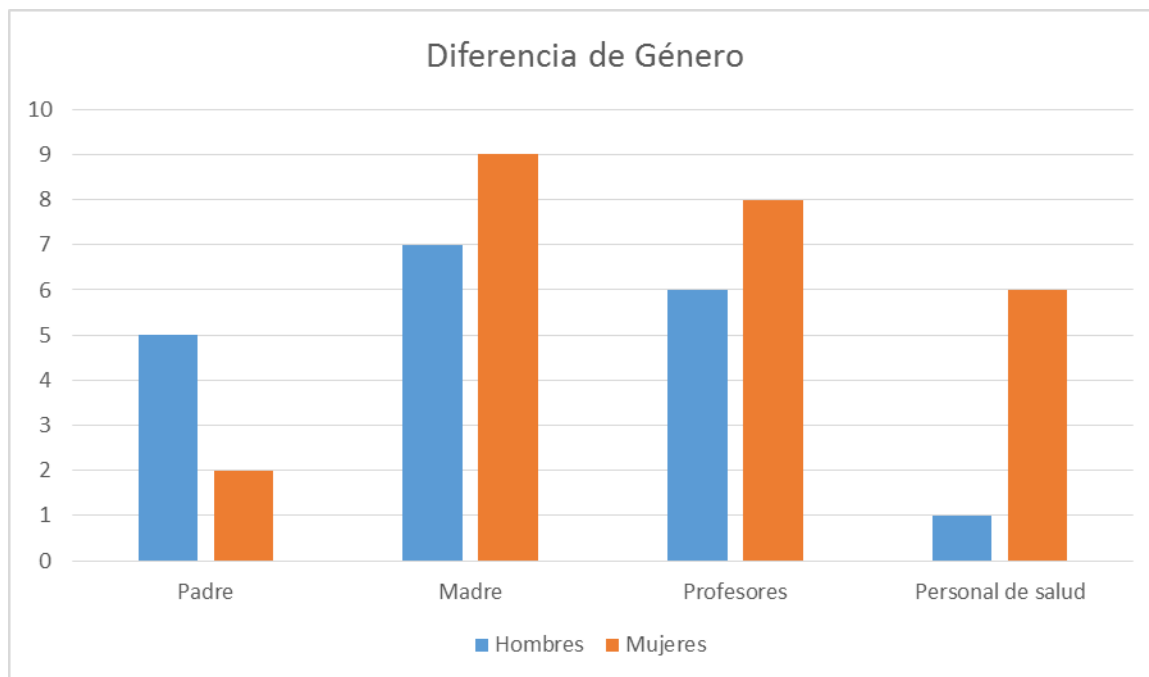


Figura 6. Diferencia de género en cuanto a información recibida.

Dentro de las diferencias de género, se contrasta, que las mujeres prefieren solicitar la información a la madre del núcleo familiar, seguidamente recurren a los profesores como segunda opción para adquirir información. Así mismo, tanto hombres como mujeres acuden en mayor medida a su madre para solicitar la información.

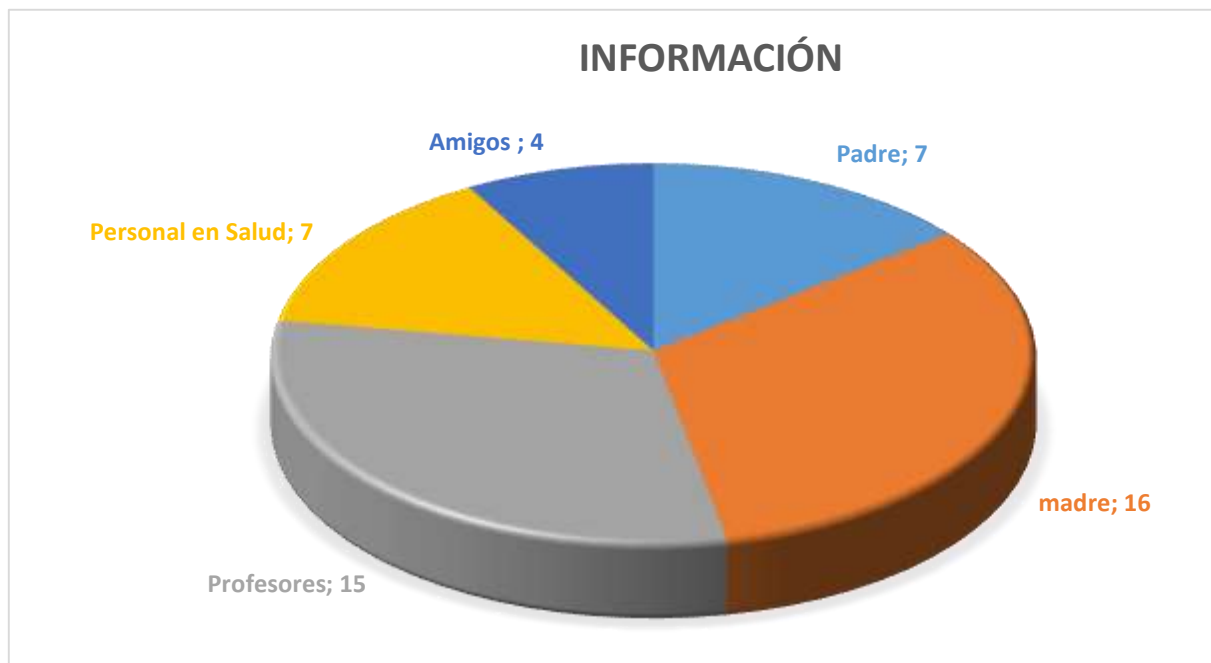


Figura 7. De quien ha recibido información respecto a la sexualidad y el uso de MAC.

Los encuestados tenían la opción de seleccionar más de una alternativa de respuesta, con un total de 30 encuestados, el 53 % de la población manifiesta que la mayor información que han obtenido acerca de la sexualidad y de la adecuada utilización de los métodos anticonceptivos, ha sido por parte de la madre del núcleo familiar. Sin embargo, es importante mencionar que el 50 % de la población ha acudido a los profesores para recibir información de la sexualidad y el uso adecuado de los MAC.

Tabla 6. Tipos de MAC que conoce.

