

“CONFLICTO DECISIONAL EN ADOLESCENTES ANTE EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS AL INICIO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL”

SEMINARIO DE TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA

Autoras:

Monserrat Daniela Arenas Palacio
Fanja Iris Cordero Razafimandimb
Nidia Alejandra Fernández Pérez
Nicole Constanza Figueroa Iturrieta
Camila Fernanda González Espínola
Carolina Elizabeth Ibaceta León
Paula Valentina Olivares Sánchez
Bárbara Constanza Torres Herrera
Rocío Aracely Valdivia Vargas
Giselle Constanza Vera Carrillo

Docente Guía:

Esterbina Olivares Vergara

San Felipe, Diciembre 2017

AGRADECIMIENTOS

Durante la elaboración del presente seminario de tesis, como grupo recibimos el apoyo de distintas entidades y personas, a quienes no podemos dejar de agradecer. En primer lugar agradecer a nuestra docente guía, la profesora y Enfermera Esterbina Olivares Vergara, quien nos entregó su apoyo incondicional durante todo este proceso, con sus conocimientos y su paciencia, motivándonos a seguir adelante y guiándonos en todo momento, además de entregarnos las herramientas necesarias para llevar a cabo esta investigación.

Queremos agradecer al profesor y Matrón, el Sr. Francisco Pantoja Molina, por entregarnos las herramientas necesarias para la realización de los talleres aplicados a los liceos participantes y por su apoyo y disposición a ayudarnos siempre. Así como a nuestra casa de estudios Universidad de Valparaíso, Campus San Felipe por colaborarnos con el material necesario para la realización de dichos talleres.

Agradecer también a la Dirección de Administración de Educación Municipal de San Felipe (DAEM). De igual manera agradecer a los liceos que formaron parte de esta investigación: Liceo de Niñas Corina Urbina y Liceo Dr. Roberto Humeres Oyaneder, por abrir sus puertas y permitirnos realizar este estudio, así como a sus apoderados y alumnos por su disposición para participar en las actividades programadas.

Para finalizar, queremos realizar un especial reconocimiento a nuestras familias y seres queridos, por entregarnos su amor y comprensión a lo largo de este proceso, además de acompañarnos y apoyarnos de manera incondicional.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN	9
1.1 Introducción.	9
CAPÍTULO 2: MARCO REFERENCIAL	13
2.1. Marco Teórico:	13
2.1.1. Antecedentes de la toma de decisiones en salud:.....	13
2.1.2. Características evolutivas en el adolescente	23
2.1.3. Características biológicas	23
2.1.4. Características psicosociales.....	25
2.1.5. Métodos anticonceptivos para los adolescentes.....	29
2.1.6. Enfermería y la adolescencia	31
2.2. Marco Empírico	33
2.2.1. Toma de decisiones en salud por adolescentes	33
2.2.2. Adolescencia y sexualidad	38
2.2.3. Uso de métodos anticonceptivos	40
2.2.4. Factores que influyen en el inicio de las relaciones sexuales y el uso de los métodos anticonceptivos.....	42
2.3. Definición nominal y operacional de variables:.....	49
CAPÍTULO 3: MATERIAL Y MÉTODO	51
3.1. Material y Método	51
3.1.1. Diseño de la investigación:	51

3.1.2. Población en estudio:	51
3.1.3. Selección de la muestra:.....	51
3.1.4. Descripción de los instrumentos:	52
3.1.5. Procedimiento de recolección de datos	55
3.1.6. Procesamiento y análisis de datos.....	56
3.1.7. Consideraciones éticas.	56
CAPÍTULO 4: RESULTADOS	58
4.1. Características sociodemográficas y psicosociales de la muestra.	58
4.2. Inicio de Actividad sexual según sexo, edad, curso y rendimiento escolar.....	65
4.3. Frecuencia de uso de métodos anticonceptivos según edad, curso, rendimiento académico y psicosociales.....	75
4.4 Nivel de Conflicto decisional según características demográficas, académicas y psicosociales	81
CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES, SUGERENCIAS Y LIMITACIONES	99
5.1. Discusión	99
5.1.1. Inicio de la actividad sexual según variables estudiadas	99
5.1.2. Uso de Métodos anticonceptivos según variables estudiadas	102
5.1.3. Conflicto decisional según variables estudiadas.....	105
5.2. Conclusiones	113
5.3.Sugerencias	1103
5.4. Limitaciones:	114
Referencias Bibliográficas	115

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Características psicosociales del adolescente.....	25
Tabla 2: Factores personales y familiares influyentes en el inicio de la actividad sexual.....	43
Tabla 3: Características demográficas, académicas, de las/os adolescentes pertenecientes a liceos municipalizados, de la ciudad de San Felipe, 2017.....	58
Tabla 4: Sexo por edad.....	600
Tabla 5: Características psicosociales de las/os adolescentes pertenecientes a liceos municipalizados de la ciudad de San Felipe, 2017.	611
Tabla 6: Tipos de MAC utilizados por los adolescentes	622
Tabla 7: Inicio de actividad sexual	63
Tabla 8: Edad promedio de inicio de actividad sexual.....	633
Tabla 9: Uso de MAC según sexo	644
Tabla 10: Inicio de actividad sexual según sexo	655
Tabla 11: Inicio de la actividad sexual según edad	677
Tabla 12: Inicio de actividad sexual según curso	69
Tabla 13: Inicio de la actividad sexual según rendimiento escolar	711
Tabla 14: Autoestima (AM) por actividad sexual.....	733
Tabla 15: Autoeficacia (AF) por inicio actividad sexual	744
Tabla 16: Apoyo social general (ASG) por inicio de actividad sexual	755
Tabla 17: Edad por uso de MAC	766
Tabla 18: Rendimiento por uso de MAC.....	777

Tabla 19: Autoestima (AM) por uso de MAC.....	788
Tabla 20: Autoeficacia (AF) por uso de MAC.....	799
Tabla 21: Apoyo social general (ASG) por uso de MAC	80
Tabla 22: Nivel de conflicto decisional según sexo Tabla 22	81
Tabla 23: Nivel de conflicto decisional según edad.....	83
Tabla 24: Nivel de conflicto decisional según inicio actividad sexual (IAS).....	855
Tabla 25: Nivel de conflicto decisional según uno de MAC	877
Tabla 26: Nivel de conflicto decisional según curso	888
Tabla 27: Nivel de conflicto decisional según rendimiento escolar.....	900
Tabla 28: Nivel de conflicto decisional según autoestima (AM)	911
Tabla29: Nivel de conflicto decisional según autoeficacia (AF)	922
Tabla 30: Nivel de conflicto decisional según apoyo percibido por pareja o persona significativa (APP)	94
Tabla 31: Nivel de conflicto decisional según apoyo percibido por la familia (APF)	95
Tabla 32: Nivel de conflicto decisional según apoyo percibido por amigos (APA).....	96
Tabla 33: Nivel de conflicto decisional según apoyo social general (ASG)	97

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1:Inicio de actividad sexual segun sexo	66
Gráfico 2:Inicio de actividad sexual segun edad.....	68
Gráfico 3:Inicio de actividad sexual según curso	70
Gráfico 4:Inicio de actividad sexual segun rendimiento escolar.....	72
Gráfico 5:Conflicto decisional segun sexo	82
Gráfico 6:Conflicto decisional segun edad	84
Gráfico 7:Conflicto decisional segun inicio de actividad sexual.....	86
Gráfico 8:Conflicto decisional segun curso.....	89
Gráfico 9:Conflicto decisional segun autoeficacia	93
Gráfico 10:Conflicto decisional segun apoyo social general.....	98

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Instrumento de valoración	124
Anexo 2: Autorización escrita para ocupación de escala conflicto decisonal	129
Anexo 3: Carta DAEM	130
Anexo 4: Carta Liceo de Niñas Corina Urbina	131
Anexo 5: Carta Liceo Dr. Roberto Humeres.....	132
Anexo 6: Formulario de consentimiento informado	133
Anexo 7: Acta de consentimiento	135
Anexo 8: Asentimiento informado	136
Anexo 9: Aprobación de Comité de Bioética	137

Resumen

Todas las personas en algún momento de su vida deben tomar decisiones en salud, en la etapa de la adolescencia se comienza a observar esta situación. Cuando las alternativas no están claras puede surgir un conflicto decisional el que se define como la incertidumbre sobre qué decisión tomar, ante esto se plantea lo siguiente:

Objetivo: Determinar la existencia y nivel de conflicto decisional frente al uso de métodos anticonceptivos al inicio de la actividad sexual, según algunas características demográficas, psicosociales y académicas, en estudiantes de enseñanza media de Liceos Municipalizados de San Felipe, durante el segundo semestre del año 2017.

Metodología: Se planteó un estudio cuantitativo, descriptivo, exploratorio. El muestreo fue probabilístico, por conglomerado polietápico, la muestra quedó constituida por 124 estudiantes. Se aplicó cuestionario de caracterización y las escalas de conflicto decisional, apoyo social percibido, autoestima y autoeficacia general.

Resultados: Un 54,6% de los participantes habían iniciado su actividad sexual y un 30,9% no había usado ningún método anticonceptivo. El 4% de los/as adolescentes presentó conflicto decisional. Existió mayor conflicto en mujeres que en hombres, y en quienes no habían iniciado actividad sexual. Aquellos que utilizan métodos anticonceptivos son los que presentan conflicto decisional. Existe menor conflicto decisional a mayor apoyo social, autoestima y autoeficacia.

Conclusiones: El bajo porcentaje de conflicto decisional encontrado en los adolescentes puede significar que no tienen conciencia de la importancia de este problema y esto justifica que el profesional de enfermería sensibilice a los adolescentes y a su familia a través de intervenciones efectivas. Para esto es necesario que las enfermeras/os se estén capacitando para trabajar coherentemente con los adolescentes según sus características evolutivas.

Palabras claves: Adolescentes, toma de decisiones, anticonceptivos.

Abstract

Everybody at some point in their life must make health decisions, in the adolescence stage this situation might be observed. When the alternatives are not clear, a decisional conflict might arise, which is defined as the uncertainty about what decision to make, considering the following:

Objective: Determine the existence and level of decisional conflict against the use of contraceptive methods at the beginning of sexual activity, according to some demographic, psychosocial and academic characteristics, in high school students of Municipalized High Schools of San Felipe, during the second semester of the year 2017.

Methodology: It was set out a quantitative, qualitative and exploratory study. The sampling was probabilistic, by multistage conglomerate, the sample was constituted by 124 students. It was applied a characterization questionnaire and the scales of decisional conflict, perceived social support, self-esteem and general self-efficacy were applied.

Results: A 54,6% of the participants had started their sexual activity and 30,9% had not used any contraceptive method. 4% of the adolescents presented decisional conflict. There was more conflict in women than in men, and in those who had not initiated sexual activity. Those who use contraceptives are those who presented decisional conflict. The more social support, self-esteem and self-efficacy the less conflict.

Conclusions: The low percentage of decisional conflict found in adolescents, might mean that they are not aware of the importance of this problem and this justifies that the nursing professional sensitizes adolescents and their families through effective interventions. For this it is necessary that nurses begin to be trained to work in a coherent way with adolescents according to their evolutionary characteristics

Keywords: adolescence, decision making, contraceptives.

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

1.1 Introducción.

La sexualidad es considerada como una construcción social, relacionada con las múltiples y diferentes formas en que las emociones, deseos y relaciones se expresan en la sociedad en que vivimos, donde los aspectos biológicos condicionan en parte esta sexualidad, de manera que la fisiología y morfología del cuerpo, proporcionan las condiciones previas para esta construcción (1). La sexualidad de cada uno surge y existe en un contexto cultural, influenciada por múltiples variables: edad, características psicológicas y socioeconómicas, sexo biológico, rol de género, etnicidad (1).

La construcción de la sexualidad en la adolescencia está presente cuando las/os adolescentes, durante su desarrollo psicológico, experimentan una percepción a menudo inestable de su autoimagen, con una valoración frecuentemente negativa, con tendencia al oposicionismo, a la impulsividad y a una sensación de invulnerabilidad u omnipotencia (1). Estas características propias del desarrollo pueden colocar a los adolescentes en condiciones de vulnerabilidad para presentar conductas de riesgo, las cuales se traducen en la toma de decisiones, en las diferentes áreas de su vida. Desde el punto de vista sociocultural, cada vez existe una mayor cantidad de mensajes contradictorios en los medios de comunicación, donde la sexualidad es un producto que vende y muchas veces está asociado al éxito y mayores expectativas de triunfo, lo que sumado a la carencia de programas de educación sexual transversales, oportunos, integrales y probados en su efectividad, condicionan factores determinantes en la actividad sexual no protegida a edades más tempranas. Finalmente, las condiciones de hacinamiento, pobreza, disfunción familiar, carencias afectivas, baja autoestima, deserción escolar y el consumo de alcohol y drogas son otros factores de riesgo importantes a considerar (1).

En Chile en los últimos años se ha presentado un adelanto en la edad de inicio de la vida sexual, así lo confirma la Sexta Encuesta de la Juventud, que muestra una edad promedio de 16,4 años en hombres y de 17,1 años en mujeres (2).

Según el Instituto Nacional de la Juventud (INJUV), el 48% de los adolescentes entre 15 y 19 años refiere haber iniciado su vida sexual (2), en estos/as adolescentes, solo el 58,3% refieren uso de anticoncepción en la primera relación sexual. Otra evidencia señala que, de los métodos anticonceptivos usados en la primera relación sexual, solo un 7% corresponde a preservativo (1).

El inicio precoz de la actividad sexual está directamente relacionado con el embarazo adolescente; en Chile, en el año 2012, el 14,42% de los nacidos vivos correspondió a partos de madres adolescentes (3), por lo que esta problemática es considerada de relevancia social (2). El embarazo en adolescentes es un problema emergente en salud pública que cruza a sectores como educación, salud, justicia, derechos del niño y de la mujer, por lo cual es considerado como un indicador de desarrollo y bienestar social (4).

La actividad sexual en el adolescente es un fenómeno multifactorial, hay evidencia que muestra la influencia de factores que inciden en el inicio precoz de la actividad sexual, como pueden ser algunas características demográficas, por ejemplo, los varones presentan mayor uso de anticoncepción en la primera relación sexual respecto a las mujeres; que a medida que aumenta la edad, el uso de anticoncepción disminuye y; que los adolescentes que viven en zonas urbanas registra mayor uso de métodos anticonceptivos (5).

Elementos influyentes son también, las características personales de los adolescentes, entre ellas están sus características psicosociales, donde se ha demostrado que el uso de métodos anticonceptivos aumenta conforme se asciende en la escala socioeconómica de la población joven (6), que un alto sentido de autoeficacia facilita el procesamiento de información y el desempeño cognitivo en distintos contextos, entre los cuales se encuentra la toma de decisiones (7). El apoyo social aparece también relacionado al uso de métodos anticonceptivos durante las primeras relaciones sexuales, así lo señala los resultados de un estudio que demuestran que este tema es conversado con amigos o compañeros (66%), con su madre

(44,1%), con su pareja (22,4%), con su padre (20,4%) y menos del 12% con profesores, profesionales de salud y sacerdotes o pastores (8). Por otra parte, una familia disfuncional representa un factor de riesgo para el inicio de la actividad sexual no protegida (9).

Otras características que podrían influir en este fenómeno son las académicas, entre ellas se encuentra el rendimiento académico, el cual ha sido identificado como factor protector para el uso de anticoncepción (10).

Lo planteado nos lleva a afirmar que, los adolescentes se ven enfrentados a tomar decisiones con respecto al inicio de su actividad sexual y a la utilización de métodos anticonceptivos. Esta situación puede generar incertidumbre frente a las diversas opciones, pueden requerir conocimientos específicos, necesidad de clarificar sus valores frente a ellas (los aspectos que son más significativos según sus creencias y valores) e incluir a personas significativas en esta decisión. Cuando hay un déficit en alguno de estos aspectos se puede producir un “conflicto decisional”, este constructo fue desarrollado por la Dra. Annette O’Connor, líder en el ámbito de toma de decisiones en salud, quien lo define como la dificultad acerca de cuál curso de acción tomar cuando las posibles alternativas presentan riesgos, pérdidas, rechazan o desafían los valores personales (11).

Determinar la existencia de conflicto decisional puede ser muy importante, ya que las personas que viven este proceso se vuelven más receptivas al apoyo decisional, lo que representa una oportunidad para profesionales de enfermería que encontrarían el ambiente propicio para desarrollar intervenciones educativas que resulten realmente significativas para estos/as adolescentes (12).

Si con el conocimiento derivado de esta investigación se logra contribuir a realizar intervenciones efectivas para disminuir el riesgo de embarazo, y para que los adolescentes tengan un crecimiento y desarrollo acordes a su etapa de vida, también se puede lograr contrarrestar e intervenir en el riesgo que conlleva el embarazo adolescente al recién nacido y estos podrán tener padres mejor preparados y con los conocimientos necesarios para estimular su crecimiento y desarrollo de manera adecuada (13).

Por los antecedentes presentados, este proyecto de investigación se ha planteado como pregunta de investigación: “¿Cuál es la existencia y nivel de conflicto decisional frente al uso de métodos anticonceptivos al inicio de la actividad sexual, según características demográficas, psicosociales y académicas en estudiantes de enseñanza media de liceos municipalizados de la ciudad de San Felipe durante el segundo semestre del año 2017?”

Para dar respuesta a esta problemática se establecieron los siguientes objetivos:

Objetivo general

- Determinar la existencia y nivel de conflicto decisional frente al uso de métodos anticonceptivos al inicio de la actividad sexual, según algunas características demográficas, psicosociales y académicas en estudiantes de enseñanza media de Liceos Municipalizados de la ciudad de San Felipe durante el segundo semestre del año 2017.

Objetivos específicos:

- Determinar la existencia y el nivel del conflicto decisional frente al uso de métodos anticonceptivos en los participantes del estudio.
- Identificar la distribución de conflicto decisional según características demográficas de los participantes del estudio.
- Determinar la distribución de conflicto decisional según características psicosociales de los participantes del estudio.
- Determinar la distribución de conflicto decisional según características académicas de los participantes del estudio.

CAPÍTULO 2: MARCO REFERENCIAL

2.1. Marco Teórico:

2.1.1. Antecedentes de la toma de decisiones en salud:

La toma de decisiones implica el proceso de elegir entre diferentes alternativas de acción, donde se seleccionan aquellas que se perciben como más efectivas para lograr los resultados esperados y evitar los no deseados (14).

El ambiente sanitario se caracteriza por enfrentar de manera permanente situaciones decisionales, lo que puede ser potencialmente difícil, particularmente cuando el curso del tratamiento o de la enfermedad es incierto, o cuando la decisión implica realizar concesiones valóricas entre riesgos y beneficios (14).