Pregunta	Respuestas					
	Condón	Pastilla del día después	Anillo Vaginal	Parche	Inyectables	Dispositivo Intrauterino (DIU)
¿Qué tipo de métodos anticonceptivos conoces?	30	26	6	2	20	5
	100%	86 %	20%	6 %	66 %	16 %

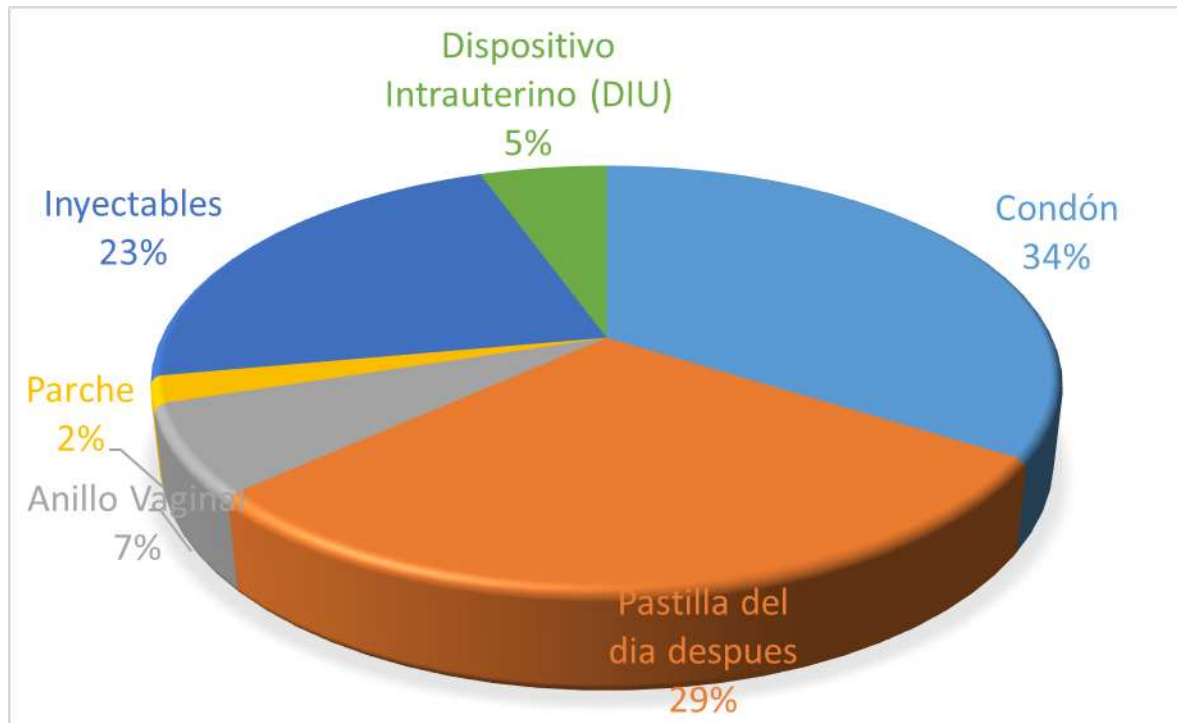


Figura 8. Tipos de MAC que conoce.

Los encuestados tenían la opción de seleccionar más de una alternativa, con un total de 30 encuestados, el método que más conoce la población es el condón con un 100 % seguidamente las pastillas anticonceptivas con un total del 86 % y con un 23% los métodos anticonceptivo inyectables.

Tabla 7. Utilización de los MAC.

Pregunta	Respuestas	
	Si	No
¿Has utilizado alguno(s)?	12	18



Figura 9. Utilización de los MAC.

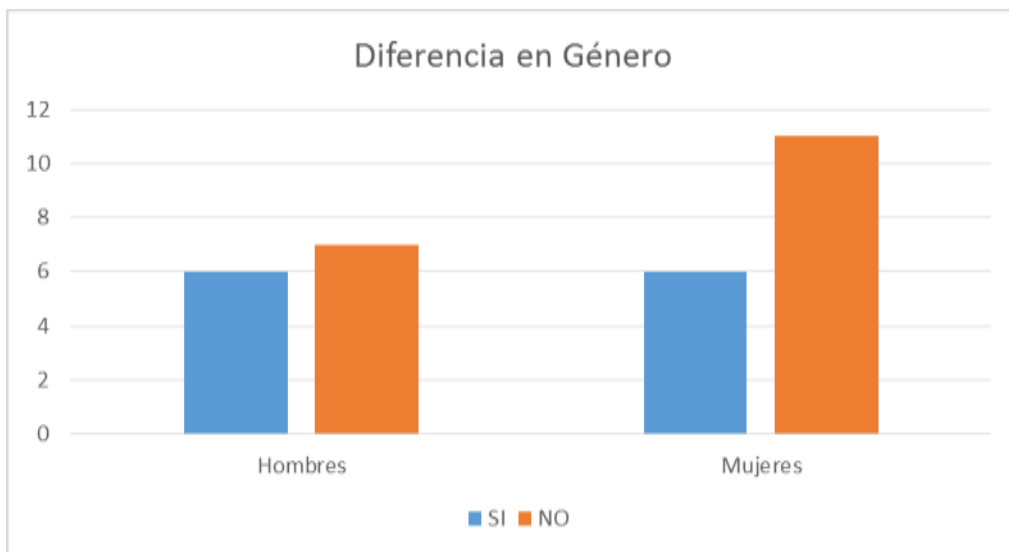


Figura 10. Utilización de los MAC diferencia de género.

Con un total de 30 encuestados, el 62 % de la población manifiesta no utilizar ningún método anticonceptivo, dentro de este porcentaje las mujeres tienen el índice más elevado pues de las 17 encuestadas, solamente 6 mujeres utilizan algún método anticonceptivo el 11 restante no utilizan ningún método. El 38 % de la población SI utiliza métodos anticonceptivos.

Tabla 8. Cómo acceder a los MAC.

Pregunta	Respuestas	
	EPS	Farmacia
¿Cómo accedes a los métodos anticonceptivos?	6	17
No Conoce	7	

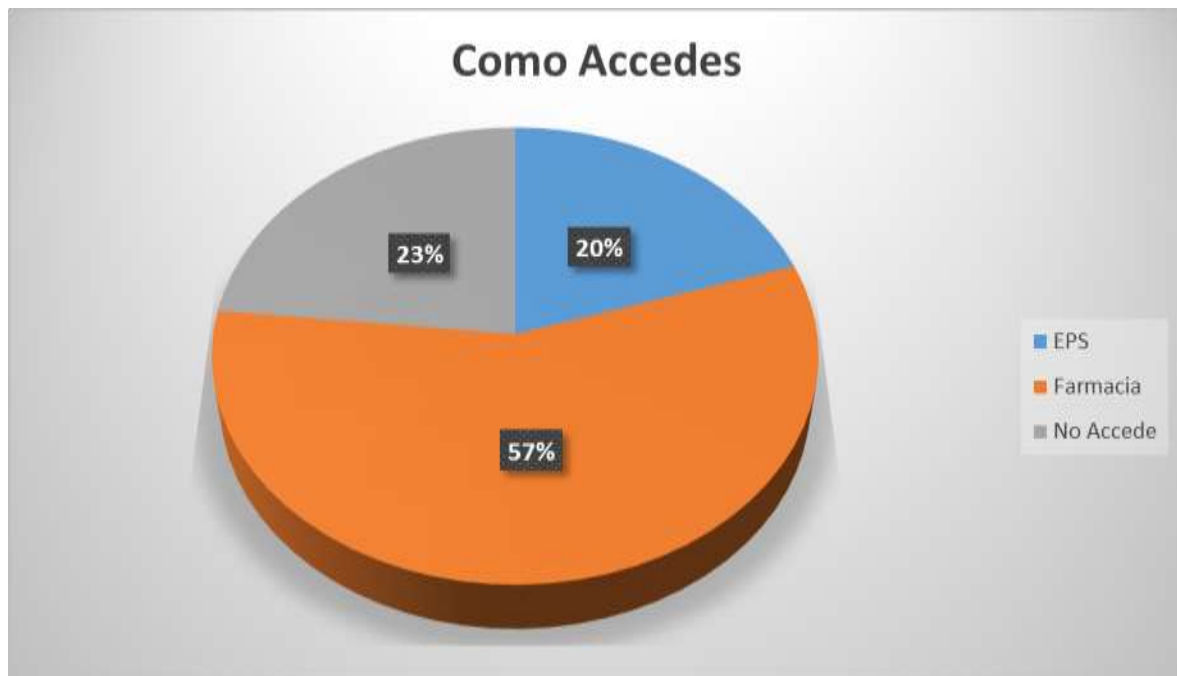


Figura 11. Cómo acceder a los MAC.

Con un total de 30 encuestados, el 57 % de la población manifiesta que la manera en como solicitan un método anticonceptivo, es por medio de una farmacia o una droguería, y el 23 % de la población no acceden a ningún método anticonceptivo. Se evidencia con un 20% que los adolescentes conocen que pueden acceder a los métodos anticonceptivos por medio de la EPS.

Tabla 9. Negocia con la pareja la utilización de algún método anticonceptivo.

Pregunta	Respuestas	
	Si	No
¿Negocias con tu pareja el uso de algún método anticonceptivo antes de tener una relación sexual?	15	15

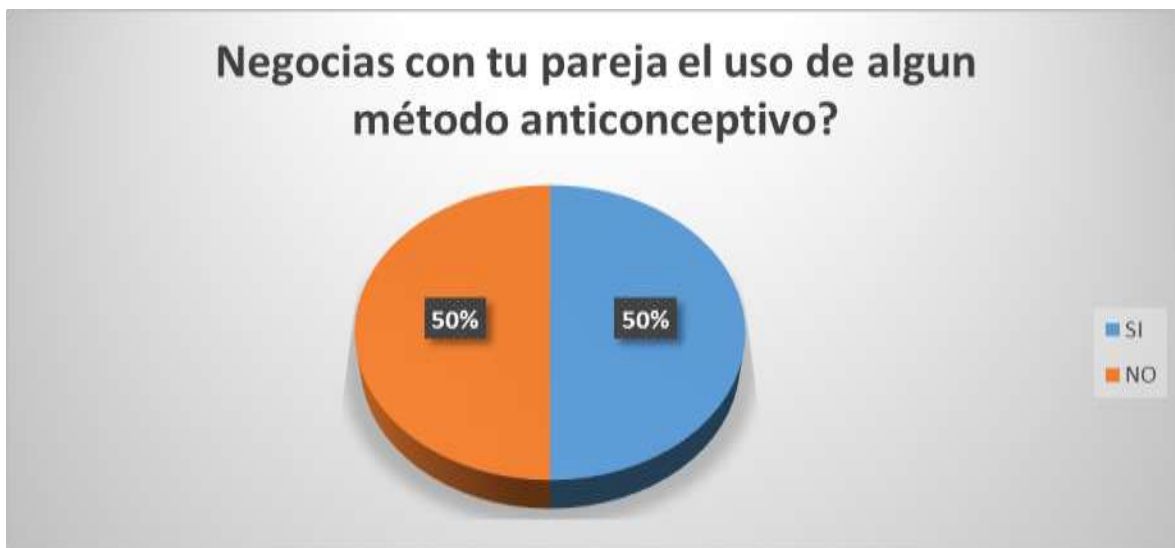


Figura 12. Negocia con la pareja la utilización de algún método anticonceptivo.

El 50 % de la población manifiesta que si tiene en cuenta la opinión de su pareja para la utilización del método anticonceptivo en la relación. Sin embargo, el otro 50 % de la población no está de acuerdo en negociar esta decisión, lo cual indica que el uso de métodos anticonceptivos sigue siendo concebido como un hecho aislado a la responsabilidad que implica el mantener relaciones sexuales con otras personas.

Tabla 10. Pertenece a una EPS.

Pregunta	Respuestas	
	Si	No
¿Estas afiliado (a) a una EPS?	29	1
Cual		



Figura 13. Pertenece a una EPS.

El 97 % de la población pertenece a alguna EPS. Es importante resaltar que dentro de esta pregunta existía la posibilidad de mencionar la EPS a la cual pertenecen, sin embargo, la mayoría de los encuestados desconocía la entidad prestadora de servicio. No obstante, la EPS que más frecuencia tuvo fue Medimás.

Tabla 11. *Solicitar información de planificación familiar e infección de transmisión sexual a un EPS.*

Pregunta	Respuestas	
	Si	No
Has acudido a una entidad de salud para solicitar información de planificación familiar e infecciones de transmisión sexual?	5	25
Cual		



Figura 14. *Solicitar información de planificación familiar e infección de transmisión sexual a un EPS.*

El 83 % de la población No ha acudido a ninguna EPS para solicitar información acerca de la planificación familiar e infecciones de transmisión sexual. Es importante indagar cuales variables son las que están influyendo a la hora de acudir a una EPS a solicitar información acerca de las

ITS ya que solamente el 17% de la población ha tenido un acercamiento a la información brindada por la entidad prestadora de salud.

Tabla 12. Conoce los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes.

Pregunta	Respuestas	
	SI	NO
¿Conoces los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes?	2	28
¿Cómo te fue ?		