De manera que las personas se enfrentan diariamente a decisiones en diversas áreas, incluidas las que tienen relación con su propia salud y la de sus familias. Estas decisiones pueden generar un conflicto decisional en quienes las enfrentan. Este término ha sido definido como la incertidumbre acerca de cuál curso de acción tomar cuando las posibles alternativas presentan riesgos, pérdidas, o cuando rechazan o desafían los valores personales (14).

Dicho conflicto se produce básicamente por la existencia de un problema decisional, con diferentes alternativas de solución, grados de complejidad, posibles resultados y consecuencias entre las cuales se debe elegir. Este problema decisional, además, va a estar condicionado por las particularidades del usuario como su estado físico, psicológico,

valores, expectativas, percepción de riesgo, entre otros; y por las del contexto como la urgencia, tiempo, e información existente. Estos son elementos que interactúan y se afectan mutuamente, influyendo en el desarrollo del proceso deliberativo y en la decisión final.

En relación con esto, se han propuesto modelos que se enfocan en la toma de decisiones:

2.1.1.1. Modelo de conflicto de decisión

Uno de los enfoques más fructíferos para el estudio psicológico de la toma de decisiones es el Modelo de Conflicto de Decisión propuesto por Janis y Mann (1977). Éstos sostienen que tomar decisiones conlleva a un conflicto de decisión interno, generador de estrés, que se manifiesta en dudas y vacilaciones, aplazamientos e intentos de evitación del problema. Así, el modelo persigue describir “cómo, cuándo y por qué el estrés psicológico generado por el Conflicto de Decisión impone limitaciones a la racionalidad de las decisiones de una persona, en su vida personal y laboral” (15).

Dentro del modelo de Janis y Mann es importante considerar el papel que juega la confianza del sujeto que decide, ya que puede afectar su proceso de toma de decisiones (15).

2.1.1.2. Modelos de la toma de decisiones en salud

En la actualidad, no existe un marco conceptual unificado que sintetice todos los aspectos teóricos de la toma de decisiones en salud, aun cuando se ha consensuado que existen por lo menos cuatro aspectos básicos que se deben discutir para entender el fenómeno:

- **Las opciones o alternativas iniciales:** es importante que los usuarios analicen cada alternativa, conozcan sus implicancias y resultados esperados.
- **Los valores y utilidades de los resultados:** expresan la forma en que el usuario mide el atractivo de una determinada opción, que habitualmente estará determinada por el valor relativo que se otorga a cada uno de los potenciales resultados.
- **La incertidumbre:** surge de las probabilidades de riesgos y beneficios de las opciones. Así, la incertidumbre se traduce en un “conflicto decisional” para las personas, especialmente cuando las alternativas significan posibles riesgos o cuando la elección no es consistente con sus valores, generando dificultad para decidir el mejor curso de acción a seguir.
- **Resultados o posibles consecuencias:** al tomar una decisión se espera conseguir el mejor resultado posible. Esto puede provocar una sobrecarga cognitiva y psicológica en las personas (12,16).

En el año 2010, investigadores canadienses informaron de una revisión sistemática que dio cuenta de 15 modelos teóricos de toma de decisiones en salud, elaborados entre las décadas de 1990 y 2000, en solo 3 países: Estados Unidos, Canadá y el Reino Unido. Participaron en su construcción profesionales médicos, enfermeras, un sociólogo y un experto en comunicaciones. Todos los modelos concluyen en que la toma de decisiones es un fenómeno que se resuelve de forma compartida entre profesionales y usuarios, pero solo uno de ellos proporciona herramientas de intervención. Este es el “Modelo Conceptual de Ottawa” que, desde 1998, ha sido utilizado en diversas situaciones clínicas (12).

2.1.1.3. Modelo de la toma de decisiones en salud de Ottawa

La toma de decisiones en salud ha cambiado con el tiempo, dependiendo de los constructos éticos que han sustentado las relaciones entre profesionales de la salud y los usuarios. En un comienzo la ética médica se guiaba por el “Modelo Paternalista” (12), la toma de decisiones respecto a la propia salud era un proceso que se establecía más por la capacidad y autoridad del profesional que por la capacidad de decisión del usuario (14).

Este modelo de relación usuario-profesional predominó en los servicios de salud occidental hasta después de la segunda guerra mundial, donde se incorporaron normas éticas que comenzaron a modificar estos comportamientos. De modo que, respecto a tomar decisiones, se defiende la autonomía moral de las personas, considerando al paciente como alguien con derecho a decidir sobre su propia salud (12). Desde esta perspectiva, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1978, declara que “las personas tienen derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud” confirmando una forma de relación usuario-profesional de mayor colaboración para tomar decisiones en salud, teniendo en cuenta los valores, deseos y preferencias del usuario como elementos determinantes de las decisiones de salud (12).

Las decisiones que al principio eran tomadas unilateralmente, se han reemplazado por un proceso en el que el individuo debe escoger entre diferentes alternativas antes de optar por una terapia determinada, porque cada usuario tiene una problemática particular, con un contexto concreto que los profesionales de salud deben respetar. Pero, así como muchos sujetos desean desempeñar un papel activo en la toma de decisiones en salud, otros no se comportan de la misma forma, esto favorece la existencia de variados modelos que recorren grados de interacción entre usuarios y profesionales según la situación de salud a la que se enfrenten (14).

El Modelo Paternalista está situado en uno de los extremos, el que aplica cuando las personas no participan en la toma de decisiones en salud. El modelo de decisión informada se encuentra en el extremo opuesto, ya que se aplica cuando el profesional expone las opciones diagnósticas y terapéuticas disponibles, sus posibles cursos de acción con los resultados esperables a la que el paciente agrega sus expectativas y valores, además decide la alternativa que mejor se adapta a su situación. El modelo de decisiones compartidas se ha introducido en el último tiempo como una opción intermedia entre los dos modelos anteriormente mencionados; en este, la información no fluye de un solo lugar, sino que la decisión es tomada de manera conjunta una vez que el usuario dispone de la información necesaria (12).

Como antes se mencionó, tomar una decisión es una situación frecuente, y en el ámbito sanitario es potencialmente difícil, ya sea por las características del usuario, del contexto o de la situación de salud, provocando un conflicto decisional. Tomar una decisión implica el proceso de elegir entre diferentes alternativas de acción, donde se seleccionan aquellas alternativas que se perciben como más efectivas para lograr los resultados esperados y evitar los no deseados (12).

2.1.1.3.1. Fundamentos del modelo conceptual de Ottawa:

Fue creado por la enfermera canadiense Annette O'Connor, el cual apunta a empoderar y apoyar a las personas en el ejercicio de sus derechos en salud (12), con especial énfasis en que incorporen sus valores, alcancen expectativas realistas y decidan la alternativa que mejor se adapte a su situación. Este modelo se sustenta en tres teorías:

- **El modelo de expectativas de valor:** Atribuido al psicólogo estadounidense Martin Fishbein, sostiene que las actitudes de las personas hacia un objeto están determinadas por valores subjetivos. Señala que la actitud de un individuo hacia la realización de un

comportamiento estará determinado por la fuerza de sus creencias y la evaluación de los resultados. Además, predice que cuando hay más de un comportamiento posible, el comportamiento elegido será el que tiene el valor más alto y la mayor combinación de éxito esperado.

- **Conflicto decisional:** Se caracteriza por la dificultad para identificar la mejor alternativa debido a los riesgos desconocidos, la necesidad de valorar las ganancias potenciales versus las pérdidas potenciales, y por el arrepentimiento anticipado de los aspectos positivos de las opciones que fueron rechazadas. El conflicto decisional ha sido reconocido como diagnóstico de enfermería definiéndose como: “incertidumbre sobre el curso de acción a tomar porque la elección entre acciones diversas implica riesgos, pérdida o supone un reto para los valores personales”.
- **El apoyo social:** Se ha definido como “una transacción interpersonal que incluye soporte emocional o afecto, orientación o asesoramiento, ayuda instrumental o física, evaluación y apoyo o afirmación”. En enfermería desde 1980 se reconoce el apoyo social como un determinante ambiental que influye en la salud y bienestar de las personas y familias, generando un aumento del dominio situacional, permitiéndole al usuario proteger y mantener su identidad (12,16).

Basado en estas teorías, el Modelo de Ottawa explora todo el proceso de tomar una decisión en salud. Comienza por identificar las necesidades decisionales, sigue con una fase donde se determina el apoyo decisional según las necesidades del usuario, y finaliza por evaluar el proceso de toma de decisión y sus resultados (14).

La forma en que se manifiesta un conflicto decisional varía de un individuo a otro y entre diferentes tipos de decisión, aunque las más comunes son: verbalizar la incertidumbre acerca de las opciones, verbalizar preocupación acerca de los resultados no deseados, vacilar entre las

opciones, posponer la decisión, preguntarse acerca de los valores personales, preocuparse con la decisión, además de presentar signos y síntomas de angustia y tensión (12). Estas manifestaciones pueden ser más frecuentes entre las personas que empiezan a considerar las opciones y tiende a disminuir después de que la decisión ha sido tomada.

Por otro lado, se han identificado factores que van a contribuir en la generación del conflicto decisonal y que emergen de dos fuentes:

- De las dificultades inherentes de la propia elección, cuando existen ventajas y desventajas potenciales.
- De factores externos, los que hacen aún más difícil la decisión, por ejemplo, la falta de conocimiento acerca de las diferentes opciones y de sus potenciales resultados, expectativas poco realistas de los probables resultados, percepciones poco claras de otros involucrados en la decisión, incluyendo sus opiniones o conductas, presión social para escoger una opción, falta de apoyos personales, falta de habilidades o escasa seguridad en sí mismos o falta de recursos en el entorno. Su importancia radica en la posibilidad de ser modificados a través de intervenciones personalizadas (14).

Este marco conceptual se aplica a todos los implicados en la toma de decisión, incluyendo al usuario, su familia y los profesionales de salud (12). El funcionamiento depende de cómo se desarrolla el “Proceso de Apoyo Decisonal”, el cual tiene básicamente cuatro etapas:

2.1.1.3.2. Valoración de las necesidades decisonales:

Donde las enfermeras(os) y usuarios deben indagar sobre las deficiencias que deben ser compensadas para lograr tomar una buena decisión (14). Se implementan dos subetapas:

- Valoración general: Orientada a clarificar el problema decisional, la predisposición hacia una determinada opción, determinar el tiempo disponible y etapa del proceso de toma de decisión en el que se encuentra el usuario, que influirá en la receptividad para discutir la información y la decisión.
- Valoración específica: Dirigida a determinar la existencia de conflicto decisional y a identificar factores que puedan incidir en la toma de decisión, como el conocimiento acerca de las opciones y la participación de otros en el proceso decisional. Otro aspecto que indagar son las características demográficas y clínicas del usuario/a, ya que estas van a influir en la toma de decisión, todo esto se debe considerar al diseñar el apoyo decisional.

2.1.1.3.3. Proporcionar apoyo decisional

Corresponde a una serie de intervenciones, diseñadas para ayudar a las personas a tomar una decisión específica y deliberar entre las opciones, para proporcionar información sobre las alternativas y resultados relevantes para su salud. Incluye preparar al usuario y al profesional para la toma de decisión y estructurar el seguimiento, habitualmente su implementación tiende a disminuir la incertidumbre, potenciando una participación más activa del usuario e incrementando la toma de decisión efectiva (12). Debe contemplar lo siguiente:

- La receptividad del usuario: las estrategias de intervención se deben adaptar a la etapa del proceso decisional en la que se encuentre el usuario.
- Características del usuario: las intervenciones deben considerar sus características personales y clínicas. Además, debe ser flexible al grado de participación que la persona

desea tener en la toma de decisión, para lo cual es necesario identificar el perfil del usuario, respecto al “control decisional”, el que puede ser: activo, colaborativo o pasivo.

- Proporcionar información sobre la situación de salud, opciones y resultados: presentando todas las opciones posibles, los potenciales beneficios, daños y los resultados esperados en cada opción. La forma de entregar esta información debe ser apropiada a las necesidades de cada sujeto, siempre verificando su comprensión.
- Realineación de expectativas: Sucede cuando las probabilidades percibidas por el individuo no concuerdan con los pro y contra existentes para su situación. Para ello se debe entregar la información de probabilidades de los resultados de manera que la persona pueda imaginarlas e identificarse con la situación.
- Clarificación de valores: el usuario debe comprender como el resultado de cada opción lo afecta física, emocional y socialmente, de tal manera que tenga la oportunidad de establecer qué es lo que más le importa tanto de los riesgos como de los beneficios. Puede resultar adecuado realizar discusiones de grupo o presentar ejemplos de personas que tienen distintos valores y que toman diferentes decisiones.
- Presiones sociales: primero se debe evaluar lo percibido por el usuario, centrándose en las personas que son realmente significativas y en aquellos aspectos que son importantes en la decisión que se está tomando, posteriormente afrontar las fuentes principales de presión, invitándolos a participar de las discusiones deliberativas con el apoyo de un mediador.
- Afrontar la falta de habilidades, apoyo o recursos: el profesional de salud debe ayudar al usuario a acceder y adquirir aquellos aspectos faltantes. En algunos casos deben ser derivados a otros profesionales de salud, grupos de apoyo, servicios voluntarios, u otros (12).

2.1.1.3.4. Facilitar el progreso en las etapas del proceso de toma de decisión:

Se refiere a ir estableciendo acuerdos respecto de la elección de opciones con el usuario y realizar compromisos para dar pasos hacia su implementación. Además, realizar las coordinaciones para derivar a otros profesionales de ser necesario (12).

2.1.1.3.5. Evaluación del apoyo decisional:

Establece que la evaluación debe dirigirse a dos áreas: al proceso decisional y a los resultados clínicos. Respecto del proceso decisional, considera que una buena decisión es aquella que las personas realizan informadamente, consistentes con sus valores personales, sobre expectativas realistas, son llevadas a cabo y concluyen con la expresión de satisfacción de los participantes (14). En relación con los resultados clínicos, se espera que sean favorables, sin embargo, reconoce que pueden ser variables debido a la incertidumbre científica, o al equilibrio entre riesgos y beneficios, por lo que es posible que buenas decisiones igual puedan llevar a malos resultados clínicos.

Como se puede apreciar, este modelo teórico abarca todas las etapas del proceso decisional, señala claramente los elementos que se deben considerar para su implementación (12).

La adolescencia es una época en la que los jóvenes, por primera vez en su vida, enfrentan la responsabilidad de tomar decisiones que tienen consecuencias importantes para su salud y la de sus parejas (17). Debido a esto, se podrían enfrentar a un conflicto decisional, ya que en dicha etapa se presentan ciertos factores que contribuyen en la generación de dicho conflicto en los adolescentes, entre los cuales se encuentran la maduración del cerebro adolescente, la percepción subjetiva del riesgo, los distintos sistemas de procesamiento cognitivo de la información, el papel de la familia y el grupo de pares, entre otros (15).

Con el objeto de entender cómo se produce en la etapa de la adolescencia la toma de decisiones, a continuación se describen brevemente algunas de sus características evolutivas.

2.1.2. Características evolutivas en el adolescente

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años (18). Es una etapa en que el individuo comienza a experimentar diversos cambios tanto a nivel biológico como psicosocial que le llevan a la adultez.

2.1.3. Características biológicas

La Guía de Buenas Prácticas de Enfermería define la adolescencia como un periodo de transición desde la niñez a la adultez, la cual se divide en adolescencia temprana (11-14 años), media (15-17 años), y tardía (18-21 años) (19).

Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes y por tanto un tiempo de riesgos y oportunidades para la promoción de salud. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos que es similar en todas las culturas, sin embargo, su impacto es diferente, ya que existen determinantes de la salud como la economía o la estructura social que afectan la experiencia de la adolescencia (18,19).

Durante la adolescencia temprana, el córtex prefrontal (situado detrás de la frente) desarrolla nuevas e importantes funciones y no madura totalmente hasta la edad de 18 años. Actúa como responsable de la planificación, organización y juicio, encargado de resolver problemas y del control emocional. Además, áreas del cerebro asociadas con funciones como la integración de la vista, el olfato y la memoria se desarrollan durante la adolescencia, al igual que el área cerebral que controla el lenguaje (20).

En la pubertad ocurren cambios importantes como el crecimiento físico, aumento de peso y la manifestación de las características sexuales primarias y secundarias. Todos los cambios morfológicos y funcionales que tienen lugar durante la adolescencia están regulados por unos mecanismos en cuyo centro se encuentra el sistema nervioso y el endocrino (mediado por hormonas). Las hormonas más implicadas directamente en la sexualidad son: los estrógenos (hormona femenina, relacionada con el deseo sexual y el desarrollo de los caracteres sexuales), la progesterona (hormona protectora de la gestación en la mujer), y la testosterona (hormona masculina que se produce sobre todo en los testículos). En realidad, estas hormonas se encuentran en los dos sexos, con distintos niveles de concentración (en el hombre hay mayor nivel de testosterona y en la mujer mayores niveles de estrógenos y progesterona). En la misma persona, también varía el nivel hormonal en distintos momentos (21).

La pubertad es diferente en hombres y mujeres, en estas se caracteriza por un aumento de la secreción hormonal, provocando así un crecimiento rápido, aumento del busto y las caderas, desarrollo de los genitales, aparición de vello púbico y axilar, y la aparición de la menarquia o primera menstruación. En los hombres se caracteriza por el estirón del crecimiento, aumento del tamaño testicular, aparición del vello púbico y facial, engrosamiento de la voz (condicionado por el aumento de tamaño de órganos respiratorios, tales como pulmón y laringe) y espermarquia. Además, en ambos sexos aparece el acné por el exceso de actividad de las glándulas sebáceas debido a una mayor secreción de andrógenos (21). Debido a todos estos cambios biológicos puede cambiar la imagen

corporal del adolescente generando ciertos riesgos como trastornos alimentarios, nutrición inadecuada, consumo de esteroides, depresión, actividad sexual y el aumento de conductas de riesgo en adolescentes que creen que parecen mayores que sus pares (19).

2.1.4. Características psicosociales

La adolescencia es una etapa crítica del desarrollo humano, que implica un replanteamiento de la definición personal y social del ser humano. Se destacan procesos de diferenciación del medio familiar, búsqueda de pertenencia y sentido de vida.

Las dimensiones más importantes del desarrollo psicológico del adolescente se dan en el ámbito intelectual, sexual, social y elaboración de la identidad. Estas se desarrollan en tres fases: Fase puberal (temprana), adolescencia media y adolescencia tardía, que sirven como una guía con la finalidad de facilitar su sistematización (22).