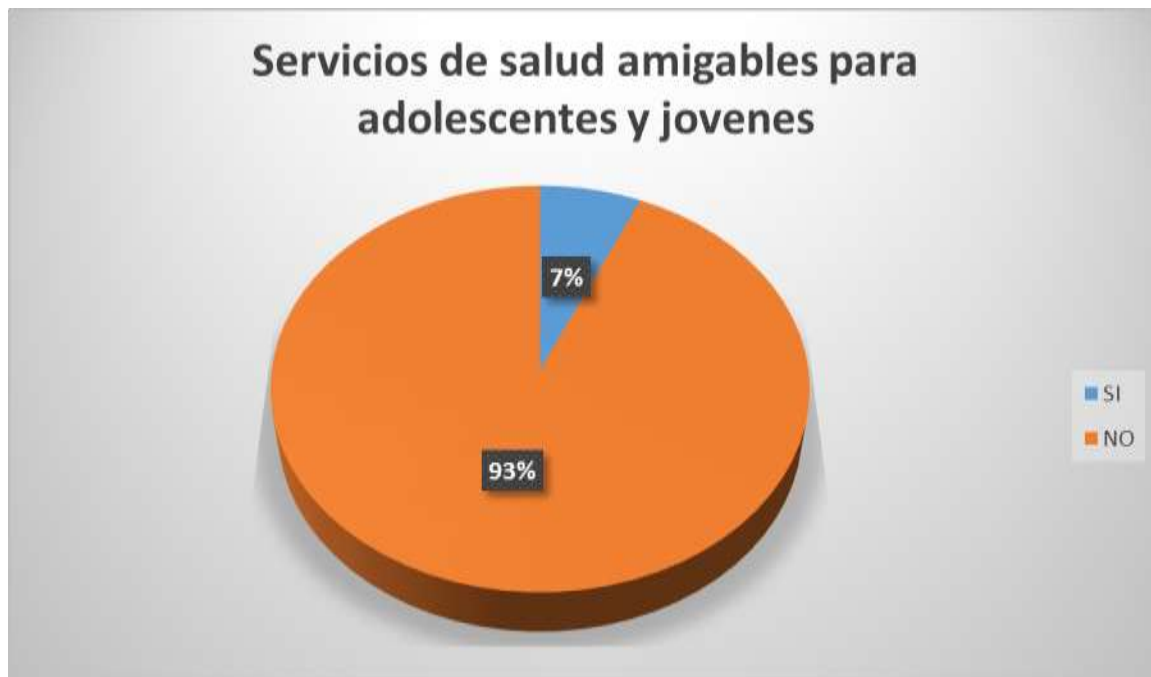


Figura 15. Conoce los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes.

El 93 % de la población desconoce que las EPS brindan este espacio y servicio para los adolescentes y jóvenes.

A continuación se describen las preguntas y las respuestas abiertas que dieron los participantes a la encuesta para adolescentes. En la siguiente tabla se relacionan sexo y la edad de los participantes, en relación con las respuestas dadas a la pregunta.

PREGUNTAS

Sexo	Edad	¿Cuál consideras que es el método anticonceptivo más favorable para ti como joven? ¿Por qué?	Si un amigo o amiga te dijera que no utilizo algún método anticonceptivo y teme quedar embarazada ¿Qué le aconsejarías?	Cuando tienes un problema o dificultad relacionada con tu sexualidad ¿A quién acudes?
H	15	El condón y la pasta del día después.	Pues que esté tranquilo que no vaya hacer una estupidez o algo por el estilo.	A google
H	16	El condón porque previene las enfermedades.	Que tome pastillas del día después	Acudo a los médicos pero hasta el momento no he tenido ninguno.
M	14	Condón porque evita embarazos y enfermedades.	Pues que se tome la pastilla	Hablo con mi mamá
M	15	Yo creo que el condón ya que nos protege de la enfermedad y las pastillas por si hay un embarazo	Que se tome la pastilla del día después o que se acerque a alguna EPS y pida algún consejo o que vaya a psicología.	Algún amigo o amiga de mis primas que ya haya estado con alguna persona
M	14	El condón y las inyecciones el condón protege de las enfermedades y las inyecciones protege de un posible embarazo.	Le aconsejaría que se realice un procedimiento que le haga saber la verdad.	A un profesor
M	14	La pila porque es mejor para no estar toando	Pues que al otro día se	A mi mamá

		pastas porque de pronto se le olvida.	tome la pastilla.	
M	16	La pila porque dura 4 años y las pastillas para mí no servirían de nada.	Le aconsejaría que más que todo que le contara a su mamá para que ella le ayude.	A mi mamá
H	15	El condón	Que se hiciera una prueba	A mi mamá
M	17	Considero que el condón ya que es el método anticonceptivo más fácil de usar y conseguir.	Le aconsejaría que tomara las pastillas del día después, y si ya ha pasado más tiempo, le diría que se hiciera la prueba de embarazo, y si sale positiva, le diría que asuma las consecuencias.	Acudo a mi hermano y después a mi mamá
M	16	Condón porque es el más efectivo	Que afronte las consecuencias	A mis padres
M	16	Condón ya que me han enseñado que es el más efectivo	Que se hiciera una prueba de embarazo	A mis padres
M	15	La T ya que dura 5 años para no tener embarazos, pero aun así utilizaría el condón	Que se tome un examen de sangre a ver si está embarazada y si la relación fue un día antes que se tome la pastilla del día después	A mis padres o a profesionales
H	15	Inyectables	Que se sometiera a los respectivos procedimientos para saber si está embarazada y si lo está que	A nadie

			afronte las consecuencias	
M	15	Inyectables	En este caso no sabría que decirle	A un amigo o a mi hermana
H	15	La verdad no sé, pero supongo que el condón porque es el que más se conoce	Que vaya a rezar, y que le diga a sus padres	Padres
M	14	El condón o las pastillas anticonceptivas	Que se hiciera una prueba de embarazo para estar segura y fuera al médico a que todo esté bien y que jamás aborte	A mi mamá, ella me aconseja, o si no puede ser al medico
H	16	El condón, es el más utilizado que yo sepa	Que se haga una prueba	A mis padres
H	14	Condón porque es el más usado	Que diera o tomara la pastilla del día después	A mis padres
H	15	El condón porque primero que todo evita un embarazo y lo segundo una enfermedad	Que le diera el postday o la pastilla del día después	A mis amigos o con mi Papá
H	17	El condón	Que se haga una prueba para asegurarse	A mi familia
H	14	El condón para prevenir infecciones y embarazos	Que se cuide de las infecciones	A mis padres
H	14	No se	No sabría que decirle	A mis padres
M	17	Condón	Que se realice la prueba, y si no ha pasado mucho tiempo, que se tome las	A mi mamá y dado el caso a la EPS

pastillas del día después				
M	17	El condón porque me ayuda a protegerme de las enfermedades de transmisión sexual	Que se realizara una prueba de embarazo para verificar	A mi madre
M	14	El condón porque en algunos casos sirve mucho para protegernos	Que tome las pastillas del día después	A mi mamá
M	16	Pastillas ya que me generan la cantidad de hormonas que necesito para mi planificación	Que se realice una prueba de embarazo	Una amiga que es medica
H	17	El condón porque me protege de una enfermedad de transmisión sexual	Que afronte sus responsabilidades	Hasta el momento no he tenido ninguna dificultad
M	17	El condón para evitar enfermedades de transmisión sexual y la inyección para evitar un embarazo	Sería que utilice los métodos para evitar un embarazo no deseado y las enfermedades	Nadie
H	17	El condón porque uno es el mismo responsable de lo que hace y si en caso de un embarazo creo que otros métodos matarían el feto	Que se realice la prueba de embarazo para saber si está o no esta Y por cosas de la vida queda en embarazo pues cada quien es responsable de lo que hace	A nadie
M	17	El condón ya que es el	Pues que se realice primero	A nadie

método más seguro

una prueba y después que
le cuente los resultados a
su pareja

Discusión

El uso de métodos anticonceptivos permite a los individuos y parejas anticipar y alcanzar el número deseado de hijos, así como el espaciamiento y tiempo de los nacimientos lo cual afecta su curso de vida, el alcance y mantenimiento de una buena salud. A pesar de los esfuerzos internacionales por medio de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y específicamente del objetivo 5 - Mejorar la salud materna, en el mundo, cerca de 201 millones de mujeres siguen careciendo de acceso a métodos anticonceptivos eficaces (Guttmacher Institute, 2010 citado en ENDS 2015). En Latinoamérica, Guttmacher ha estimado que más de la mitad de todos los embarazos en la región no son deseados, aún con la alta prevalencia de métodos anticonceptivos.