Tabla 1: Características psicosociales del adolescente

Temprana (entre los 11 - 14 AÑOS) Preocupación por lo físico y emocional.	Media (entre los 15 - 17 AÑOS) Preocupación por la afirmación personal social.	Tardía (entre los 18 - 21 AÑOS) Preocupación por lo social.
<ul style="list-style-type: none"> ● Duelo por el cuerpo y por la relación infantil con los padres. ● Reestructuración del esquema e imagen 	<ul style="list-style-type: none"> ● Diferenciación del grupo familiar. ● Duelo parental por la pérdida del hijo fantaseado. ● Deseo de afirmar el 	<ul style="list-style-type: none"> ● Búsqueda de afirmación del proyecto personal-social. ● Reestructuración de las relaciones familiares.

<p>corporal.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ajustes a emergentes cambios sexuales físicos y fisiológicos. ● Estímulo de las nuevas posibilidades que abren estos cambios. ● Necesidad de compartir los problemas con los padres. ● Fluctuaciones del ánimo. ● Fuerte autoconciencia de necesidades. ● Relaciones grupales con el mismo sexo. ● Movimientos de regresión y avance en la exploración y abandono de la dependencia. 	<p>atractivo sexual y social.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Emergentes impulsos sexuales. ● Exploración de capacidades personales. ● Capacidad de situarse frente al mundo y a sí mismo. ● Cuestionamiento de aspectos comportamentales y posiciones previas. ● Preocupación por lo social. ● Grupos heterosexuales. ● Interés por nuevas actividades. ● La pareja como extensión del yo. ● Búsqueda de autonomía. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Locus de control interno. ● Desarrollo de instrumentos para la adultez. ● Exploración de opciones sociales. ● Avance en la elaboración de la identidad. ● Duelo parental por la separación física. ● Grupos afines en lo laboral, educacional, comunitario. ● Relaciones de pareja con diferenciación e intimidad. ● Capacidad de autocuidado y cuidado mutuo.
---	--	---

Durante esta etapa se desarrolla la capacidad de razonamiento abstracto, aunque no es completamente capaz de comprender conceptos complejos, ni entender la relación entre una conducta y sus consecuencias. El adolescente tampoco es completamente capaz de percibir el grado de control que tiene respecto de la toma de decisiones en la salud, por ejemplo, decisiones referidas a su comportamiento sexual (18).

Al analizar este período con base a la Teoría del desarrollo psicosocial de Erikson (1968), los adolescentes se encuentran en la fase de “Identidad versus confusión de identidad”,

caracterizada por el papel fundamental del “yo” en el desarrollo de la identidad: el “yo” organiza las habilidades y necesidades de la persona y los adapta a las demandas sociales. Se despierta el interés por la sexualidad y se forma la identidad sexual.

En esta etapa del desarrollo surge la crisis de identidad, caracterizada por confusión y caos en la conducta, pueden existir conceptos erróneos sobre la capacidad y por lo tanto riesgo de sobrestimación o subestimación, la autoestima puede disminuir en la adolescencia temprana y está relacionada con la percepción del atractivo físico, apoyo de los padres e iguales y habilidades(19). Si esta fase es superada, el adolescente logra la virtud de la fidelidad, lo que implica un sentido de pertenencia e identificación con un conjunto de valores, una ideología, religión o un movimiento, y un desarrollo de la confianza en sí mismo (23).

En esta etapa, el cerebro del adolescente adquiere una capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo. Asimismo, las opiniones de sus pares siguen siendo relevantes en un inicio, pero disminuye a medida que la confianza e identidad del individuo se va fortaleciendo (24).

En general los/as adolescentes se caracterizan por tener una menor percepción de riesgo debido a la inmadurez en la corteza prefrontal, la que controla el razonamiento y la impulsividad. Por otro lado, existe un aumento de las conexiones neuronales y un refinamiento de las vías cerebrales, lo que produce que el/la adolescente tienda a optar por una actitud más impulsiva, lo que no quiere decir que sus decisiones sean irresponsables o que no puedan tomar buenas decisiones, sino que, habitualmente se tomarán menos tiempo y considerarán menos aspectos para reflexionar durante el proceso deliberativo (16).

De manera que un rasgo común de la adolescencia temprana y media, es la temeridad, sin embargo, en la medida en que se desarrolla la capacidad de evaluar riesgos y tomar decisiones conscientes, disminuye, es decir, en la adolescencia tardía. En estas fases la temeridad, lleva al adolescente a la toma de decisiones inclinadas a conductas relacionadas con consumo de drogas y alcohol (24).

En la adolescencia tardía, es cuando los adolescentes ingresan en el mundo del trabajo o de la educación superior, establecen su propia identidad y cosmovisión y comienzan a participar activamente en la configuración del mundo que les rodea (24).

Existen habilidades, conocimientos y conductas necesarias para lograr con éxito las tareas del desarrollo del adolescente como son el alcanzar la independencia, el adaptarse a la maduración sexual, establecer relaciones íntimas, entre otras, las cuales implican cambios biológicos, cognitivos y psicosociales en cada adolescente, pero el contexto sociocultural en que estos viven, impacta en el orden de importancia de desarrollar sus tareas y su capacidad para hacerles frente, determinando el resultado de la transición de cada individuo a la edad adulta (19).

Existen muchos factores individuales que tienen impacto en la salud de los adolescentes, entre los cuales se puede mencionar el sexo, el coeficiente intelectual y antecedentes de salud familiar, los cuales no son modificables, pero les entregan una perspectiva diferente del mundo, por lo tanto, van a influir en la conducta que este tenga. También encontramos factores como el temperamento, la autoeficacia, el valorar los logros realizados, la autopercepción y las normas sociales percibidas traerán un impacto en la salud de los adolescentes. Los jóvenes que tienen un buen sentido de su propia valía y fuertes habilidades de afrontamiento son más propensos a tener éxito en la adopción y el mantenimiento de conductas saludables (19).

El Ministerio de Salud ha asumido para efectos de planificación sanitaria la definición de la OMS, que considera como población adolescente a las personas entre 10 y 19 años. La población adolescente no es homogénea y su complejidad se debe a la interacción de numerosos factores como sexo, edad, condición socioeconómica de la familia, lugar de residencia y pertenencia a una etnia o cultura minoritaria, las que deben ser consideradas en la provisión de los servicios de anticoncepción (25).

2.1.5. Métodos anticonceptivos.

Una proporción importante de los jóvenes que inician actividad sexual antes de los 19 años, lo hace sin protección anticonceptiva, llevando a altas tasas de fecundidad, por lo que es necesario informarles acerca del uso de anticoncepción si han decidido iniciar su vida sexual (25).

Cabe destacar que el relacionarse con los profesionales de salud puede generar temor de los adolescentes hacia ellos al ser una figura de autoridad que puede juzgar las decisiones que toman, resultando difícil aclarar sus dudas (25).

Existen criterios médicos de elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud que menciona que los adolescentes pueden elegir entre variados métodos, considerando ciertos criterios como la edad, la paridad, el riesgo de ITS o infección por VIH, en que la primera recomendación es el uso de condón (25).

Las opciones anticonceptivas para los adolescentes son:

- **Condón:** método de barrera que consiste en un dispositivo hecho de látex, el cual se coloca en el pene erecto para evitar el depósito de espermatozoides en el canal vaginal durante la eyaculación. También protege de las infecciones de transmisión sexual, en particular la causada por el VIH (25,26).
- **Anticonceptivos orales:** son píldoras combinadas que la mujer debe consumir diariamente, las cuales se basan en el uso de hormonas sexuales femeninas (estrógeno y progesterona). Éstas actúan sobre el eje hipotálamo-hipofisario inhibiendo la secreción de gonadotropinas, y por tanto, la ovulación. Disminuye el riesgo de cáncer endometrial y ovárico. Este método no protege de las infecciones de transmisión sexual (25,26).
- **Inyección combinada mensual:** su mecanismo de acción es semejante al de los combinados orales, además tiene la ventaja que su uso es de una vez al mes. Tienen escasos efectos metabólicos por el tipo de esteroides que contiene y porque evita el primer paso de los esteroides por el hígado. Es un método que no protege de las ITS, incluyendo VIH/SIDA (25).

- **Coito interrumpido:** método anticonceptivo natural más antiguo y consiste en retirar el pene de la vagina poco antes de la eyaculación. Es uno de los métodos menos eficaces, porque a veces es difícil determinar correctamente cuándo hay que retirar el pene, lo que puede provocar que se eyacule estando aún dentro de la vagina (26,27).
- **Método del calendario o del ritmo:** consiste en observar el ciclo menstrual durante 6 meses, restar 18 días de la duración del ciclo más corto (primer día fértil estimado) y restar 11 días de la duración del ciclo más largo (último día fértil estimado). Este método impide el embarazo al evitar el coito sin protección durante el posible primer día fértil y el posible último día fértil, si bien absteniéndose o utilizando un preservativo (27).
- **Método de la temperatura basal corporal:** este método requiere tomar la temperatura todas las mañanas y aprender a determinar cuándo ha ocurrido la ovulación por la elevación de la temperatura. Para esto la mujer debe registrar su temperatura corporal a la misma hora todas las mañanas antes de levantarse, prestando atención a que se produzca un aumento de 0,2 °C a 0,5 °C. Se impide el embarazo si se evita el coito sin protección durante los días fértiles (26,27).
- **Método sintotérmico o Billing:** consiste en determinar los períodos fértiles prestando atención a los cambios en el moco cervical (textura transparente), la temperatura corporal (ligero aumento) y la consistencia del cuello del útero (ablandamiento). Se impide el embarazo si se evita el coito sin protección durante los días más fértiles (27).
- **Dispositivo intrauterino (DIU):** consiste en un pequeño dispositivo hecho de polietileno que puede estar rodeado de cobre o de sustancias que liberan hormonas y que ha demostrado ser uno de los métodos anticonceptivos temporales más efectivos y aceptados.
- **Dispositivo intrauterino (DIU) de cobre:** dispositivo plástico flexible y pequeño que contiene un asa o cubierta de cobre y se inserta en el útero, de esta manera el cobre daña los espermatozoides e impide que se junten con el óvulo.
- **Dispositivo intrauterino (DIU) de levonorgestrel:** dispositivo plástico en forma de T que se inserta en el útero y libera diariamente pequeñas cantidades de levonorgestrel. Este

suprime el crecimiento del revestimiento de la cavidad uterina (endometrio) impidiendo que se desarrolle el embarazo (27).

2.1.6. Enfermería y la adolescencia

La adolescencia es una etapa del ciclo vital en la que se presentan muchos cambios tanto en el aspecto fisiológico, cambios estructurales anatómicos, psicológico y de la personalidad, por lo que la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las influencias que pueda llegar a tener de los grupos de pares o sus mismas características individuales, razón por la cual es de gran relevancia tomar en cuenta todos estos factores, al realizar algún tipo de intervención enfocada en aquellos elementos que intervienen directamente en el pensamiento y estilo de vida del adolescente, como es la familia, redes de apoyo, aspectos psicosociales, alimentación, sexualidad, las oportunidades que le pueda ofrecer la comunidad en la que se desarrolla, accesibilidad a servicios básicos y servicios de salud, entre otros determinantes sociales que son ejes fundamentales en el desarrollo físico, psicológico y social del adolescente, por ende el rol que cumple la enfermería en esta etapa es vital para lograr cambios en los estilos de vida y que las decisiones tomadas por los jóvenes sean informadas (28).

El Ministerio de Salud (Minsal), plantea que existen 4 temas primordiales sobre salud en la adolescencia que se deben atender, que son: salud sexual y reproductiva, salud nutricional, salud mental y violencia, además del ambiente o el contexto en el que se desarrollan, que influyen en las conductas perjudiciales de salud (29).

La adolescencia constituye un período de la vida en que según los indicadores de salud y enfermedad, se es más saludable, ya que existen tasas de mortalidad más bajas y menor frecuencia de episodios de enfermedad percibidos en un año en comparación a otras etapas del ciclo vital. Por lo tanto, se deben orientar los servicios hacia la promoción y prevención de la salud.

De aquí, radica la importancia de la educación en este grupo etario, que es fundamental para mejorar la calidad de vida y autocuidado del adolescente, donde enfermería, ha expandido su campo de acción más allá de lo clínico y hospitalario, enfocándose en la promoción y prevención de la salud creando acciones orientadas a los hábitos, conductas saludables, otorgando las mejores herramientas en una de las etapas en que la experimentación y toma decisiones se encuentran totalmente presentes.

De este modo, la promoción de salud (que implica el fortalecimiento de los factores protectores para evitar o controlar los riesgos) juega un papel muy importante en la prevención de la aparición de problemas de salud en dicha población, ya que con la promoción de varios factores protectores de manera simultánea, complementaria y continua, producirá un cambio positivo del estado de salud, bienestar y desarrollo del adolescente.

Esta prevención de la aparición de problemas de salud que involucre intervenciones y programas para el adolescente, debieran considerar además a la familia, grupo de iguales, medios de comunicación y comunidad para esta forma promover la interrelación y que tienen una orientación preventiva a largo plazo, teniendo más probabilidades de éxito y de tener impacto en la conducta del adolescente (19).

Como consecuencia de este nivel de prevención, al intervenir ciertos factores, es posible mejorar la salud en etapas posteriores de la vida, ya que dichos factores no están necesariamente asociados a daños en la etapa de la vida en que la exposición ocurre. Todo esto principalmente en relación a estilos de vida tanto saludables como no saludables, como el consumo de sustancias, tipo de alimentación, sedentarismo, trastornos psicosociales, enfermedades crónicas y otros daños.

El profesional de enfermería, debido al continuo contacto que tiene con los usuarios, tiene un lugar privilegiado para apoyar en los conflictos decisionales a los que se ven enfrentados los adolescentes, por lo que es necesario adquirir las competencias que este ámbito de desempeño exige, como los conocimientos de la teoría, habilidades para la comunicación y el respeto por las distintas creencias (12). Asimismo, la incorporación de distintas

habilidades y conocimientos acerca del desarrollo y la problemática de los jóvenes para crear oportunidades en que éstos se involucren en las decisiones que los afectan (19).

En la Guía de Buenas Prácticas en Enfermería, se entregan recomendaciones donde se menciona que la interacción con los jóvenes, debe estar fundamentada en principios basados en valores y creencias que respeten las fortalezas de los adolescentes, su potencial y las múltiples influencias presentes en su vida. Otra recomendación es que se emplee un enfoque facilitador y trabajen en conjunto con los adolescentes apoyándolos en que desarrollen capacidad de liderazgo, informándoles de los acontecimientos para que sientan que su participación es significativa, que tienen voz en las decisiones que afectan su vida y por ende sentirse que están siendo apoyados y valorados por los adultos (19).

2.2. Marco Empírico

2.2.1. Toma de decisiones en salud por adolescentes

El cambio de perspectiva de la atención de salud desde una mirada biomédica a una biopsicosocial, ha sido un desafío para los profesionales del área de salud. Dentro de los cambios que se incluyen en esta reforma, nos encontramos con el respeto a la autonomía de la persona, considerando al individuo como un ser autónomo capaz de tomar sus propias decisiones.

La autonomía en el paciente menor de edad constituye un desafío frente a la toma de decisiones sanitarias, debido a la falta de claridad del fundamento legal, por la dificultad de la misma valoración y por la falta de estudios de investigación en relación con el mismo tema (21).

En relación con los adolescentes, determinar el nivel de capacidad de toma de decisiones de este grupo etario ha sido cuestionado a lo largo de los años, donde no existe claridad para definir cuándo el ser humano se encuentra capacitado para tomar decisiones en forma autónoma y cuándo es capaz de hacerse cargo de sus actos. Desde la época de Aristóteles se habla que los jóvenes aún no parecen ser prudentes en sus decisiones y que alcanzar dicha responsabilidad se logra en edades más maduras (30).

La adolescencia es una etapa dificultosa y conflictiva de la vida humana, estudios demuestran que la formación de la personalidad, se logra en esta etapa del ciclo vital. Aquí, el joven vive un periodo de incertidumbre frente a las decisiones que pueden llevar a conductas peligrosas. En este momento su propia madurez le hace distanciarse de los criterios morales recibidos del entorno en que vive, iniciando una fase de protesta que se expresa mediante la rebeldía a la autoridad, la ruptura con los esquemas recibidos, deseo de libertad y autonomía, algunos ejemplos de estas expresiones son, el embarazo como protesta ante los padres o el comienzo del uso de sustancias psicoactivas.

Así, el adolescente comienza a adquirir mayor autonomía, situación que se produce porque los padres comienzan a entregar mayor responsabilidad en cuanto a la toma de decisiones (16). Esto se logra observar en el ámbito sanitario, ya que comienza a aumentar la participación y colaboración de los/as adolescentes acerca de las decisiones que se toman sobre su salud. Así también lo estipula la Organización de las Naciones Unidas (ONU) (16).

En el adolescente se produce un cambio estructural en el proceso decisional, ya que, en un principio se guían por la opinión de sus padres, luego toman más en cuenta a sus compañeros y, al final de su adolescencia siguen más sus propios criterios (16, 17).

La deliberación con el joven es especialmente compleja y en consecuencia difícil, debido a que exige siempre una gran madurez en quien conduce el proceso, por lo tanto, el adolescente tiene la necesidad de una escucha atenta (la angustia no deja por lo general escuchar al otro, precisamente porque se tiene miedo de lo que pueda decir), un gran esfuerzo por comprender

su situación, el análisis de sus valores, la argumentación racional sobre los cursos de acción posibles y los cursos óptimos, la aclaración del marco legal, el consejo no directivo y la ayuda aun en el caso de que la opción que elija no coincida con la que el profesional considera correcta, o la derivación a otro profesional en caso contrario, y en el proceso de argumentación con el adolescente le tendrá que hacer ver la importancia de integrar a los padres en el proceso de toma de decisiones (18).

Debido a la dificultad de la toma de decisiones de los adolescentes por las características anteriormente mencionadas, se utilizaba el Modelo Paternalista para poder enfrentar estas situaciones, modelo que considera que todo menor de edad es un incompetente completo, incapaz de tomar decisiones sobre el cuerpo y su vida de modo racional y "prudente" (30).

Este modelo considera que las decisiones sobre el cuerpo y la vida del niño y del joven se deben hacer buscando siempre su "mayor beneficio", coincida éste o no con el deseo o criterio del propio sujeto, dejando esta responsabilidad de deliberar completamente a los padres del individuo.

Este paradigma comenzó a pasar a segundo plano a través de los años, considerando que el adolescente necesita tomar sus propias decisiones en relación a su salud, con la ayuda necesaria que pueda facilitar este proceso.

Según Kohlberg, desde el punto de vista moral, el individuo es capaz de tomar decisiones, una vez que el desarrollo moral alcanza la madurez, la cual se establece entre 16 y 18 años, considerando de igual forma la individualidad del sujeto (30). Los derechos de la personalidad y otros derechos civiles, que condicionan el desarrollo moral, pueden ser ejercitados por el individuo desde el mismo momento en que éste es capaz de disfrutarlos, lo cual puede ser aún antes de los 18 años. Esto ha llevado a elaborar una doctrina nueva de los derechos del menor y a establecer en los 12 años la fecha en que un menor puede disfrutar, si goza de madurez de sus propios derechos humanos (30). Esta nueva forma de pensar se basa en un mayor

reconocimiento del papel que el menor desempeña en la sociedad y en la exigencia de un mayor protagonismo para el mismo.

Un estudio en niños con diabetes mellitus tipo 1 demuestra que a medida que el niño avanza hacia la adolescencia, los procesos de negociación por la toma de decisiones (con sus padres y con el equipo de salud) van en aumento (31), esto quiere decir que mientras más se le explica al adolescente sobre la patología que posee, el tratamiento médico y farmacológico, además de entender la importancia de éste, se adhieren de mejor manera al plan terapéutico, siendo partícipes de su autocuidado e influyendo en este para obtener un buen manejo de la enfermedad, evidenciando que existe una toma de decisiones.

Otro estudio de caso avala la necesidad sentida de los adolescentes en que sean partícipes de sus cuidados, donde una adolescente de 14 años es ingresada al hospital para el control de su diabetes mellitus, demostrando desinterés en el hecho de que su madre fuera entrevistada por la profesional de enfermería sobre su situación de salud, pero al realizarle una valoración y entrevista a la adolescente sin la presencia de la madre, ésta fue capaz de expresar su enfado en relación a que la consideraban como espectadora y no como protagonista de la situación, por lo que al hacerla parte de ésta en su plan de cuidados, brindará a la adolescente el derecho y responsabilidad de manejar aspectos de su tratamiento, mediante el espacio, confianza y confidencialidad entregada por la profesional disminuyendo el resentimiento hacia su plan de tratamiento y una mayor adherencia a éste (19).

La inclusión del adolescente en un proceso de deliberación, necesita establecer una relación abierta y respetuosa con el mismo, además de una comunicación eficaz, la cual es la clave del éxito de cualquier intervención, por lo que es importante tener en cuenta las características especiales que encierra la entrevista clínica con este grupo de edad (30).

Desde el punto de vista bioético, el adolescente se considera un grupo vulnerable, dado que, generalmente, no son capaces de tomar decisiones maduras o se encuentran sujetos a la autoridad de otros (32).

Desde el punto de vista legal, la situación de los jóvenes y en particular de los adolescentes se ha visto impactada por cambios recientes a la legislación. La reforma procesal penal dio origen a las Oficinas de Protección de Derechos de infancia y adolescencia (OPD), en un trabajo conjunto de Servicio Nacional de Menores (SENAME) y municipios. Además, se señala la importancia de resguardar el respeto a la autodeterminación y las decisiones de adolescentes y jóvenes, capaces de definir sus propias metas y protección de las personas. El adolescente debe recibir una información adecuada a su edad en cuanto a su estado de salud y a las medidas terapéuticas que se proponen. En caso de que los padres o tutores rechacen ciertas intervenciones (ejemplo: Transfusión de sangre) el equipo de salud puede presentar el caso a un tribunal (21). Según el artículo 12 de la Convención sobre los Derechos del Niño (se entiende por niño todo ser humano menor de 18 años), señala que los estados garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse en juicio propio, el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al individuo (33), lo que significa que, frente a cualquier situación, el joven involucrado debe ser escuchado, además de respetar su opinión y su propia autonomía.

El rescate bibliográfico realizado evidenció que el estudio de conflicto decisional en adolescentes es una temática poco abordada. Se encontró sólo una investigación que estudia el conflicto decisional asociado a la malnutrición por exceso en adolescentes, ésta mostró que un bajo porcentaje de los/as adolescentes percibieron que su situación nutricional les provoca conflicto decisional y, estableció relación significativa con nivel de enseñanza cursada, autoeficacia y apoyo social, indicando la necesidad de intervenciones de enfermería dirigidas a sensibilizar y orientar a los/as adolescentes frente a la toma de decisiones en salud (34).

Otro es el estudio realizado por la Universidad de Valparaíso, que estudio la existencia y nivel de conflicto decisional ante el uso de MAC al inicio de la actividad sexual según algunas variables

en establecimientos de Valparaíso en el 2015, donde de igual manera se afirma que prácticamente no existe conflicto decisional o incertidumbre ante las decisiones por parte de los adolescentes (16).

Por lo que el dilema reiterado es la existencia o no, de conflicto decisional considerando las características antes mencionadas.

El problema de los profesionales se ve reflejado por su falta de formación en estos temas, lo que impide actuar adecuadamente, manejar estos casos con seguridad, confianza y hacer el acto clínico una relación de ayuda (30). Por lo tanto, es de gran importancia que los futuros profesionales, tengan instancias de formación profesional en relación con los temas anteriormente hablados, dado que la prevención de futuras patologías se asocia a los estilos de vida, es decir, a las decisiones tomadas en esta época del ciclo vital.

2.2.2. Adolescencia y sexualidad

En Chile, hoy en día cuando hablamos del inicio de la actividad sexual de una persona, debemos de cualquier modo, remontarnos a su adolescencia, ya que es en este periodo donde comienza la vinculación de estos dos términos; adolescencia y sexualidad. Aunque cada vez, el inicio de la actividad sexual es más precoz, aún no existe un reconocimiento real por parte de la sociedad sobre las relaciones sexuales entre adolescentes (35).

Es necesario conocer esta realidad, ya que según la Octava Encuesta Nacional de la Juventud el 24% de la población chilena, son jóvenes entre 15 y 29 años, de este porcentaje el 49% son mujeres y el 51% son hombres. Esta misma encuesta señala que el 71% de los jóvenes chilenos se encuentra sexualmente activo, con una edad promedio de inicio de actividad sexual de 16,6 años. Así mismo un 22,5% de los jóvenes de 15 años ha iniciado actividad sexual, a los 17 un 36,1% y a los 20 un 52,2% ya se encuentra sexualmente activo (36). Es importante señalar, que los hombres tienen índices mayores que las mujeres en relación de ser sujetos sexualmente

activos con 73% y 70% respectivamente como lo demuestra la INJUV en su séptima encuesta (37). Por el contrario, el estudio realizado en Valparaíso obtuvo como resultados en relación con el inicio de la actividad sexual según sexo, que el porcentaje de mujeres era mayor que el de hombres (16).

Uno de los puntos relevantes en que el adolescente se enfrenta a tomar decisiones, es el uso de métodos anticonceptivos. La evidencia apunta a que hoy en día, el uso de estos dispositivos ha disminuido de forma abrumadora, ya que en 2012 estaba en un 87% y en 2015 descendió a un 77%, siendo el condón el método que registra la mayor caída. A pesar de esto, los métodos más utilizados, tanto en la última como en la primera relación sexual son el preservativo y la píldora anticonceptiva (36).

Es importante destacar que los jóvenes entre 15 a 19 años ocupan en mayor porcentaje el condón en su última relación sexual, que las personas jóvenes de 20 años o más (36).

Las consecuencias del inicio precoz de la actividad sexual, van desde el contagio de alguna Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS), dejando como su peor consecuencia el VIH/SIDA, hasta un embarazo adolescente no deseado, ya que se sabe que mientras más temprano un adolescente empieza su actividad sexual, es más probable que esta conducta tenga consecuencias negativas para él (38).

Como fue anteriormente mencionado, el embarazo no deseado es una de las mayores consecuencias para las adolescentes, ya que se sabe que las madres menores de 15 años son las que sufren más deterioro de su salud debido al embarazo; y hasta los 18 años aumenta el riesgo de preclamsia y anemia del embarazo, así como de partos complicados y prolongados, por lo que a su vez existe mayor riesgo de prematurez para los hijos. Además, las madres adolescentes tienden a tener menores logros educacionales, lo que genera un riesgo de futuros embarazos no deseados, trabajo de menor calidad y por ende menor ingreso. Así, se generan mayores factores de riesgo para el hijo, haciendo que en un futuro éste tenga mayor probabilidad de tener un inicio de actividad sexual precoz, constituyendo así, lo que Muzzo denominó, un círculo vicioso de la pobreza (38).

Así el Embarazo no planificado se ha convertido en uno de los grandes desafíos, tanto para la salud pública, como para la sociedad, su importancia se ve reflejada en la incorporación de los Objetivos Estratégicos 2011-2020, en el objetivo número cuatro que señala: “Reducir la mortalidad, morbilidad y mejorar la salud de las personas, a lo largo del ciclo vital”, específicamente en el indicador que establece disminuir el embarazo adolescente (16,39).

En relación a otras prácticas sexuales, se sabe que 1 de cada 2 jóvenes declara haber practicado sexo oral en los últimos 12 meses, mientras que 1 de cada 5 jóvenes dijo haber practicado sexo anal en este mismo periodo de tiempo, siendo los hombres de mayor nivel socioeconómico y de mayor edad quienes más realizan estas prácticas (36).

2.2.3. Uso de métodos anticonceptivos

Según la Organización mundial de la salud, 225 millones de mujeres desean postergar o detener la procreación, pero no utilizan ningún método anticonceptivo (27). La planificación familiar permite disminuir los embarazos no deseados y controlar la cantidad de hijos que se desean tener. Además, algunos métodos de planificación familiar como los preservativos ayudan a prevenir la transmisión del VIH-SIDA y otras infecciones de transmisión sexual.

La frecuencia de utilización de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual a nivel latinoamericano es baja, esto se puede evidenciar en dos estudios realizados en Colombia, donde ambos estudios concuerdan que aproximadamente el 50% de su población estudiada no utilizó ningún método de planificación familiar (17,40). Por otro lado, en el estudio “Primera relación en adolescentes cubanos” el 64,2% de los jóvenes no utilizó ningún método de protección en su primera relación sexual (41). Por ende, existe gran población de países de Latinoamérica que no utilizan métodos preventivos en la primera relación coital, aumentando así el riesgo de embarazo no deseado y el contagio de infecciones de transmisión sexual.

El uso de métodos anticonceptivos en las diversas poblaciones del mundo, va a depender de variados factores los cuales van desde la disponibilidad y acceso, hasta los aspectos culturales y creencias que influyen en la elección de estos.

En Latinoamérica, específicamente Cuba, el método más utilizado en la primera relación sexual fue el condón con 27,3%, seguido del coito interrumpido y el método del ritmo, pero de formas menos significativas (41); en Venezuela fue el anticonceptivo hormonal oral con un 39,12% de la población estudiada, especialmente por las mujeres más jóvenes, seguido por la esterilización con 20,56% (42). Por último, en Colombia 34% de los adolescentes y jóvenes utilizan el anticonceptivo hormonal, seguido por métodos de barrera con un 5% (40).

El panorama nacional no es tan diferente a la realidad mencionada anteriormente de los países vecinos. En la Sexta Encuesta Nacional de la Juventud se evidenció que solo el 51% de los jóvenes en su primera relación sexual utilizaron algún método de prevención, siendo los varones quienes más lo utilizaban en comparación de las mujeres (43).

Respecto a los métodos más utilizados en Chile, en la séptima encuesta nacional de la juventud, el condón es utilizado con 49% de la población encuestada, seguido por la píldora anticonceptiva con 38% (37). Un punto importante es que el preservativo es mayormente utilizado por los varones y la pastilla oral por las mujeres. Por otra parte, los usos de métodos de planificación van disminuyendo con el tiempo o son utilizados de forma irregular. Además, cabe destacar que el preservativo se utiliza primordialmente con el objetivo de prevenir un embarazo no deseado y de forma secundaria disminuir el riesgo de adquirir una infección de transmisión sexual (44,45).

Otro estudio realizado en la ciudad de Temuco a estudiantes de enseñanza media, indicó que el 67% de los jóvenes tampoco hizo uso de estos métodos, es más, el 41,9% de las mujeres y el 52,5% de los hombres no se encontraba utilizando ningún MAC al momento de realizar la investigación. Además, se encontró que a medida que aumenta la edad disminuía el uso de MAC (8).

2.2.4. Factores que influyen en el inicio de las relaciones sexuales y el uso de los métodos anticonceptivos.

La adolescencia se considera un periodo de vulnerabilidad en donde el embarazo y las infecciones de transmisión sexual son las principales consecuencias de la actividad sexual sin protección.

La baja educación sexual influye en el inicio precoz de la actividad sexual en adolescentes, en conjunto con las condiciones de hacinamiento, pobreza, disfunción familiar, carencias afectivas, baja autoestima, deserción escolar y el consumo de alcohol y drogas (1).

Los factores que pueden existir beneficiaran o complicaran la toma de decisiones del adolescente, presentando la posibilidad de enfrenar un conflicto decisional.

Son pocos estudios los que han abordado esta temática, sin embargo el que se ha realizado en Valparaíso mostró como resultados que, aproximadamente 1 de cada 20 estudiantes presentó conflicto decisional frente al uso de MAC, es decir, menos del 5%, estas bajas cifras podrían deberse a las características propias del crecimiento del/la adolescente, ya que éstos generalmente suelen tener una menor percepción de riesgo, tomándose menos tiempo y considerando menos aspectos para reflexionar durante el proceso deliberativo, lo que generalmente se traduce en un menor conflicto decisional (16), por lo que el uso de MAC no representaría un problema decisional para ellos.

Según un estudio en Chile, los adolescentes están iniciando actividad sexual más temprano que en el pasado, donde existirán factores personales y familiares que influirán en el inicio de actividad sexual y uso de métodos anticonceptivos (1,8,35,46) siendo estos:

Tabla 2: Factores personales y familiares influyentes en el inicio de la actividad sexual

Factores personales		Factores familiares	
Para un menor riesgo de inicio sexual: Buen desempeño escolar, religiosidad.	Para un mayor riesgo de inicio sexual: Influencia de alcohol y drogas, antecedentes de parejas mayores, abuso sexual previo, menarquia precoz (primera menstruación), influencia de los pares y los adolescentes que trabajan.	Para un menor riesgo de inicio sexual: Crianza por ambos padres, mejor nivel socioeconómico, mayor comunicación padres-hijos, vivir con ambos padres, mayor escolaridad de los padres.	Para un mayor riesgo de inicio sexual: Divorcio o separación de los padres, adolescentes cuyas madres fueron madres en la adolescencia, tener padres muy estrictos o muy permisivos.

De manera que, la actividad sexual en el adolescente es un fenómeno multifactorial, que puede llevar o no, al conflicto decisional. Entre los factores que pueden influir, abordaremos los siguientes:

2.2.4.1. Factores demográficos:

Entre los principales factores demográficos que han demostrado tener efecto sobre la materia estudiada, encontramos algunas características tales como: edad y sexo.

Edad y sexo: La evidencia apunta que el 71% de los jóvenes chilenos se encuentra sexualmente activo, con una edad promedio de inicio de actividad sexual de 16,6 años. Según la Sexta Encuesta de la Juventud, que muestra una edad promedio de 16,4 años en hombres y de 17,1 años en mujeres (43).

Específicamente la evidencia refiere que un 22,5% de los jóvenes de 15 años ha iniciado actividad sexual, a los 17 un 36,1% y a los 20 un 52,2% ya se encuentra sexualmente activo (36). Es importante señalar, que los hombres tienen índices mayores que las mujeres en relación de ser sujetos sexualmente activos con 73% y 70% respectivamente como lo demuestra la INJUV en su séptima encuesta (37). De igual manera, los varones presentan mayor uso de anticoncepción en la primera relación sexual respecto a las mujeres; y a medida que aumenta la edad, el uso de anticoncepción disminuye (37). Por el contrario, la investigación realizada en Valparaíso, se encontró un mayor porcentaje de mujeres que usaban “siempre” MAC, que de hombres, asimismo, respecto a la edad, a los 14 años se observó el porcentaje más alto de adolescentes que utilizaron siempre MAC y el porcentaje más bajo fue a la edad de 16 años (16).

Este mismo estudio refiere que en cuanto a la distribución por edad, el mayor porcentaje de conflicto decisional, se encontró en las edades de 15 y 18 años. Asimismo, se observó que hay una mayor existencia de conflicto decisional en hombres que en mujeres(8,16).

2.2.4.2. Factores académicos

Otras características que podrían influir en este fenómeno son las académicas, entre ellas se encuentra:

- **Curso:**En el estudio realizado en Valparaíso, este factor presentó una diferencia relevante entre lo observado en 1° y 2° año de enseñanza media, donde el inicio de actividad

sexual fue menor que en 3° y 4° medio. Sin embargo, no se encontró evidencia específica que relacione el curso con el inicio de la actividad sexual.

El único estudio que ha abordado estos factores relacionados con el conflicto decisional se encontró que 1 de cada 13 estudiantes de segundo año medio presentó conflicto decisional frente al uso de MAC, siendo este curso el que presenta mayor conflicto, y en segundo lugar se encuentra cuarto medio. También destacó que, el curso que tiene menor porcentaje es tercer año (16).

- **Rendimiento académico:** Respecto al rendimiento académico, una revisión realizada por expertos mexicanos reveló que es un factor protector para el uso de MAC (16,47). Además, un estudio realizado en Chile indicó que los/as adolescentes con metas educacionales claras y con buen desempeño escolar son más proclives a prevenir el embarazo no deseado usando MAC. En cambio, aquellas adolescentes que carecen de una orientación de metas educacionales claras y poseen pobre desempeño escolar, son más vulnerables a una mayor incidencia de embarazos no deseados (48).

Según los resultados del estudio realizado en Valparaíso, se observó que entre los/as estudiantes que refirieron un rendimiento destacado, se presentó el menor porcentaje de adolescentes que habían iniciado su actividad sexual (16).

En este mismo estudio, se observó que los porcentajes de estudiantes que “siempre” utilizaba MAC eran similares, siendo levemente mayor entre los/as estudiantes que señalaron tener un rendimiento destacado. Por otro lado, dentro de los/as adolescentes que respondieron nunca utilizarlos, predominaron los estudiantes de rendimiento suficiente (16).

El único estudio que ha realizado una valoración de conflicto decisional en el área de sexualidad, menciona los porcentajes de existencia de conflicto decisional son similares para las categorías bueno y destacado (16).

2.2.4.3. Factores psicosociales.

Las características psicosociales, como la autoeficacia, autoestima, y el apoyo social también determinarán la conducta y toma de decisiones del adolescente:

- **Autoeficacia:** Se entiende como la necesidad de la persona de alcanzar el éxito y el desarrollo de habilidades para el logro de metas. De esta forma, la autoeficacia percibida es definida por Bandura como "las creencias que las personas tienen sobre sus capacidades y/o ejercicio de control que tienen sobre los eventos que afectan su vida" (49). Según este autor, las acciones de una persona no solo dependen de sus conocimientos respecto al tema, ni de las capacidades que tengan para ejecutarlas, sino que dependen de la autopercepción de su propia eficacia.