De acuerdo con este panorama, dentro de la encuesta que diligenciaron los participantes, el 76% de la población destacó que es importante utilizar un método anticonceptivo en una relación sexual, sin embargo, solamente el 38 % de la población ha hecho uso de estos métodos anticonceptivos. Es aquí en donde surge el interrogante del por qué si existe una variedad de métodos anticonceptivos, ¿los adolescentes no acceden a ellos? Frente a esta pregunta se tuvieron en cuenta algunas variables independientes y dependientes, que podrían afectar a la hora de utilizar los métodos anticonceptivos en una relación sexual. Dichas variables hacen referencia a: ¿De dónde obtiene información pertinente los adolescentes? ¿Qué tipo de métodos anticonceptivos conocen? ¿Cómo pueden acceder ellos a estos métodos?

El 53% de la población reporta que la información que obtienen acerca de la sexualidad y de los métodos anticonceptivos es por parte de la madre del núcleo familiar, de esta manera siendo el género femenino quien más acude. Como segunda opción se encuentra el rol del profesor, como agente activo para orientar y brindar la información más adecuada a esta población. Lo anterior no se relaciona con lo planteado por la ENDS 2015 en relación a las fuentes de información acerca del tema, en donde se relaciona que son los servicios de salud, los medios de comunicación, las amistades y la comunidad en general quienes brindan la información.

Respecto a los métodos anticonceptivos que más conoce la población adolescente comprendido entre las edades de 14 a 17 años de edad, son: el condón masculino con un 100%, seguido de la pastilla del día después con un 86 % y los inyectables con un 66%. Esto se pueden contrastar con la ENDS 2015, los cuales arrojaron que, entre todas las mujeres y hombres encuestados, los métodos modernos específicos más reportados son los siguientes: condón masculino, esterilización femenina y píldora (todos por encima del 90%). Por otra parte, el desconocimiento de métodos como la espuma vaginal, el parche anticonceptivo y el Método de Amenorrea por Lactancia se evidencia fuertemente en la ausencia de respuestas con estos métodos. De acuerdo con esta información es evidente que después de tres años de realizada la encuesta, la población sigue manifestando que el condón masculino es el método más conocido por esta población, no obstante, la utilización de este no es tan notoria como debería ser. Uno de los factores que puede llegar a incidir fuertemente en esta premisa es la presión social ejercida constantemente por el inicio de relaciones sexuales a corta edad, en donde el uso del condón se desestima en términos de disminución de sensaciones o incredulidad frente a los riesgos que el no uso trae consigo; esto se puede explicar desde factores como índices de educación formal bajos, por ejemplo.

Es importante resaltar que dentro de la población de adolescente hay una problemática de desconocimiento total frente a dos aspectos: el primero con un 73% desconoce que las EPS brindan de manera gratuita todos los métodos anticonceptivos para la población. De acuerdo con Informe de Estado de la Población Mundial 2012, que reveló que el 73% de las colombianas usan métodos anticonceptivos modernos, pero que solo el 52 % de ellas saben que sus EPS están obligadas a dárselos de forma gratuita. Según La asesora sobre el tema para el Unfpa, Mariluz Mejía Gómez, el problema en este caso no es solo que las personas desconozcan este derecho, sino que una vez que lo reconocen se enfrentan a una cantidad de trabas por parte del sistema de salud, que los lleva a correr riesgos cuando tienen su relación sexual. Según la asesora de la Unfpa, la anticoncepción debería ser considerada un servicio prioritario, casi de urgencia, especialmente cuando se trata de jóvenes, porque se está previniendo un embarazo no deseado.

La siguiente problemática que se evidenció es que el 93% de la población no conoce que las EPS cuentan con un servicio especializado sobre los servicios de salud amigable para adolescentes y jóvenes. Debido a esto, surge la necesidad de ahondar sobre el propósito de este

servicio y de la manera en cómo se puede divulgar la información y el acceso a este servicio. El propósito fundamental de los servicios amigables es el cuidado y mantenimiento de la salud de adolescentes y jóvenes, el cual, en el marco de la protección social, tiene varios componentes que están normatizados en las Resoluciones 412 y 3384 de 2000 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2008).

Un servicio de salud amigable constituye una “ forma de concebir la actividad diaria dentro de las unidades de atención en salud” . Esta forma orienta la organización y prestación de servicios de salud para la población (entre los 10 y 29 años, en el caso de servicios para adolescentes y jóvenes) y promueve su vinculación y participación para favorecer la prevención de problemas frecuentes en esta etapa evolutiva. Este tipo de servicios parten de la identificación y satisfacción de las necesidades de las personas adolescentes y jóvenes en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y promueve alternativas novedosas y adaptadas a su realidad. Lo esencial es permitir que las personas jóvenes tomen decisiones a partir de información de calidad, para que así puedan aumentar el control de su propia salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2008).

Dentro de las preguntas que se realizaron de forma abierta a la población, se debe resaltar que el método anticonceptivo más favorable para los jóvenes fue el condón ya que los participantes mencionaban qué “ *El condón porque primero que todo evita un embarazo y lo segundo una enfermedad, H 15 años*” así mismo “ *Considero que el condón ya que es el método anticonceptivo más fácil de usar y conseguir M 17 años*. El segundo método anticonceptivo más favorable fueron los inyectables” *El condón y las inyecciones el condón protege de las enfermedades y las inyecciones protege de un posible embarazo M 14 años. Así mismo” El condón para evitar enfermedades de transmisión sexual y la inyección para evitar un embarazo M 17 años*. Es necesario recalcar que en la ENDS 2015, se señala que alrededor de un 85% de personas sostiene que es el condón la práctica más segura para prevenir la transmisión del VIH/SIDA. Así mismo, en esta encuesta también se recalca que la aceptación de la enseñanza en cuanto al uso adecuado del preservativo supera el 80%, siendo este un indicador de necesidad de ampliar la estrategia más allá de entregar condones.

Por tal motivo es de vital importancia el conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos puesto que permiten tomar decisiones oportunas y adecuadas sobre la

reproducción de manera libre, responsable e informada, así como contribuir al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas, además de mejorar y mantener el nivel de salud en la población. En la actualidad, 2 de los problemas más importantes que afectan a la juventud son el embarazo no deseado y las enfermedades de transmisión sexual, y el uso de métodos anticonceptivos puede servir como solución para ambos. Si bien muchos de estos métodos son conocidos por los adolescentes, la mayoría no los utiliza debido a la falta de información adecuada, a la vergüenza de adquirirlos, y a la carencia de servicios de salud y consejería que les garanticen una privacidad y confidencialidad merecidas (Hernández, Quesada, Isla & Hernández, 2007).