Este concepto ha sido utilizado en la psicología y enfermería como un importante predictor de conductas de salud, debido a su influencia en cómo las personas sienten, piensan y actúan. Demostrando que un alto sentido de autoeficacia percibida, beneficia a las personas en el inicio de cuidados preventivos, tratamientos oportunos y facilita el procesamiento de información y el desempeño cognitivo en distintos contextos, incluyendo la actividad sexual y la toma de decisiones (49). El único estudio que ha relacionado la autoeficacia con el inicio de la actividad sexual refiere la proporción de adolescentes sexualmente activos decrece junto con su percepción de autoeficacia, asimismo se encontró que independiente del nivel de autoeficacia percibida, los/as adolescentes presentaban uso de MAC "siempre" en proporciones similares, lo que difieren con lo reportado por la literatura, donde investigaciones han demostrado que las personas que se perciben más autoeficaces, tienen experiencias sexuales satisfactorias y seguras, evitando el riesgo de embarazo no planificado (ENP) y infecciones de transmisión

sexual(ITS).En esta misma investigación se encontró un mayor porcentaje de conflicto decisional entre los/as adolescentes que presentaron autoeficacia baja (16,50).

- **Autoestima:**Este concepto se relaciona directamente con el bienestar general del individuo. Rosemberg, define la autoestima como un sentimiento hacia uno mismo, que puede ser positivo o negativo, el cual se construye por medio de una evaluación de las propias características (51). Este factor lleva a la toma de decisiones, sin embargo no existe mayor evidencia, por lo que se estimó pertinente su estudio en esta investigación.

- **Apoyo social:** Hace referencia a la valoración que una persona hace sobre su red social y los recursos que fluyen desde ella, lo que implica destacar el grado de satisfacción que obtiene del apoyo disponible (52). El apoyo social es otorgado por las redes de apoyo o redes sociales, que son vínculos personales emocionalmente importantes para el individuo, integrados principalmente por la familia, amigos, compañeros de estudios o trabajo y/o conocidos en la comunidad. Este apoyo permite disminuir la incertidumbre, validando comportamientos y emociones a través de la comparación con los que forman su grupo de apoyo.

El constructo de apoyo social surge en los años setenta, donde se demuestran los efectos protectores de los lazos sociales en la salud. Entonces se propuso que el apoyo social ampara a las personas, física y psicológicamente, de los efectos negativos de circunstancias o eventos estresantes(52).

Uno de los rasgos primordiales en la conducta sexual de riesgo de los jóvenes, corresponde a la escasa educación afectivo-sexual que les brindan sus redes de apoyo más cercanas, es decir, el sistema familiar y educacional. Esto se debe a la poca preparación por parte de las familias y los establecimientos educacionales, para afrontar este periodo de transición de los adolescentes (52).

Durante la adolescencia, las redes de apoyo más utilizadas van variando desde la familia hacia los pares, siendo estos últimos, los que toman un rol importante como apoyo social. Por esto, para los adolescentes, sus amigos tienen un rol significativo en sus vidas porque adquieren un papel protagónico en el desarrollo y proceso de iniciación sexual, enfrentándose a una dualidad,

pudiendo ser factor protector como de riesgo, para las decisiones que toman los adolescentes (52).

Un estudio demuestra que este tema es conversado con amigos o compañeros (66%), con su madre (44,1%), con su pareja (22,4%), con su padre (20,4%) y menos del 12% con profesores, profesionales de salud y sacerdotes o pastores (8).

El estudio realizado en Valparaíso, en relación al apoyo social percibido por los adolescentes, se encontró que el grupo que percibía un apoyo social moderado presentó el mayor porcentaje de adolescentes iniciados sexualmente, seguido por el grupo que percibía alto apoyo social y finalmente los/as que señalaron un bajo apoyo (16).

Asimismo, se evidenció un mayor porcentaje de uso de MAC “siempre” en adolescentes con apoyo social alto y moderado, y un porcentaje menor de uso de MAC “siempre” en los que percibían un bajo apoyo social.

En este estudio, el grupo de estudiantes que percibió “Moderado” apoyo social, presentó un mayor porcentaje de conflicto decisional. Específicamente, se evidenció que los/as adolescentes que percibían el apoyo social familiar “Moderado”, presentaban mayor conflicto decisional. Quienes reportaron un bajo apoyo de pares, presentaron un mayor porcentaje de conflicto decisional. Y con respecto al apoyo de la pareja, la mayoría de los/as estudiantes que tuvieron conflicto decisional percibían un bajo apoyo de sus parejas (16).

Por lo expuesto, se puede decir que, las características de los adolescentes hacen que el apoyo social sufra una ambigüedad a la hora de analizarlo. Por ejemplo, es considerado un factor protector, cuando el apoyo social viene de figuras que influyen positivamente en las conductas del adolescente, como su círculo familiar y las instituciones educativas a las que esté adscrito.

Por otro lado, cuando el adolescente tiene a su grupo de pares como principal fuente de apoyo social, podría actuar como un factor de riesgo, especialmente, en el inicio de las primeras relaciones sexuales.

Basada en esta información, se ha considerado que las variables a investigar en este estudio estarán relacionadas con los principales factores que influyen en la toma de decisiones del adolescente. De manera que hablaremos de las variables psicosociales, demográficas, y académicas, que determinarán el uso de métodos anticonceptivos y conflicto decisional.

2.3. Definición nominal y operacional de variables:

2.3.1. Variable conflicto decisional:

Es la incertidumbre que se genera cuando se debe elegir el curso de acción a tomar en una situación, ya que cualquier elección implica riesgos, pérdida o crea un reto para los valores personales. Esta variable será medida con la *“Escala de Conflicto Decisional”*, propuesta por Annette O'Connor.

2.3.2. Variable demográfica

Entre los factores demográficos que han demostrado tener efecto sobre la materia estudiada, se encuentran sexo, colocando a los hombres con mayor uso en anticoncepción en la primera relación sexual; y edad, dando a entender que a mayor edad el uso de anticonceptivos disminuye.

Asimismo, se ha considera como parte de esta variable el uso de métodos anticonceptivos al iniciode la actividad sexual. La valoración de esta variable se ha hecho a través de preguntas sociodemográficas

2.3.3. Variable académica:

Esta variableapunta a conocer el curso y rendimiento académico del participante, lo que se midió a través de preguntas de selección múltiple.

2.3.4. Variables psicosociales:

Autoeficacia: Ésta variable se define como la competencia personal sobre cuán efectiva puede ser la persona al afrontar una variedad de situaciones estresantes, esta cualidad influye en cómo la gente siente, piensa y actúa, donde un alto sentido de autoeficacia, facilita el procesamiento de información y el desempeño cognitivo en distintas áreas, incluyendo la toma de decisiones y el logro académico.

Este concepto ha sido utilizado en diversos ámbitos en salud, tales como el manejo de enfermedades crónicas, uso de drogas, fumar, realizar ejercicios, bajar de peso y sobre las conductas sexuales que adquieren los individuos, donde las personas con alta autoeficacia percibida tienen más probabilidades de iniciar cuidados preventivos, buscar tratamientos tempranos y ser más optimistas sobre el resultado de estos (7).

La autoeficacia se puede medir a través de **“La escala de autoeficacia general”** propuesta por Bandura junto a otros investigadores.

Autoestima: Este concepto se relaciona directamente con el bienestar general del individuo. Rosemberg, define la autoestima como un sentimiento hacia uno mismo, que puede ser positivo o negativo, el cual se construye por medio de una evaluación de las propias características. La autoestima actúa como indicador de salud mental de los individuos, lo que permite valorar diversas patologías asociadas a estas, tales como la depresión y la ansiedad.

Existen diversos instrumentos que miden la autoestima, pero uno de los más utilizados es la **“Escala de Autoestima de Rosemberg”**, donde su aplicación es simple y rápida, enfocándose en los sentimientos positivos y negativos que manifiesta cada individuo (51).

Apoyo Social: Como antes se mencionó, este concepto hace referencia a la valoración que una persona hace sobre su red social y los recursos que fluyen desde ella, lo que implica destacar el grado de satisfacción que obtiene del apoyo disponible (52). Esta variable se medirá a través de la **“Escala multidimensional de apoyo social percibido”** de Zimet.

CAPÍTULO 3: MATERIAL Y MÉTODO

3.1. Material y Método

3.1.1. Diseño de la investigación:

Se planteó un estudio no experimental, cuantitativo de tipo exploratorio.

3.1.2. Población en estudio:

La población estuvo constituida por adolescentes de 1° a 4° Medio de ambos sexos de liceos municipalizados de la ciudad de San Felipe: Liceo de niñas Corina Urbina y Liceo Dr. Roberto Humeres. Esta población corresponde a 1015 estudiantes y fueron seleccionados por conveniencia y estar en edad de enfrentar la situación que aborda esta investigación, que es tomar decisiones ante el uso de métodos anticonceptivos una vez iniciadas sus relaciones sexuales.

3.1.3. Selección de la muestra:

La muestra fue de tipo probabilística, para su cálculo se consideró un nivel de confianza del 95%, un error máximo de estimación del 5% y una probabilidad de ocurrencia del fenómeno estimada de 50% (por ausencia de datos).

La selección de la muestra fue por conglomerado polietápico, en una primera instancia se seleccionó aleatoriamente dos liceos, uno mixto donde asisten hombres y mujeres y uno solo de niñas. En cada establecimiento, también se seleccionó en forma aleatoria un curso de cada nivel (de primero a cuarto año), obteniendo una muestra de 279 estudiantes, para finalmente realizar un censo de los estudiantes que cumplan con los siguientes criterios:

3.1.3.1. Como criterios de inclusión:

- Alumno regular.
- Asistente el día de la aplicación del instrumento.
- Quien presente el proceso de consentimiento informado firmado por un adulto responsable y firme el asentimiento informado.

3.1.3.2. Como criterios de exclusión:

- Inasistentes el día de la aplicación del instrumento

El reclutamiento de los alumnos participantes se realizó en coordinación con la Dirección del Liceo y los profesores jefes de los cursos correspondientes para que los tesisistas pudieran acudir a reunión de los padres y/o apoderados, donde se les invitó a participar, explicando lo más claro posible los alcances y en qué consistiría la participación de los estudiantes en el estudio. Se les entregó el consentimiento informado para que fuera leído, se aclararon dudas para posteriormente autorizar la participación de su pupilo/a.

En el caso de los estudiantes, se les entregó un asentimiento informado y además se les explicó el objetivo de la investigación y en qué consistía su participación.

En consecuencia, la muestra quedó compuesta por 124 estudiantes, donde los datos obtenidos fueron sometidos a un análisis estadístico de tipo descriptivo, determinando frecuencias absolutas y relativas, medidas de tendencia central (moda, mediana y media) y medidas de dispersión (desviación estándar y rango).

3.1.4. Descripción de los instrumentos:

El instrumento que se utilizó para la recolección de datos en esta investigación estuvo constituido de 5 partes (Anexo N° 1):

Preguntas sociodemográficas y académicas: Las preguntas relacionadas con sexo, edad, y nivel de enseñanza cursada, fueron extraídas de la Encuesta Mundial de Salud Escolar (38), Estas fueron: “¿Qué edad tienes?”, dando el espacio para que el participante escriba su edad.

Asimismo, se colocó la opción de “Sexo:”, con las opciones “Femenino” y “Masculino”, para que se marque con una “X”.

Para conocer el nivel de enseñanza cursado, se solicitó indicar con una X el año académico que cursaba, con 4 opciones de respuesta: “primero medio”, “segundo medio”, “tercero medio” o “cuarto medio”. Asimismo, el rendimiento académico, se midió por medio de la aplicación de una pregunta de autoreporte, donde el/la encuestado/a indicó con una X el rango en el que se encuentra la calificación obtenida en semestre anterior; contó con 4 opciones de respuesta: - Rendimiento insuficiente: 1,0 – 4,0. - Rendimiento suficiente: 4,1 – 5,0. - Rendimiento bueno: 5,1 – 6,0. - Rendimiento destacado: 6,1 – 7,0.

La pregunta para valorar el inicio de actividad sexual se extrajeron de la Séptima Encuesta Nacional de la Juventud (37), las cuales fueron: “¿Usted ha iniciado su actividad sexual?”, entregando como posibles respuestas “Sí” o “No”. De ser sí, se continúa con la pregunta “¿Qué edad tenías cuando tuviste relaciones sexuales por primera vez?”, dejando el espacio para que el adolescente escriba la edad. De ser un adolescente que ya ha iniciado actividad sexual será partícipe del posterior análisis.

Asimismo, es necesario valorar el uso de métodos anticonceptivos, lo que se realizó a través de la pregunta “La última vez que tuviste relaciones sexuales, ¿Tú o tu pareja usaron algún método anticonceptivo?”, dando como respuesta las opciones “No he usado”, “Calendario”, “Pastillas anticonceptivas”, “Coito interrumpido”, “Condón”, “Otro, cuál”.

- **Escala de conflicto decisional**, creada por Annette O’Connor, basada en el Modelo Conceptual de Apoyo a la Toma de Decisiones en Salud de Ottawa (14), su propósito es identificar conflictos decisionales y los factores que los influyen. La escala consta de 16 ítems distribuidos en 5 subescalas: incertidumbre respecto a qué curso de acción tomar, conocimiento acerca de las opciones, valores que la persona le asigna a las opciones, participación de otros en el proceso de toma de decisión y decisión efectiva y satisfactoria para el sujeto que ya ha tomado la decisión. Se validó y adaptó una versión en español en Santiago

de Chile, por Urrutia, Campos y O'Connor, quienes obtuvieron una estructura similar a la escala original, y una confiabilidad por Alfa de Cronbach de 0,80 (53). La escala de conflicto decisional contiene 16 ítems, los cuales son evaluados con una escala tipo Likert que va desde 0 que indica "Totalmente de acuerdo", hasta 4 que corresponde a "Totalmente en desacuerdo". Para determinar la existencia de conflicto se debe sumar el puntaje de cada uno de los ítems, el resultado se divide por 16 y se multiplica por 25, así se obtiene un valor en el rango de 0 a 100, en general los puntajes de 0 a 50 indican que no existe conflicto decisional, y de 51 a 100 señalan la existencia efectiva de conflicto (54).

- **Escala multidimensional de apoyo social percibido** de Zimet, mide el apoyo social percibido de familia, amigos, pareja u otras personas significativas. Se trata de una escala compuesta por 12 ítems con respuestas tipo Likert con 4 opciones las que van desde casi nunca a casi siempre. Fue creada en 1988 por Zimet et al. (55), traducida y adaptada en Chile por Arechavala y Miranda el año 2002, quienes obtuvieron un alfa de Cronbach 0,86 y validaron su estructura en adultos mayores (56). Por otra parte, un estudio de validación reciente, aplicado en adolescentes, estableció un índice de confiabilidad de 0,88 y validó su estructura tridimensional (57).
- **Escala de autoestima de Rosemberg.** Este cuestionario permite explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo. Consta de 10 ítems, cinco enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia. Se puede auto administrar. Validada y traducida al español. Consistencia interna entre 0.76 y 0.87. Fiabilidad es de 0.80. Esta escala está validada en Chile y es de uso libre (58).
- **Escala de autoeficacia general de Bandura,** esta escala mide la sensación de competencia total de la persona para enfrentar nuevas tareas y hacer frente a una gran variedad de situaciones difíciles.. Fue creada en su versión final el año 1981 en Alemania por Schwarzer y Jerusalem (59), traducida por expertos en 1993 y validada en Chile el año 2010 por Cid, Orellana y Barriga, quienes lograron demostrar su fiabilidad y validez, obteniéndose resultados similares a los obtenidos en estudios en población de habla hispana, con un índice de

confiabilidad de 0,84 (60).". Se trata de una escala de 10 ítems con respuestas tipo Likert de 4 opciones, las que van desde muy de acuerdo a muy en desacuerdo. Los puntajes de los 10 ítems se suman, y se obtiene un mínimo de 10 puntos y un máximo de 40 puntos.

Con el puntaje obtenido, se clasificó la autoeficacia en 3 categorías: - Autoeficacia Baja: 10 a 20 puntos. - Autoeficacia Moderada: 21 a 30 puntos. - Autoeficacia Alta: 31 a 40 puntos.

Las escalas "Apoyo social Percibido" (55), "Autoestima" (58) y "Autoeficacia general" (61), son de uso liberado. Y para la escala de conflicto decisional se solicitó autorización a su autora, quien respondió afirmativamente a la solicitud, se adjunta correo electrónico con autorización (Anexo N° 2).

3.1.5. Procedimiento de recolección de datos

Primero, se realizó, contacto con Dirección de Asuntos Estudiantiles Municipal (DAEM) de San Felipe, con el objeto de solicitar autorización para ir a los establecimientos municipales de enseñanza media a explicar el proyecto y pedir su participación, este contacto fue realizado por la investigadora responsable. Esta dirección entrega una carta de autorización (anexo N° 3).

En los colegios seleccionados y autorizados, Liceo de niñas Corina Urbina y el Liceo Dr. Roberto Humeres O. (Anexos N°4 y N° 5), se presentó el proyecto a los padres y/o apoderados de los establecimientos y cursos nominados, en distintas reuniones de apoderados según los cursos seleccionados al azar, se plantearon los objetivos y se explicó en qué consistiría la participación de los estudiantes.

De no aceptar participar, se les agradeció su tiempo y se dejó en claro que esta decisión no afectaba en nada a su persona, ni a su pupilo. Si aceptaba participar se aplicaría el proceso del consentimiento informado (Anexo N° 6), y luego firma el Acta de consentimiento (Anexo N° 7).

Posteriormente se realizó el contacto con los liceos para coordinar la aplicación del instrumento a los estudiantes para continuar con el proceso de reclutamiento.

El contacto con los adolescentes cuyos padres y/o apoderados autorizaron su participación, se realizó en día y horario autorizado. Se les presentó el proyecto de investigación y a aquellos que mostraron interés en participar se les explicó con más detalle en qué consistiría su participación y se aplicó el asentimiento informado (Anexo N° 8).

Posterior a la firma de asentimiento, se hizo entrega del instrumento para que los adolescentes lo contestaran por autoreporte, en caso de tener alguna duda fue resuelta por los tesisistas.

Al finalizar el proceso de respuesta del instrumento se preguntó a todos/as los/as estudiantes si tenían alguna consulta que quisieran resolver de forma individual, las dudas que se presentaron fueron resueltas por las tesisistas.

A todos los participantes se les ofreció la oportunidad de asistir al desarrollo de una intervención educativa sobre tipos y características de métodos anticonceptivos.

3.1.6. Procesamiento y análisis de datos.

Los datos recolectados fueron tabulados según cierta codificación mediante el programa Microsoft Office Excel y procesados por el programa estadístico Stata (SPSS), teniendo como muestra final un total de 124 participantes.

En primer lugar, se realizó el análisis descriptivo de las variables demográficas, psicosociales y académicas en Microsoft office Excel, donde se analizó cada escala y codificaron las variables. Posteriormente se realizó el cruce de variables mediante el programa estadístico Stata (SPSS).