Conclusiones y recomendaciones

No es un secreto que el uso de métodos anticonceptivos y la sexualidad en general siguen siendo un tema tabú en nuestra sociedad. Una prueba de ello es la dificultad permanente que se presentó a lo largo del desarrollo del proyecto por acceder a información cualitativa de las impresiones de adolescentes y jóvenes, en donde las instituciones educativas rechazan el tema, generando que los jóvenes hablen con timidez y desconocimiento por el mismo. Sin embargo, las tasas de embarazo no deseado a temprana edad aumentan, y la transmisión de ITS también, convirtiéndose en problemáticas de salud pública que deben ser abordadas tanto desde la atención como la prevención.

Así mismo, dentro de los instrumentos aplicados, se evidencia en fuerte desconocimiento frente a los mecanismos de acción, ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos, en donde no se usa el método, o se usa sin ninguna base conceptual frente a acciones y riesgos presentados.

Es por ello que la propuesta de fomentar el conocimiento válido y responsable sobre el uso de métodos anticonceptivos resulta acertada, brindando herramientas que permiten la toma de decisiones acertada en los jóvenes frente a las prácticas de su sexualidad.

Teniendo en cuenta las dinámicas presentadas durante el desarrollo de la aplicación, se recomienda: hacer uso de un lenguaje comprensivo para jóvenes en cuanto a los temas de sexualidad, haciendo a su vez una conceptualización frente a conceptos clave; hacer uso de los derechos sexuales y reproductivos como eje transversal a cualquier dinámica que pretenda abordar la sexualidad; hacer uso de herramientas cercanas y de fácil acceso con el fin de fomentar

la adquisición del conocimiento; y por último, tener en cuenta siempre las recomendaciones de los usuarios y/o clientes, con el fin de validar los productos y así aumentar su efectividad.

Referencias

- Álvarez, C. (2015). Sexo sin reproducción y reproducción sin sexo. Sexualidad y salud reproductiva de los donantes de semen y óvulos. *Revista Dialectología y tradiciones populares*. Recuperado 02/febrero 2018 http://eprints.ucm.es/37400/1/Consuelo%20Alvarez%20Sexo_sin_reproduccion_y_reproduccion_sin.pdf.
- Barrios, A. (2009). Los jóvenes y la red: usos y consumos de los nuevos medios en la sociedad de la información y la comunicación. *Redalyc*. Recuperado 02/febrero 2018 <http://www.redalyc.org/pdf/860/86011409017.pdf> . Fecha de recuperación 02/febrero 2018
- Carrillo, C. y Díaz, D. (2016). Desarrollo del locus de control en las etapas de la adolescencia. *Revista de educación y desarrollo*. Recuperado 08 03 2018 de http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/39/39_Carrillo.pdf
- Casadiago, D (2014) Conocimientos y uso de los métodos anticonceptivos en un grupo de adolescentes Universidad de Carabobo Valencia Venezuela. Recuperado 01 marzo 2018 de <http://riuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/549/4/wcasadiago.pdf>
- Chandra-Mouli, V., McCarraher, D., Phillips, S., Williamson, N. y Hainsworth, G. (2014). Contraception for adolescents in low and middle income countries: needs, barriers and access. *Reproductive Health*, 11 (1), 1-8. Recuperado de <https://sci-hub.tw/https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-1>
- Código Infancia y Adolescencia, (2006) Recuperado 24 febrero de 2018 de https://www.oas.org/dil/esp/Codigo_de_la_Infancia_y_la_Adolescencia_Colombia.pdf
- Cuéllar, L. Garzón, D & Medina, R (2008). Uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de una institución distrital de Bogotá, segundo semestre 2008. Recuperado 08 /febrero 2018 <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2008/DEFINITIVA/Tesis08.pdf>.

- D' Emilio, J & Freedman E. (1988). *Intimate Matters: A History of Sexuality in America*. New York. Recuperado 13/ febrero de 2018 de <https://books.google.com.co/books?id=VIGHUz8GfVsC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- Finer, L. y Philbin, J. (2013). Sexual initiation, contraceptive use, and pregnancy among young adolescents. *Pediatrics*, 131 (5), 886-893. Recuperado de <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/131/5/886.full.pdf>
- Font, P. (2011). *Desarrollo psicosexual. Estudios de la sexualidad y la pareja*. España. Recuperado 08 /febrero 2018 http://paideia.synaptium.net/pub/pesegpatt2/educ_sexual/DesarrolloPsicosex.pdf
- Franco, L., Mora, G., Mosquera, A., & Calvo, V. (2012). Planificación familiar en mujeres en condiciones de vulnerabilidad social. *Revista Scielo*. Recuperado 13 febrero de 2018 de <http://www.scielo.org.co/pdf/suis/v43n3/v43n3a04.pdf>
- García, P., Martínez, F., Pintor, A., Caelles, N., e Ibañez, J. (2007). Guía de utilización de medicamentos: anticonceptivos hormonales. Recuperado 13 febrero de 2018 de http://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA_ANTIORMO.pdf
- Gómez, C & Montoya, L. (2012). Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana de Briceño. *Scielo*. Medellín, Colombia. Recuperado 13/ febrero de 2018 de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v16n3/v16n3a06.pdf>
- Gómez, M. (2015). *La dicotomía cualitativo-cuantitativo: posibilidades de integración y diseños mixtos*. Campo Abierto. Universidad de Salamanca, España. Recuperado el día 23 de febrero del 2018 de: <https://relatec.unex.es/revistas/index.php/campoabierto/article/view/1679/1075>
- Gómez, P., Agudelo, C., Pardo, R., Et al (2015). Guías para la atención en planificación familiar a hombres y mujeres. Recuperado 08 de febrero 2018 de http://www.med-informatica.net/TERAPEUTICA-STAR/PlanificacionFamiliar_GuiasParaHombresyMujeres_guias10.pdf
- Gutiérrez, L (2015). *Monografía sobre métodos anticonceptivos en la mujer*. Recuperado de 13/ febrero de 2018

<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/7951/GutierrezGarciaL.pdf;sequence=1>

Hernández, J., Quesada, M., Isla, A., y Hernández, P. (2007) Anticoncepción en la adolescencia. *Hospital Ginecobstétrico Docente “ América Arias”*

Hernández, R & Fernández, C. (2010). Metodología de la Investigación 5ta edición. Mc Graw Hill. Recuperado 15/ febrero de 2018 de: https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf

Institute Allan Guttmacher (2017) Publicly funded family planning. Recuperado de 02 marzo 2018 de <https://www.guttmacher.org/united-states/contraception/publicly-funded-family-planning>

Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (s.f). MELA (Método de la Amenorrea de Lactancia. Recuperado 15/ febrero de 2018 de http://icmer.org/wp_ae/mela-metodo-de-la-amenorrea-de-la-lactancia/

International Planned Parenthood Federation of America. (2012). Historia de los métodos de anticoncepción. Recuperado 06/ febrero de 2018 de https://www.plannedparenthood.org/files/9913/9978/2156/bchistory_Spanish_2012.pdf

Iñaki, L., Doval, J., Pérez-Campos, E., Lertxundi, R., Correa, M., de la Viuda, E., Gómez, M., González, J., Martínez, M., Mendoza, N. y Robledo, J. (2008). Self-described impact of noncompliance among users of a combined hormonal contraceptive method. *Contraception*, 77(4), 276-282. Recuperado de <https://sci-hub.tw/https://doi.org/10.1016/j.contraception.2007.11.009>

Mansour, D., Inki, P. y Gemzell-Danielsson, K. (2010). Efficacy of contraceptive methods: A review of the literature. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 15(4), 4-16. Recuperado 22 /febrero 2018 de <https://sci-hub.tw/https://doi.org/10.3109/13625180903427675>

Martínez, G., Copen, C. y Abma, J. (2011). Teenagers in the United States; sexual activity, contraceptive use and childbearing, 2010-2016 National Survey of Family Growth. *Vital and health statistics*, 23(31), 1-36. Recuperado de <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/11653>

Ministerio de la Protección Social (2008b). Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres establecida en la Resolución 412 de 2000. Recuperado 08 /febrero 2018 de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=29225>

Ministerio de Salud de Perú (2013). Planifica tu futuro. Recuperado 08 de febrero 2018 de <https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/planfam/metodos.asp>

Ministerio de Salud y Protección Social (s.f). Prevención del embarazo adolescente. Recuperado 08 /febrero 2018 de <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Embarazo-adolescente.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia. (2015). Encuesta Nacional de Demografía y Salud tomo II.

Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia. (2015). Encuesta Nacional de Demografía Colombia. Recuperado 08 /febrero 2018 de <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR334/FR334.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013a). Consultoría para la evaluación de los Servicios Amigables de Salud para Adolescentes y Jóvenes de Colombia. Recuperado 08 de febrero 2018 de: https://www.unicef.org/evaldatabase/files/Colombia_2013-002_Informe_Final.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013b). Eliminando las brechas en el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva. Recuperado 08 /febrero 2018 de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/servicios-salud-sexual.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Protocolo de Atención a la embarazada menor de 15 años. Recuperado 08 /febrero 2018 de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocolo-atencion-embarazada-menor-15.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. Cuotas Moderadoras y Copagos (Acuerdo 260 de 2004 CNSSS). Recuperado 08 de febrero 2018 de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/cuotas-moderadoras-y-copagos-2017.pdf>

Ministerios de Salud y Protección Social. (2008). Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes. Recuperado

Ministerios de Salud y Protección Social. (2008a). Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes. Recuperado 08 /febrero 2018 de: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Modelo%20de%20servicios%20de%20salud%20amigables%20para%20adolescentes%20y%20j%C3%B3venes.pdf>

Moldenhauer, N., Ortega, M. (2004). Sexualidad en la Adolescencia. Diplomado en salud pública y salud familia. Universidad Austral de Chile.

Orellana, A., Diezma, J., Lasheras, M & Pires, M. (2013). Los métodos anticonceptivos: cómo son, cómo actúan, sus ventajas y sus inconvenientes. Recuperado 15/ febrero de 2018 de: http://ies.rosachacel.colmenarviejo.educa.madrid.org/documentos/AMPA/Metodos_Anticonceptivos.pdf

Oriéntame (s.f). Dispositivo Intrauterino DIU. Recuperado 06/ febrero de 2018 de <https://www.orientame.org.co/anticonceptivos/dispositivo-intrauterino-diu/>

Oriéntame (s.f). Inyección mensual. Recuperado 06/ febrero de 2018 de <https://www.orientame.org.co/anticonceptivos/inyeccion-mensual/>

Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (2009). Psicología del desarrollo. México, D.F: McGraw-Hill. Pg 365

Pazol, K., Kramer, M. y Hogue, C. (2010). Condoms for dual protection: patterns of use with highly effective contraceptive methods. *Public Health Reports*. 125 (1), 208-217. Recuperado 21 febrero de 2018 de <https://sci-hub.tw/https://doi.org/10.1177/003335491012500209>

Peterson, H. (2008). Sterilization. *Clinical Experts Series: Obstetrics & Gynecology*. 111:1. Recuperado 15/ febrero de 2018 de <https://sci-hub.tw/10.1097/01.AOG.0000298621.98372.62>

Profamilia. (2015). Guía temática en salud sexual y salud reproductiva, para periodistas y comunicadores. Recuperado 15/ febrero de 2018 de <http://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2015/05/Guia%20tematica%20para%20periodistas.pdf>

Profamilia. (s.f). Preguntas y Respuestas sobre Sexualidad. Recuperado 20/ Febrero 2018 de: <http://www.profamilia.org.co/docs/10.pdf>

Salud sexual, guía de métodos anticonceptivos (s.f). *Salud pública*. Recuperado 06/ febrero de 2018 de http://www.portaljovenclm.com/documentos/saludJoven/SaludJoven_Guia_Anticonceptivos.pdf

Sánchez, M., Dávila, R., y Ponce, E. (2015) Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. Recuperado 01 marzo 2018 de https://ac.els-cdn.com/S140588711630044X/1-s2.0-S140588711630044X-main.pdf?_tid=47631090-2568-42d5-86f00db2e04de4ba&acdnat=1519940665_0c1179b83cbf4dacd6ed3aa6520af83f

Secretaria Distrital de la Mujer (2015) Anticonceptivos que deben ser entregados gratuitamente por el sistema de salud en Colombia. Recuperado 02 marzo 2018 de <http://www.sdmujer.gov.co/inicio/783-anticonceptivos-que-deben-ser-entregados-gratuitamente-por-el-sistema-de-salud-en-colombia>

Secretaría Distrital de la Mujer (2015a). ABC de los métodos anticonceptivos y procedimientos de planificación familiar en el Plan Obligatorio de Salud- POS. Recuperado 06/ febrero de 2018 de <http://www.sdmujer.gov.co/inicio/784>

Secretaria Distrital de la Mujer (2015b). Anticonceptivos que deben ser entregados gratuitamente por el sistema de salud en Colombia. Recuperado 20/ Febrero 2018 de <http://www.sdmujer.gov.co/inicio/783-anticonceptivos-que-deben-ser-entregados-gratuitamente-por-el-sistema-de-salud-en-colombia>

Skuy, P. (1995). *The museum on the history of Contraception*. Toronto, Canadá. Recuperado 15/ febrero de 2018 de [http://www.jogc.com/article/S0849-5831\(16\)31536-1/pdf](http://www.jogc.com/article/S0849-5831(16)31536-1/pdf)

Temboury, MC (2009). Desarrollo puberal normal. Pubertad precoz. *Revista pediatría atención primaria. España*. Recuperado 15/ febrero de 2018 de <http://www.pap.es/files/1116-1018-pdf/2.%20desarrollo%20puberal.pdf>