3.1.7. Consideraciones éticas.

El proyecto de investigación fue evaluado y aprobado por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, para ser realizado durante el segundo semestre del año 2017 (Anexo 9). Para su evaluación, se envió el protocolo de investigación según señala

el anexo 20. Asimismo, se siguió todo el conducto regular antes descrito con las pertinentes autorizaciones.

Con el objetivo de velar por la autonomía de los/as participantes se realizaron los procesos de consentimientos y asentimientos informados, se aclaró el anonimato y la confidencialidad de la información entregada y se resaltó que la participación era voluntaria. No se obligó a ningún participante, ni se coaccionó a lo mismo.

Los instrumentos se aplicaron de forma anónima y equitativamente a todos, no se realizó ninguna diferenciación.

Cada estudiante tuvo la oportunidad de aclarar dudas en forma individual y si en esta conversación alguno entregó información en forma particular, ya sea, de tipo personal o de cualquier otra índole a las tesis que estaban aplicando el instrumento, esta información fue absolutamente confidencial.

Como mecanismo de custodia se determinó que los instrumentos que aplicó el grupo de tesis y las actas de asentimiento, fueron guardados en la oficina de la investigadora principal y luego, en un lugar que fue destinado para ello en el Campus San Felipe, donde están bajo llave durante 5 años.

CAPÍTULO 4: RESULTADOS

4.1. Características sociodemográficas y psicosociales de la muestra.

A continuación, se presentan algunas características sociodemográficas de las/os 124 adolescentes que participaron en esta investigación. La información se organizó según distribución de frecuencia absoluta y relativa.

Tabla 3: Características demográficas, académicas, de las/os adolescentes pertenecientes a liceos municipalizados, de la ciudad de San Felipe, 2017

Variable		Frecuencia		Porcentaje %
Sexo				
Mujer		107		86,3
Hombre		17		13,7
Edad	Media	DE		
Media	16,508	1,48		
Curso				
1º medio		30		24,2
2º medio		18		14,5
3º medio		44		35,5
4º medio		32		25,8
Rendimiento escolar				
Insuficiente		1		0,8
Suficiente		18		14,5

Bueno	75	60,5
Destacado	29	23,4
No responde	1	0,8

En la tabla 3, se aprecia que la muestra está constituida con un mayor porcentaje de mujeres (86,3%) en comparación a los hombres (13,7%). En cuanto a la edad, la media correspondió a 16,508 años (DE 1,48).

En cuanto a la distribución de la muestra se concentra mayoritariamente en tercero medio con un 35,5%, por otro lado se mantuvo relativamente equitativo en primero y cuarto medio, con 24,2% y 25,8% respectivamente, y en el nivel donde hubo una menor concentración fue en segundo medio con un 14,5 %.

Con respecto al rendimiento académico, la mayoría de los estudiantes refirieron que su rendimiento durante su año académico 2017 fue “bueno”, con un 60,5%.

Tabla 4: Sexo por edad

			Edad							Total
			14	15	16	17	18	19	20	
S e x o	Mujer	Recuento	1	4	21	15	7	5	2	55
		% dentro de Sexo	1,8%	7,3%	38,2%	27%	12%	9,1%	3,6%	100%
	Hombre	Recuento	0	1	3	3	2	3	1	13
		% dentro de Sexo	0,0%	7,7%	23,1%	23%	15%	23%	7,7%	100%
Total		Recuento	1	5	24	18	9	8	3	68
		% dentro de Sexo	1,5%	7,4%	35,3%	26%	13%	11%	4,4%	100%

Tabla 5: Características psicosociales de las/os adolescentes pertenecientes a liceos municipalizados de la ciudad de San Felipe, 2017.

Variable	Frecuencia	Porcentaje %	
Autoeficacia			
Baja		9	7,3
Moderada		65	52,4
Alta		50	40,3
Autoestima			
Baja		43	34,7
Moderada		40	32,3
Alta		41	33,1
Apoyo Social General			
Bajo		13	10,5
Moderado		54	43,5
Alto		57	46,0
Conflicto decisional			
Ausencia		119	96,0
Presencia		5	4,0

En la tabla 5 se aprecia que la mayoría de los adolescentes encuestados con un 52,4% se percibe con una Autoeficacia moderada.

Con respecto al Autoestima hay una distribución relativamente equitativa a través de los resultados de la escala de Rosenberg, fluctuando con una autoestima baja de 34,7% a una autoestima alta con un 33,1%.

En relación al Apoyo Social General existe una mayor proporción de encuestados que percibe un alto Apoyo Social General (46,0%).

Por último, referente al Conflicto Decisional hay un 96,0% del total de los adolescentes encuestados que no presentan conflicto decisional.

Tabla 6: Tipos de MAC utilizados por los adolescentes

Métodos anticonceptivos	Frecuencia	Porcentaje
Inició actividad sexual y no usó método anticonceptivo	21	16,9
Calendario	1	0,8
Pastillas ACO	14	11,3
Condón	16	12,9
Otros	7	5,6
No responde	1	0,8
Missing Data	1	0,8
Total	68	54,8
No inicio de actividad sexual	56	45,2
Total	124	100

Con respecto al tipo de anticonceptivo utilizado, evidenciamos que hay un mayor uso de condón siendo un 12,9% por parte de los adolescentes encuestados seguido de las pastillas ACO con un 11,3%. Además un 16,9% de aquellos adolescentes que iniciaron actividad sexual no utilizan métodos anticonceptivos.

Tabla 7: Inicio de actividad sexual

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No	56	45,2
	Si	68	54,8
	Total	124	100

En cuanto al inicio de la actividad sexual, un 54,8% de los adolescentes encuestados ya inicio actividad sexual y un 45,2% aun no inicia.

Tabla 8: Edad promedio de inicio de actividad sexual

	N	Media
Edad de inicio de actividad sexual	68	14,94
N Válido (según lista)	68	

En relación al inicio de la actividad sexual, se observa que la edad promedio en la población de estudio es de 14,9 años.

Tabla 9: Uso de MAC según sexo

			Uso de MAC		Total
			Si	No	
S e x o	Femenino	Recuento	40	15	55
		% dentro de Sexo	72,7%	27,3%	100%
	Masculino	Recuento	7	6	13
		% dentro de Sexo	53,8%	46,2%	100%
Total		Recuento	47	21	68
		% dentro de Sexo	69,1%	30,9%	100%

En la tabla 9 según las variables uso de MAC y sexo, podemos observar que en ambos sexos predomina el uso de anticonceptivos con respecto al no uso, pero son las mujeres quienes utilizan mayoritariamente MAC con un 72,7% en comparación con los hombres 53,8%. El no uso de anticonceptivos se traduce a un 30,9% en ambos sexos.

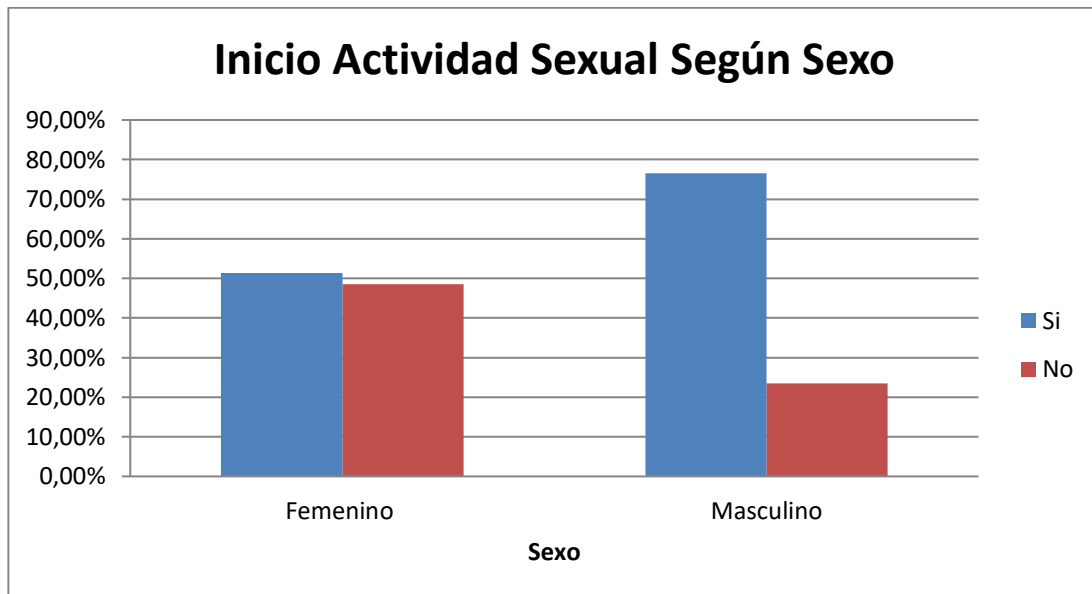
4.2. Inicio de Actividad sexual según sexo, edad, curso y rendimiento escolar.

4.2.1. Inicio de actividad sexual según sexo.

Tabla 10: Inicio de actividad sexual según sexo

			Inicio de Actividad Sexual		Total
			No	Si	
S e x o	Femenino	Recuento	52	55	107
		% dentro de Sexo	48,6%	51,4%	100%
	Masculino	Recuento	4	13	17
		% dentro de Sexo	23,5%	76,5%	100%
Total		Recuento	56	68	124
		% dentro de Sexo	45,2%	54,8%	100%

Gráfico 1:



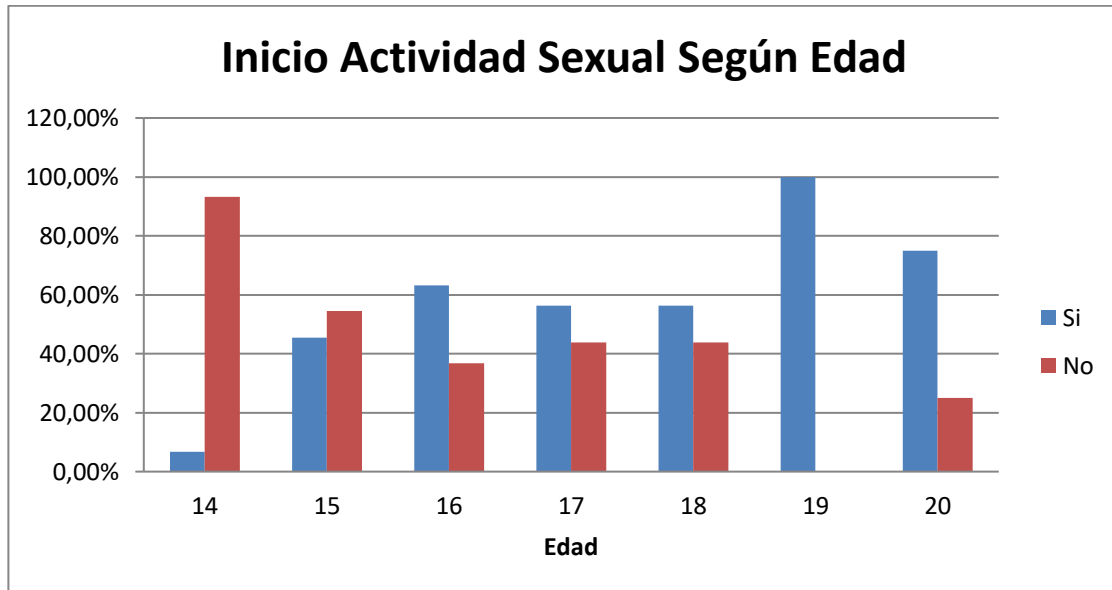
En la siguiente tabla (Tabla 10) se observan las variables inicio de actividad sexual según sexo observando que el 51,4% de las mujeres han iniciado actividad sexual, mientras que el 76,5% de los varones ya ha iniciado actividad sexual, siendo un total de 54,8% de la muestra que ya mantiene actividad sexual activa.

4.2.2. Inicio de actividad sexual según edad.

Tabla 11: Inicio de la actividad sexual según edad

			Inicio de actividad sexual		Total	
			No	Si		
E d a d	14	Recuento	14	1	15	
		% dentro de la edad	93,3%	6,7%	100%	
	15	Recuento	6	5	11	
		% dentro de la edad	54,5%	45,5%	100%	
	16	Recuento	14	24	38	
		%dentro de la edad	36,8%	63,2%	100%	
	17	Recuento	14	18	32	
		%dentro de la edad	43,8%	56,3%	100%	
	18	Recuento	7	9	16	
		% dentro de la edad	43,8%	56,3%	100%	
	19	Recuento	0	8	8	
		% dentro de la edad	0%	100%	100%	
	20	Recuento	1	3	4	
		% dentro de la edad	25%	75%	100%	
	Total		Recuento	56	68	124
			% dentro de la edad	45,2%	54,8%	100%

Gráfico 2:



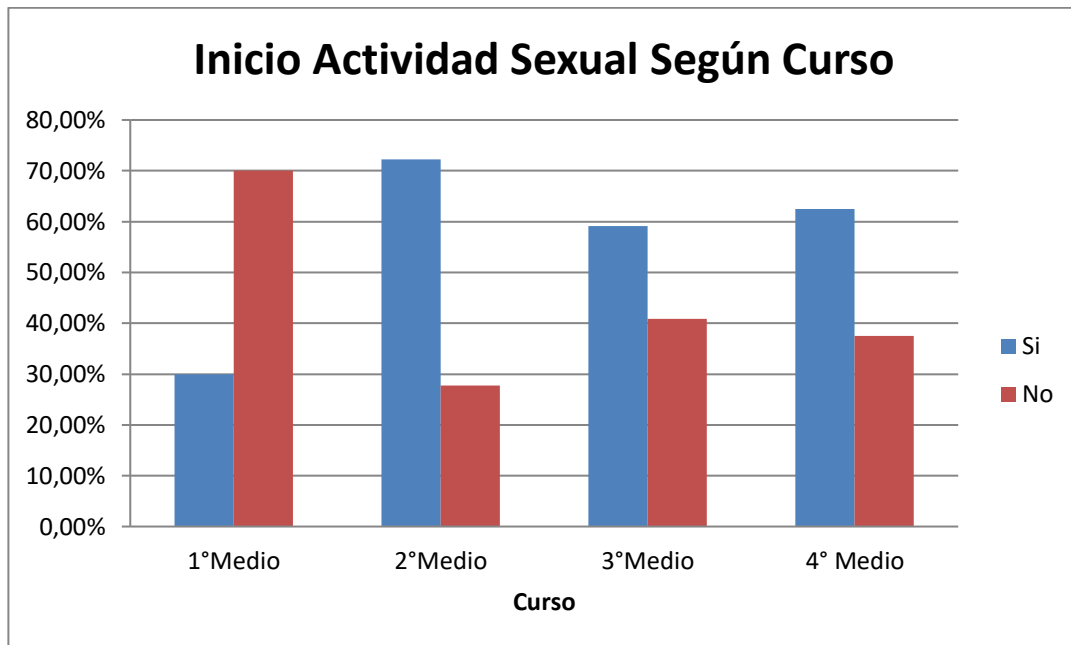
En relación al inicio de la actividad sexual según edad se observa que a los 14 años un 6,7% de la muestra ha iniciado actividad sexual, a los 15 años el 45,5%, a los 16 años un 63,2%, a los 17 un 56,3%, a los 18 años un 56,3%, a los 19 años un 100% y mientras que a los 20 años un 75% ya ha iniciado actividad sexual, dando un total de 54,8% de la muestra que ya mantiene una vida sexual activa.

4.2.3. Inicio de actividad sexual según curso.

Tabla 12: Inicio de actividad sexual según curso

			Inicio de actividad Sexual		Total	
			No	Si		
CURSOS	Primero	Recuento	21	9	30	
	Medio	% dentro de curso	70%	30%	100%	
	Segundo	Recuento	5	13	18	
	Medio	% dentro de curso	27,8%	72,2%	100%	
	Tercero	Recuento	18	26	44	
	Medio	% dentro de curso	40,9%	59,1%	100%	
	Cuarto	Recuento	12	20	32	
	Medio	% dentro de curso	37,5%	62,5%	100%	
	Total		Recuento	56	68	124
			% dentro de curso	45,2%	54,8%	100%

Gráfico 3:



A través de la observación del gráfico 3 y de la tabla 12 podemos observar que en primero medio un 30% de la muestra ha iniciado actividad sexual, en 2º Medio un 72,2%, en 3º Medio un 59,1% y en 4º Medio un 62,5% de los alumnos ha iniciado actividad sexual.

4.2.4. Inicio de actividad sexual según rendimiento escolar.

Tabla 13: Inicio de la actividad sexual según rendimiento escolar

			Inicio de actividad Sexual		Total	
			No	Si		
R E N D I M I E N T O	Insuficiente	Recuento	0	1	1	
		% dentro de rendimiento	0%	100%	100%	
	Suficiente	Recuento	6	12	18	
		% dentro de rendimiento	33,3%	66,7%	100%	
	Bueno	Recuento	31	44	75	
		% dentro de rendimiento	41,3%	58,7%	100%	
	Destacado	Recuento	18	11	29	
		% dentro de rendimiento	62,1%	37,9%	100%	
	No responde	Recuento	1	0	1	
		% dentro de rendimiento	100%	0%	100%	
	Total		Recuento	56	68	100%
			% dentro de rendimiento	45,2%	54,8%	100%

Gráfico 4:



En cuanto al rendimiento y al inicio de la actividad sexual según los datos de la tabla 13 y gráfico 4, es posible observar que el rendimiento es insuficiente (menor a 4,0) un 100% de la muestra ha iniciado actividad sexual, si el rendimiento es suficiente (entre 4,1 a 5,0) un 66,7% de los estudiantes ha iniciado actividad sexual, si el rendimiento es bueno (Entre 5,1 y 6,0) un 58,7% ha iniciado actividad sexual, si el rendimiento es destacado (sobre 6,0) un 37,9% ha iniciado actividad sexual, y podemos observar que una persona no respondió el promedio de notas.

4.2.5. Inicio de actividad sexual según Autoestima.

Tabla 14: Autoestima (AM) por actividad sexual

			Inicio de actividad sexual		Total
			No	Si	
A M	Baja	Recuento	15	28	43
		% dentro de autoestima	34,9%	65,1%	100%
	Moderada	Recuento	18	22	40
		% dentro de autoestima	45%	55%	100%
	Alta	Recuento	23	18	41
		% dentro de autoestima	56,1%	43,9%	100%
Total		Recuento	56	68	124
		% dentro de autoestima	45,2%	54,8%	100%

En relación a la autoestima, se evidencia que quienes presentaban baja autoestima, un 65,1% ha iniciado actividad sexual, quienes presentaban una moderada autoestima, un 55% ha iniciado actividad sexual, quienes presentaban una alta autoestima, un 43,9% ha iniciado actividad sexual.

4.2.6. Inicio de actividad sexual según Autoeficacia.

Tabla 15: Autoeficacia (AF) por inicio actividad sexual

			Inicio de actividad sexual		Total
			No	Si	
AF	Baja	Recuento	5	4	9
		% dentro de autoeficacia	55,6%	44,4%	100%
	Moderada	Recuento	29	36	65
		% dentro de autoeficacia	44,6%	55,4%	100%
	Alta	Recuento	22	28	50
		% dentro de autoeficacia	44%	56%	100%
Total		Recuento	56	68	124
		% dentro de autoeficacia	45,2%	54,8%	100%

Los resultados evidencian que el 44,4% de quienes poseen baja autoeficacia, han iniciado actividad sexual, el 55,4% de quienes poseen moderada autoeficacia, han iniciado actividad sexual y el 56% de quienes poseen alta autoeficacia, han iniciado actividad sexual.

4.2.7. Inicio de actividad sexual según Apoyo Social General.

Tabla 16: Apoyo social general (ASG) por inicio de actividad sexual

			Inicio de actividad sexual		Total
			No	Si	
A S G	Baja	Recuento	7	6	13
		% dentro de ASG	53,8%	46,2%	100%
	Moderada	Recuento	23	32	54
		% dentro de ASG	42,6%	57,4%	100%
	Alta	Recuento	26	31	57
		% dentro de ASG	45,6%	54,4%	100%
Total		Recuento	56	68	124
		% dentro de ASG	45,2%	54,8%	100%

Los resultados obtenidos son que un 46,2% de quienes perciben un bajo apoyo social sí ha iniciado actividad sexual, un 57,4% de quienes perciben un moderado apoyo social sí ha iniciado la actividad sexual y un 54,4% de quienes perciben un alto apoyo social sí ha iniciado actividad sexual.

4.3. Frecuencia de uso de métodos anticonceptivos según edad, curso, rendimiento académico y características psicosociales.

4.3.1. Uso de métodos anticonceptivos según edad.

Tabla 17: Edad por uso de MAC

			Uso de MAC		Total
			Si	No	
E d a d	14	Recuento	1	0	1
		% dentro de la edad	100%	0%	100%
	15	Recuento	3	2	5
		% dentro de la edad	60%	40%	100%
	16	Recuento	16	8	24
		%dentro de la edad	66,7%	33,3%	100%
	17	Recuento	13	5	18
		%dentro de la edad	72,2%	27,8%	100%
	18	Recuento	7	2	9
		% dentro de la edad	77,8%	22,2%	100%
	19	Recuento	5	3	8
		% dentro de la edad	62,5%	37,5%	100%
	20	Recuento	2	1	3
		% dentro de la edad	66,7%	33,3%	100%
Total		Recuento	47	21	68
		% dentro de la edad	69,1%	30,9%	100%

En relación a las variables frecuencia de uso de métodos anticonceptivos y edad, podemos observar que 100% de los estudiantes de 14 años que han iniciado su actividad sexual utilizan algún tipo de MAC, en los estudiantes de 15 años 60% utiliza algún tipo de método, a los 16 años 66,7% ocupa MAC, a los 17 años 72,2% utiliza anticoncepción, los estudiantes de 18 años

77,8% utiliza algún método de anticonceptivos, los adolescentes de 19 años 62,5% utilizan métodos MAC y 66,7% de los encuestados de 20 años que han iniciado su actividad sexual utilizan algún método anticonceptivo.

4.3.2. Uso de métodos anticonceptivos según rendimiento escolar.

Tabla 18: Rendimiento por uso de MAC

			Uso de MAC		Total
			Si	No	
Rendimiento	Insuficiente	Recuento	0	1	1
		% dentro de rendimiento	0%	100%	100%
	Suficiente	Recuento	9	3	12
		% dentro de rendimiento	75%	25%	100%
	Bueno	Recuento	29	15	44
		% dentro de rendimiento	65,9%	34,1%	100%
	Destacado	Recuento	9	2	11
		% dentro de rendimiento	81,8%	18,2%	100%
Total		Recuento	47	21	68
		% dentro de rendimiento	69,1%	30,9%	100%

Según las variables uso de métodos anticonceptivos y rendimiento escolar, se puede visualizar que el 100% de los adolescentes que presentaban un rendimiento escolar insuficiente y que habían iniciado su actividad sexual no utilizaban métodos anticonceptivos. Un 81,8% de los

encuestados que presentaban un rendimiento escolar destacado y que habían iniciado su actividad sexual utilizaban algún método anticonceptivo.

4.3.3. Uso de métodos anticonceptivos según autoestima

Tabla 19: Autoestima (AM) por uso de MAC

			Uso de MAC		Total
			SI	No	
A M	Baja	Recuento	18	10	28
		% dentro de autoestima	64,3%	35,7%	100%
	Moderada	Recuento	11	11	22
		% dentro de autoestima	50%	50%	100%
	Alta	Recuento	18	0	18
		% dentro de autoestima	100%	0%	100%
Total		Recuento	47	21	68
		% dentro de autoestima	69,1%	30,9%	100%

Según las variables uso de métodos anticonceptivos y autoestima, podemos visualizar que todos los adolescentes, que habían iniciado su actividad sexual y que presentaban una alta autoestima utilizaban métodos anticonceptivos siendo un 100% de estos.

4.3.4. Uso de métodos anticonceptivos según autoeficacia.

Tabla 20: Autoeficacia (AF) por uso de MAC

			Uso de MAC		Total
			Si	No	
AF	Baja	Recuento	1	3	4
		% dentro de autoeficacia	25%	75%	100%
	Moderada	Recuento	28	8	36
		% dentro de autoeficacia	77,8%	22,2%	100%
	Alta	Recuento	18	10	28
		% dentro de autoeficacia	64,3%	35,7%	100%
Total		Recuento	47	21	68
		% dentro de autoeficacia	69,1%	30,9%	100%

En relación a las variables, uso de métodos anticonceptivos y autoeficacia, es posible observar que aquellos adolescentes que presentan una moderada autoeficacia, utilizan con mayor frecuencia métodos anticonceptivos siendo un 77,8% de los encuestados. Por otro lado de los adolescentes que presentaban una baja autoeficacia y habían iniciado su actividad sexual 75% no utilizaban MAC.

4.3.5. Uso de métodos anticonceptivos según apoyo social general.

Tabla 21: Apoyo social general (ASG) por uso de MAC

			Uso de MAC		Total
			Si	No	
A	Baja	Recuento	4	2	6
		% dentro de ASG	66,7%	33,3%	100%
S	Moderada	Recuento	21	10	31
		% dentro de ASG	67,7%	32,3%	100%
G	Alta	Recuento	22	9	31
		% dentro de ASG	71%	29%	100%
Total		Recuento	47	21	68
		% dentro de ASG	69,1%	30,9%	100%

En relación a las variables uso de métodos anticonceptivos y apoyo social, podemos observar que aquellos adolescentes que tienen un alto apoyo social son quienes utilizan en mayor porcentaje de métodos anticonceptivos con 71%.

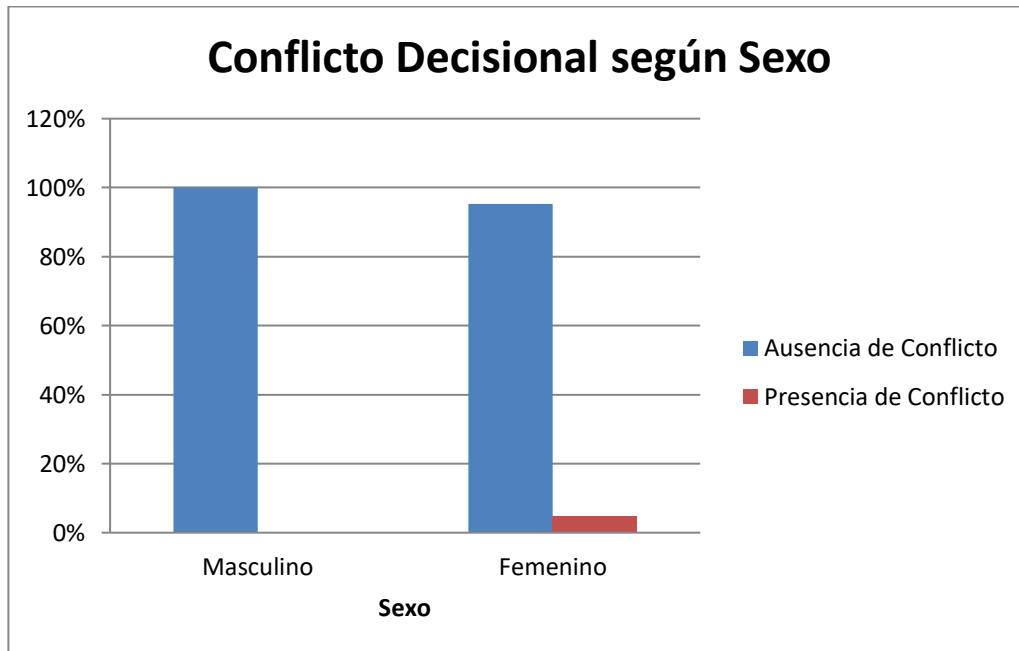
4.4 Nivel de Conflicto decisional según características demográficas, académicas y psicosociales.

4.4.1. Nivel de conflicto decisional según sexo.

Tabla 22: Nivel de conflicto decisional según sexo

			Conflicto decisional		Total
			Ausencia de conflicto decisional	Presencia de conflicto decisional	
S e x o	Femenino	Recuento	102	5	107
		% dentro de Sexo	95,3%	4,7%	100%
	Masculino	Recuento	17	0	17
		% dentro de Sexo	100%	0%	100%
Total		Recuento	119	5	124
		% dentro de Sexo	96%	4%	100%

Gráfico 5



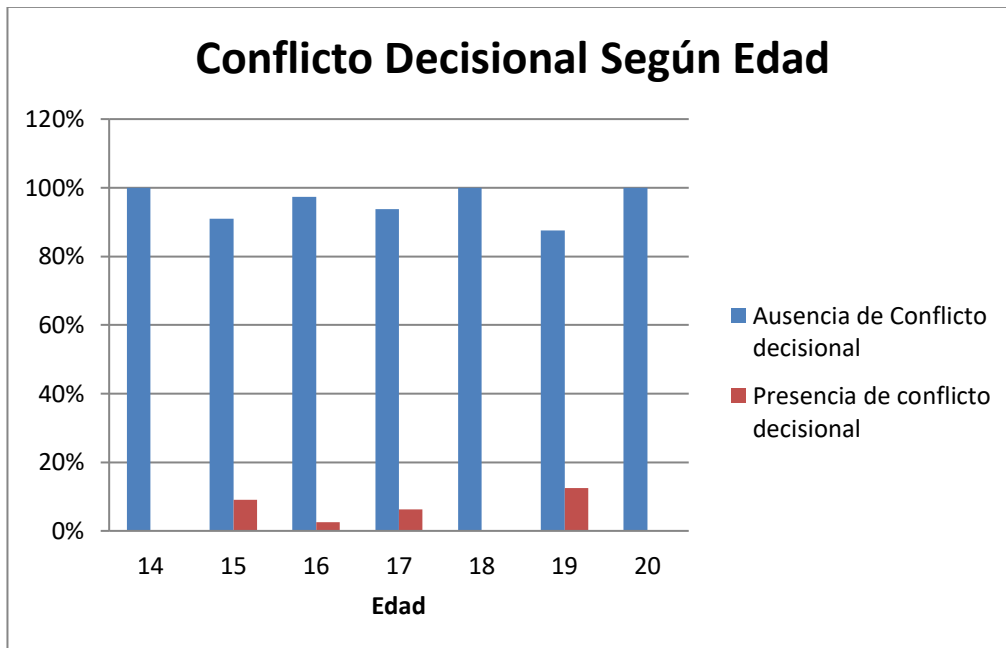
En relación a las variables nivel de conflicto decisional según sexo, podemos observar que el sexo femenino presenta mayor nivel de conflicto decisional que los varones, donde las mujeres un 4,7% mostró presentar conflicto decisional, mientras que los hombres un 0% de la muestra, determinó tener conflicto decisional.

4.4.2. Nivel de conflicto decisional según edad.

Tabla 23: Nivel de conflicto decisional según edad

			Conflicto decisional		Total	
			Ausencia de conflicto decisional	Presencia de conflicto decisional		
E d a d	14	Recuento	15	0	15	
		% dentro de la edad	100%	0%	100%	
	15	Recuento	10	1	11	
		% dentro de la edad	90,9%	9,1%	100%	
	16	Recuento	37	1	38	
		%dentro de la edad	97,4%	2,6%	100%	
	17	Recuento	30	2	32	
		%dentro de la edad	93,8%	6,3%	100%	
	18	Recuento	16	0	16	
		% dentro de la edad	100%	0%	100%	
	19	Recuento	7	1	8	
		% dentro de la edad	87,5%	12,5%	100%	
	20	Recuento	4	0	4	
		% dentro de la edad	100%	0%	100%	
	Total		Recuento	119	5	124
			% dentro de la edad	96%	4%	100%

Gráfico 6:



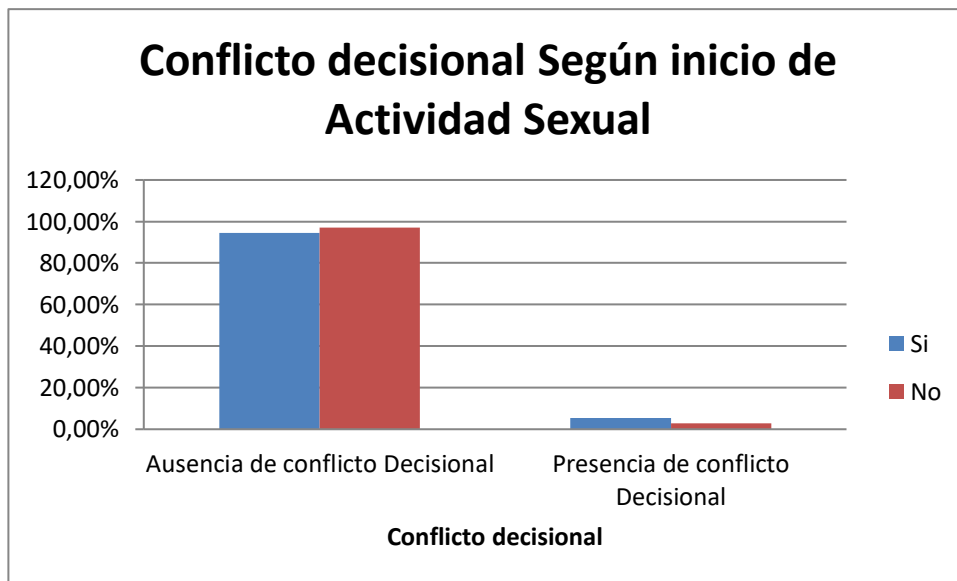
En relación al nivel de conflicto decisional según edad podemos observar que los estudiantes de 14 años no tienen conflicto decisional (0%), los estudiantes de 15 años 9,1%, a los 16 años un 2,6% tienen conflicto decisional, a los 17 años un 6,3%, a los 18 años un 0%, a los 19 años 12,5% y a los 20 años un 0% de la muestra tiene conflicto decisional, siendo un total de 4% de la muestra quien mantiene conflicto decisional (Tabla 23 y gráfico 6).

4.4.3. Nivel de conflicto decisional según inicio de actividad sexual.

Tabla 24: Nivel de conflicto decisional según inicio actividad sexual (IAS)

			Conflicto decisional		Total
			Ausencia de conflicto decisional	Presencia de conflicto decisional	
IAS	No	Recuento	53	3	56
		% dentro de Sexo	94,6%	5,4%	100%
	Si	Recuento	66	2	68
		% dentro de Sexo	97,1%	2,9%	100%
Total		Recuento	119	5	124
		% dentro de Sexo	96%	4%	100%

Gráfico 7:



Según el gráfico 7 y la tabla 24 de conflicto decisional según el inicio de la actividad sexual, es posible decir que un 2,9% de la muestra que ha iniciado actividad sexual tiene conflicto decisional, mientras que un 5,4% de los estudiantes que no ha iniciado actividad tiene conflicto decisional. Siendo un total de 4% de la muestra tiene conflicto decisional mientras que un 94,6% de los estudiantes no tiene conflicto decisional.

4.4.4. Nivel de conflicto decisional según uso de métodos anticonceptivos.

Tabla 23: Nivel de conflicto decisional según uso de MAC

			Conflicto decisional		Total
			Ausencia de conflicto decisional	Presencia de conflicto decisional	
Uso de MAC	No ha iniciado	Recuento	53	3	56
		% dentro de uso de MAC	94,6%	5,4%	100%
	Si	Recuento	45	2	47
		% dentro de uso de MAC	95,7%	4,3%	100%
	No	Recuento	21	0	21
		% dentro de uso de MAC	100%	0%	100%
Total		Recuento	119	5	124
		% dentro de uso de MAC	96%	4%	100%

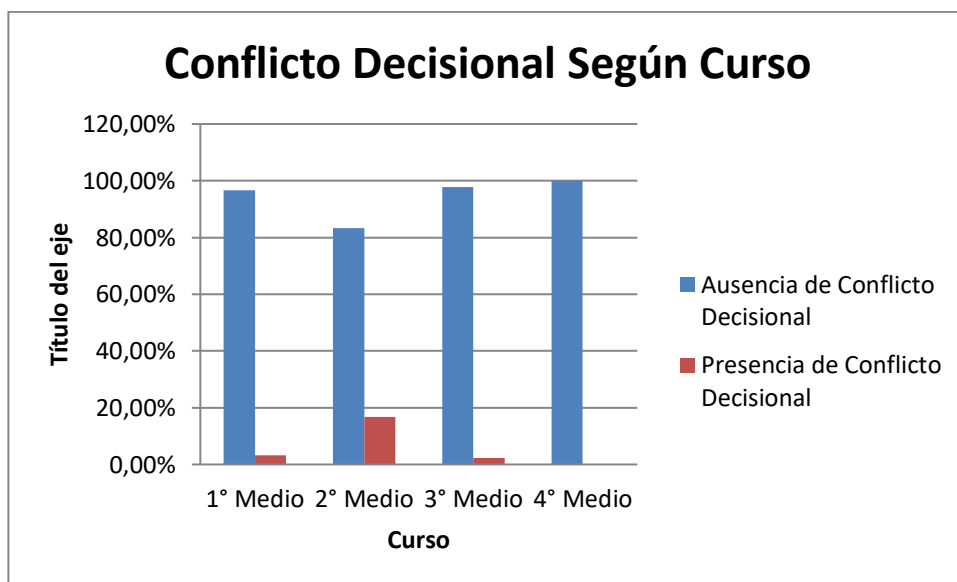
Entre las variables conflicto decisional y uso de métodos anticonceptivos se observa que los adolescentes que utilizan MAC y tienen conflicto decisional corresponde a un 4,3% de la muestra, mientras que aquello que no utilizan MAC y tienen conflicto decisional corresponden a un 0%.