UNESCO (2010). Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en sexualidad. Recuperado 15/ febrero de 2018 de: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281s.pdf>

UNESCO (2014). Educación integral de la sexualidad, conceptos, enfoques y competencias. Recuperado 15/ febrero de 2018 de: <http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002328/232800S.pdf>

UNFPA (2017) Planificación familiar. Recuperado 01 marzo 2018 de <https://www.unfpa.org/family-planning>

United Nations Population Fund: planificación familiar. Recuperado 15/ febrero de 2018 de: <https://www.unfpa.org/es/planificaci%C3%B3n-familiar>

World Health Organization (2010). *Measuring sexual health: Conceptual and practical considerations and related indicators*. Recuperado 22 febrero de 2018 de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70434/1/who_rhr_10.12_eng.pdf

Zapata, R. y Gutiérrez, M. (2016). Salud Sexual y Reproductiva. Almería: Editorial de la Universidad de Almería. Recuperado 15/ febrero de 2018 de https://books.google.com.co/books?id=zq2SCwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Apéndices

Apéndice A.

Universidad Católica de Colombia
Facultad de Psicología
Curso de Especial Interés en Psicología & Sexualidad
Investigadoras: Paula Martínez, Edna Reyes y Eva Ramírez
Asesor de investigación: Ps. Fernando González

Encuesta para adolescentes

Sexo: Hombre _____ Mujer _____ **Edad** _____ **Estrato Socioeconómico** _____
Grado escolar _____

La presente encuesta tiene como finalidad de medir los conocimientos de los adolescentes acerca de las infecciones de transmisión sexual, embarazo no deseado, uso de métodos anticonceptivos y entidades a las cuales tienen acceso. Con la información que se obtenga de esta encuesta, se diseñará un aplicativo que permita brindar orientación y educación a los jóvenes respecto a los temas anteriormente mencionadas. En caso de solicitar más información de la investigación *iPrevent* dirigirse al correo emramirez23@ucatolica.edu.co.

Lea atentamente cada una de las frases y responda con una X la respuesta que más se ajuste a su realidad.

Totalmente de acuerdo= Marque 1

De acuerdo= Marque 2

Ni en acuerdo ni en desacuerdo= Marque 3

En desacuerdo= Marque 4

Totalmente en desacuerdo= Marque 5

Pregunta	1	2	3	4	5
1). ¿El condón nos protege de un embarazo o de una infección de transmisión sexual?					
2). ¿Las entidades prestadoras de salud (EPS) brindan información pertinente acerca de los métodos anticonceptivos?					
3). ¿Es importante utilizar un método anticonceptivo en una relación sexual?					
4). ¿Le han informado en la EPS que los métodos anticonceptivos son gratuitos?					
5). ¿De quién has recibido información respecto a la sexualidad y el uso de los métodos anticonceptivos? A). Padre B). Madre C). Profesores/as D). Personal de salud E). Amigos Otro(s): _____ _____ _____					
6). ¿Qué tipo de métodos anticonceptivos conoces? A) Condón B) Pastilla del día después C) Anillo Vaginal D) Parche E) Inyectables F) Dispositivo Intrauterino (DIU) Otro(s): _____					
7). ¿Has utilizado alguno(s)? A) Si B) No ¿Cuál(es)? _____					
8). ¿Cómo accedes a los métodos anticonceptivos? _____ _____ _____					

9). ¿Negocias con tu pareja el uso de algún método anticonceptivo antes de tener una relación sexual?
A) Si _____ B) No _____

10). ¿Estas afiliado (a) a una EPS?
A) Si _____ B) No ¿Cuál? _____

11). Has acudido a una entidad de salud para solicitar información de planificación familiar e infecciones de transmisión sexual?

A) Si _____ B) No _____

Específica cuál _____

12). ¿Cuál consideras que es el método anticonceptivo más favorable para ti como joven? ¿Por qué?

13). Si un amigo o amiga te dijera que no utilizó algún método anticonceptivo y teme quedar embarazada, ¿qué le aconsejarías?

14). Cuando tienes un problema o dificultad relacionada con tu sexualidad, ¿A quién acudes?

15). ¿Conoces los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes? ¿Has ido a alguno?

¿Cómo te fue?

Apéndice B.

Universidad Católica de Colombia
Facultad de Psicología
Curso de Especial Interés en Psicología y Sexualidad
Investigadoras: Paula Martínez, Edna Reyes y Eva Ramírez
Asesor de investigación: Ps. Fernando González
Encuesta de necesidades del usuario
iPrevent

La presente encuesta tiene como finalidad medir los conocimientos de adolescentes y jóvenes acerca de las infecciones de transmisión sexual, embarazo no deseado o planeado, uso de métodos anticonceptivos y entidades a las cuales pueden acudir. Con la información que se obtenga de esta encuesta se diseñará un aplicativo que permita brindar orientación y educación a los jóvenes respecto a los temas anteriormente mencionados. En caso de solicitar más información dirigirse al correo emramirez23@ucatolica.edu.co.

Sexo: Hombre ___ Mujer ___

Edad:

Nivel educativo:

1) ¿Ha utilizado internet para obtener información relacionada con sexualidad? No ___ Sí ___

¿En qué casos? _____

2) ¿Usa algún(os) método(s) anticonceptivo(s)?

Sí ___ No ___ ¿Cuál(es)? _____

3) ¿Cómo adquirió (o adquiriría) un método anticonceptivo?

4) ¿Alguna vez ha hecho uso de aplicaciones digitales o sitios web que aborde el tema de métodos anticonceptivos? Sí _____ No _____

5) Si respondió “ sí” , ¿con qué frecuencia utiliza estos tipos de aplicaciones?

Muy frecuente _____ Frecuente _____ Nada frecuente _____

6) ¿Qué lo llevaría a descargar una aplicación digital en su celular que aborde temas de anticoncepción?

7) ¿Qué factores facilitarían la descarga de la aplicación que aborde temas de anticoncepción?

8) ¿Qué factores inhibirían la descarga de la aplicación que aborde temas de anticoncepción?

9) ¿Sobre qué otro tema le gustaría encontrar información en la aplicación?

Apéndice C.

Evaluación del producto

Instrucción: A continuación, encontrará una serie de preguntas, que deberán ser respondidas por usted de la manera más objetiva posible. Encontrará una escala de 1 a 4, siendo 1 el ítem malo, 2 regular, 3 bueno y 4 muy bueno.

Aspectos a evaluar	1 Malo	2 Regular	3 Bueno	4 Muy bueno
El manejo de la información se presenta de manera clara y precisa.				
El lenguaje utilizado es comprensible.				
Las imágenes son apropiadas y explícitas para el tema.				
La información resuelve dudas acerca de los métodos anticonceptivos.				
Encuentra información desconocida pero necesaria para usted en relación con el funcionamiento y existencia de algunos métodos anticonceptivos.				
Observaciones				