4.4.5. Nivel de conflicto decisional según curso.

Tabla 246: Nivel de conflicto decisional según curso

			Conflicto decisional		Total
			Ausencia de conflicto decisional	Presencia de conflicto decisional	
CURSOS	Primero	Recuento	29	1	30
	Medio	% dentro de curso	96,7%	3,3%	100%
	Segundo	Recuento	15	3	18
	Medio	% dentro de curso	83,3%	16,7%	100%
	Tercero	Recuento	43	1	44
	Medio	% dentro de curso	97,7%	2,3%	100%
	Cuarto	Recuento	32	0	32
	Medio	% dentro de curso	100%	0%	100%
Total		Recuento	119	5	124
		% dentro de curso	96%	4%	100%

Gráfico 8:



En relación a las variables conflicto decisional según curso podemos observar que:

- En primero medio se observa que un 3,3% presenta conflicto decisional.
- En segundo medio un 16,7% de los estudiantes presenta conflicto decisional.
- En tercero medio un 2,3% de los alumnos tienen conflicto decisional.
- Y en cuarto medio un 0% presenta conflicto decisional.

4.4.6. Nivel de conflicto decisional según rendimiento académico.

Tabla 27: Nivel de conflicto decisional según rendimiento escolar

			Conflicto decisional		Total
			Ausencia de conflicto decisional	Presencia de conflicto decisional	
Rendimiento	Insuficiente	Recuento	1	0	1
		% dentro de rendimiento	100%	0%	100%
	Suficiente	Recuento	17	1	18
		% dentro de rendimiento	94,4%	5,6%	100%
	Bueno	Recuento	71	4	75
		% dentro de rendimiento	94,7%	5,3%	100%
	Destacado	Recuento	29	0	29
		% dentro de rendimiento	100%	0%	100%
	No responde	Recuento	1	0	1
		% dentro de rendimiento	100%	0%	100%
Total		Recuento	119	5	124
		% dentro de rendimiento	96%	4%	100%

En relación a las variables conflicto decisional y rendimiento escolar podemos observar lo siguiente:

- Los alumnos que tienen rendimiento insuficiente tienen un 0% de conflicto decisional.
- Los alumnos con rendimiento escolar suficiente tienen un 5,6% de conflicto decisional.
- Los alumnos con rendimiento escolar bueno tienen un 5,3% de conflicto decisional.

- Y los alumnos con rendimiento destacado podemos observar que un 0% tiene conflicto decisional.

4.4.7. Nivel de conflicto decisional según autoestima.

Tabla 28: Nivel de conflicto decisional según autoestima (AM)

			Conflicto decisional		Total
			Ausencia de conflicto decisional	Presencia de conflicto decisional	
A M	Baja	Recuento	41	2	43
		% dentro de autoestima	95,3%	4,7%	100%
	Moderada	Recuento	38	2	40
		% dentro de autoestima	95%	5%	100%
	Alta	Recuento	40	1	41
		% dentro de autoestima	97,6%	2,4%	100%
Total		Recuento	119	5	124
		% dentro de autoestima	96%	4%	100%

En relación a las variables conflicto decisional según autoestima podemos observar que:

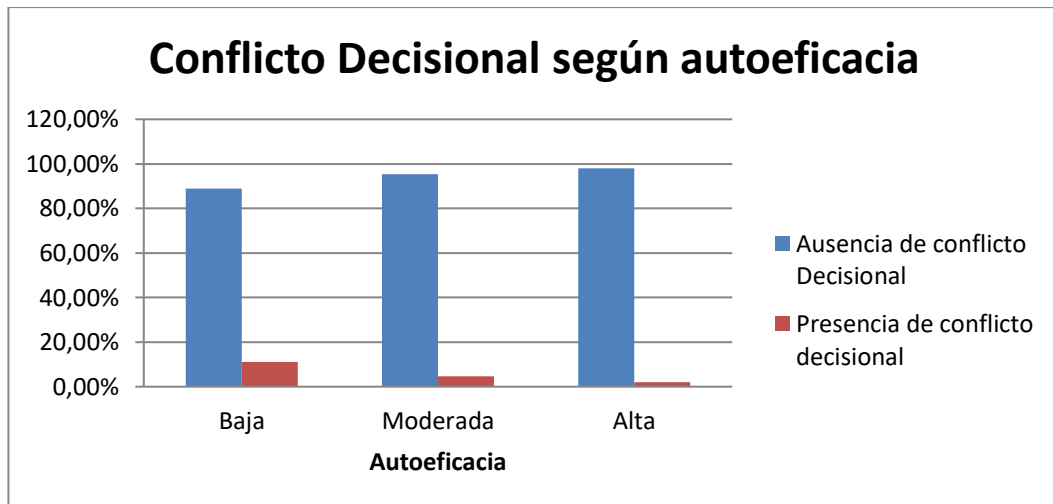
- Los estudiantes con baja autoestima un 4,7% presentan conflicto decisional.
- Los estudiantes con moderada autoestima un 5% presentan conflicto decisional.
- Mientras que los estudiantes con alta autoestima presentan un 2,4% de conflicto decisional.

4.4.8 Nivel de conflicto decisional según autoeficacia.

Tabla29: Nivel de conflicto decisional según autoeficacia (AF)

			Conflicto decisional		Total
			Ausencia de conflicto decisional	Presencia de conflicto decisional	
AF	Baja	Recuento	8	1	9
		% dentro de autoeficacia	88,9%	11,1%	100%
	Moderada	Recuento	62	3	65
		% dentro de autoeficacia	95,4%	4,6%	100%
	Alta	Recuento	49	1	50
		% dentro de autoeficacia	98%	2%	100%
Total		Recuento	119	5	124
		% dentro de autoeficacia	96%	4%	100%

Gráfico 9:



En relación a las variables autoeficacia y conflicto decisional podemos observar que:

- Los alumnos quienes manifestaron baja autoeficacia presentan un 11,1% de conflicto decisional.
- Los alumnos con moderada autoeficacia presentan un 4,6% de conflicto decisional.
- Mientras que los alumnos con alta autoeficacia presentan un 2% de conflicto decisional.

4.4.9. Nivel de conflicto decisional según apoyo percibido por pareja o persona significativa.

Tabla 30: Nivel de conflicto decisional según apoyo percibido por pareja o persona significativa (APP)

			Conflicto decisional		Total
			Ausencia de conflicto decisional	Presencia de conflicto decisional	
A	Baja	Recuento	17	0	17
		% dentro de APP	100%	0%	100%
P	Moderada	Recuento	42	4	46
		% dentro de APP	91,3%	8,7%	100%
P	Alta	Recuento	60	1	61
		% dentro de APP	98,4%	1,6%	100%
Total		Recuento	119	5	124
		% dentro de APP	96%	4%	100%

En relación a las variables apoyo percibido por pareja o persona significativa y conflicto decisional es posible observar que:

- Un 0% de los estudiantes que manifiesta bajo apoyo percibido por pareja o persona significativa tiene conflicto decisional.
- Un 8,7% de los estudiantes que manifiesta moderado apoyo percibido por pareja o persona significativa tiene conflicto decisional.
- Quienes refieren un alto apoyo percibido por pareja o persona significativa un 1,6% tiene conflicto decisional.

4.4.10 Nivel de conflicto decisional según apoyo percibido por familia.

Tabla 31: Nivel de conflicto decisional según apoyo percibido por la familia (APF)

			Conflicto decisional		Total
			Ausencia de conflicto decisional	Presencia de conflicto decisional	
A	Baja	Recuento	33	2	35
		% dentro de APF	94,3%	5,7%	100%
P	Moderada	Recuento	42	2	44
		% dentro de APF	95,5%	4,5%	100%
F	Alta	Recuento	44	1	45
		% dentro de APF	97,8%	2,2%	100%
Total		Recuento	119	5	124
		% dentro de APF	96%	4%	100%

En relación a las variables apoyo percibido de la familia y conflicto decisional podemos observar que:

- Un 5,7% de los estudiantes que manifiesta bajo apoyo percibido de la familia tiene conflicto decisional.
- Un 4,5% de los estudiantes que manifiesta moderado apoyo percibido de la familia tiene conflicto decisional.
- Quienes refieren un alto apoyo percibido de la familia un 2,2% tiene conflicto decisional.

4.4.11. Nivel de conflicto decisional según apoyo percibido por amigos.

Tabla 32: Nivel de conflicto decisional según apoyo percibido por amigos (APA)

			Conflicto decisional		Total
			Ausencia de conflicto decisional	Presencia de conflicto decisional	
A	Baja	Recuento	19	3	22
		% dentro de APA	86,4%	13,6%	100%
P	Moderada	Recuento	50	1	51
		% dentro de APA	98%	2%	100%
A	Alta	Recuento	50	1	51
		% dentro de APA	98%	2%	100%
Total		Recuento	119	5	124
		% dentro de APA	96%	4%	100%

En relación a las variables apoyo percibido de amigos y conflicto decisional podemos observar que:

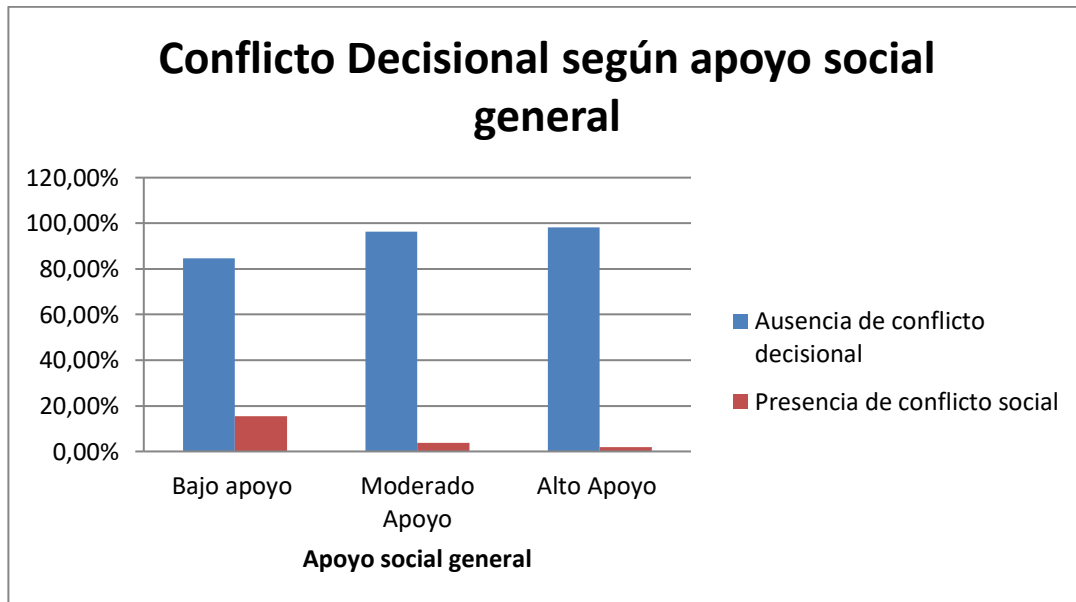
- Un 13,6% de los estudiantes que manifiesta bajo apoyo percibido de amigos tiene conflicto decisional.
- Un 2% de los estudiantes que manifiesta moderado apoyo percibido de amigos tiene conflicto decisional.
- Quienes refieren un alto apoyo percibido de amigos un 2% tiene conflicto decisional.

4.4.12. Nivel de conflicto decisional según apoyo social general.

Tabla 33: Nivel de conflicto decisional según apoyo social general (ASG)

			Conflicto decisional		Total
			Ausencia de conflicto decisional	Presencia de conflicto decisional	
A S G	Baja	Recuento	11	2	13
		% dentro de ASG	84,6%	15,4%	100%
	Moderada	Recuento	52	2	54
		% dentro de ASG	96,3%	3,7%	100%
	Alta	Recuento	56	1	57
		% dentro de ASG	98,2%	1,8%	100%
Total		Recuento	119	5	124
		% dentro de ASG	96%	4%	100%

Gráfico 10:



En relación a las variables apoyo social percibido y conflicto decisional podemos observar que:

- Un 15,4% de los estudiantes que manifiesta bajo apoyo social percibido tiene conflicto decisional.
- Un 3,7% de los estudiantes que manifiesta moderado apoyo social percibido tiene conflicto decisional.
- Quienes refieren un alto apoyo social percibido un 1,8% tiene conflicto decisional.

CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES, SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

5.1. Discusión

5.1.1. Inicio de la actividad sexual según variables estudiadas

En la presente investigación se visualizó que un 54,8% de la muestra ha iniciado la actividad sexual, lo que en comparación con la cifra nacional, que corresponde a un 71% de los jóvenes chilenos se encuentra sexualmente activo(36), es una cifra menor.

Según los resultados, en relación con el **sexo**, es evidente que el 51,4% de las mujeres y 76,5% de los varones ha iniciado su actividad sexual. Por tanto, los hombres inician su actividad sexual más tempranamente que las mujeres. Lo que es coherente con la 7° Encuesta Nacional de la INJUV, que dice que los hombres tienen mayor inicio de actividad sexual que las mujeres, sin embargo, es importante mencionar que la brecha de inicio sexual entre hombres y mujeres cada año ha ido disminuyendo.

La **edad** promedio del inicio de la actividad sexual de los/as adolescentes encuestados es de los 14,9 años, edad menor a lo que refiere la Octava encuesta nacional de la juventud donde se consignó una media de 16,6 años (36).

Según el **curso**, es posible observar que en primero medio un 30% de la muestra ha iniciado actividad sexual, en 2° Medio un 72,2%, en 3° Medio un 59,1% y en 4° Medio un 62,5% de los alumnos ha iniciado actividad sexual. En el estudio realizado en Valparaíso, esta variable presentó una diferencia relevante entre lo observado en 1° y 2° año de enseñanza media,

donde el inicio de actividad sexual fue menor que en 3° y 4° medio. Sin embargo, no se encuentra una relación evidente que influya en el inicio o no, de la actividad sexual (16).

En relación al **rendimiento académico**, un estudio realizado en Chile indicó que los/as adolescentes con metas educacionales claras y con buen desempeño escolar son más proclives a prevenir el embarazo no deseado usando MAC. En cambio, aquellas adolescentes que carecen de una orientación de metas educacionales claras y poseen pobre desempeño escolar, son más vulnerables a una mayor incidencia de embarazos no deseados (48). Asimismo, según los resultados del estudio realizado en Valparaíso, se observó que entre los/as estudiantes que refirieron un rendimiento destacado, se presentó el menor porcentaje de adolescentes que habían iniciado su actividad sexual (16), al comparar estos datos con los obtenidos en esta investigación, donde quienes poseen un rendimiento insuficiente (menor a 4,0) un 100% de la muestra ha iniciado actividad sexual, si el rendimiento es suficiente (entre 4,1 a 5,0) un 66,7% de los estudiantes ha iniciado actividad sexual, si el rendimiento es bueno (Entre 5,1 y 6,0) un 58,7% ha iniciado actividad sexual, y si el rendimiento es destacado (sobre 6,0) un 37,9% ha iniciado actividad sexual, se asemeja a lo mencionado en la literatura, por lo que es posible afirmar que un mayor rendimiento académico actúa como un factor protector para el uso de métodos anticonceptivos y al no inicio de la actividad sexual (10).

La literatura indica que la construcción de la sexualidad en la adolescencia está presente cuando las/os adolescentes, durante su desarrollo psicológico, experimentan una percepción a menudo inestable de su autoimagen, con una valoración frecuentemente negativa, con tendencia al opositorismo, a la impulsividad y a una sensación de invulnerabilidad u omnipotencia (18). La **autoestima** efectivamente es un factor que influye en la toma de decisiones ya que se evidencia que quienes presentaban baja autoestima, un 65,1% ha iniciado actividad sexual, quienes presentaban una moderada autoestima, un 55% ha iniciado actividad sexual, y quienes presentaban una alta autoestima, un 43,9% ha iniciado actividad sexual, siendo notoria la disminución del inicio de actividad sexual a mayor autoestima, lo que se fundamenta con el

hecho de que a mayor autoestima, el adolescente siente en menor medida la necesidad de ser aceptado por otros, sino que su propio autoconcepto es suficiente.

En relación con la **autoeficacia**, los resultados evidencian que el 44,4% de quienes presentan baja autoeficacia, han iniciado actividad sexual, el 55,4% de quienes presentan moderada autoeficacia, han iniciado actividad sexual y el 56% de quienes presentan alta autoeficacia, han iniciado actividad sexual. De manera que es evidente a una mayor percepción de autoeficacia aumenta el inicio de la actividad sexual, lo que denota que el adolescente se cree capaz de tomar decisiones en esta área según las competencias que posee. Al comparar estos datos con el único estudio que ha relacionado la autoeficacia con el inicio de la actividad sexual, que señala que la proporción de adolescentes sexualmente activos va disminuyendo junto con su percepción de autoeficacia, existe cierta similitud, lo que se explica con las características propias del adolescente, que están relacionadas con el deseo de independizarse, tomar sus propias decisiones sumada a su inmadurez biológica, lo que le hace creer que se está capacitado para tomar este tipo de decisiones, que pueden traer los riesgos mencionados anteriormente. Con base en esto es necesaria la vigilancia, promoción y prevención en esta población (16).

El **apoyo social** que los adolescentes perciben se refleja en los resultados obtenidos donde un 46,2% de quienes perciben un bajo apoyo social ha iniciado actividad sexual, un 57,4% de quienes perciben un moderado apoyo social ha iniciado la actividad sexual y un 54,4% de quienes perciben un alto apoyo social ha iniciado actividad sexual. Siendo mayor la cifra de quienes perciben un apoyo moderado. Al comparar estos datos con el estudio realizado en Valparaíso, donde el grupo que percibía un apoyo social moderado presentó el mayor porcentaje de adolescentes iniciados sexualmente, seguido por el grupo que percibía alto apoyo social y finalmente los/as que señalaron un bajo apoyo, los hallazgos son similares (16). Por lo que es posible mencionar, que efectivamente el apoyo social puede actuar como un factor de riesgo o como factor protector.

5.1.2. Uso de Métodos anticonceptivos según variables estudiadas

Los resultados apuntan a que efectivamente los métodos más usados son el condón (12,9%) y las pastillas ACO (11,3%). Lo que es coherente con la evidencia la cual señala que, en Latinoamérica, específicamente en Cuba, el método más utilizado en la primera relación sexual fue el condón con 27,3%, seguido del coito interrumpido y el método del ritmo, pero de formas menos significativas (41); en Venezuela fue el anticonceptivo hormonal oral con un 39,12% de la población estudiada, especialmente por las mujeres más jóvenes, seguido por la esterilización con 20,56% (42). Por último, en Colombia 34% de los adolescentes y jóvenes utilizan el anticonceptivo hormonal, seguido por métodos de barrera con un 5% (40). Y En Chile según la INJUV son el condón y las pastillas anticonceptivas.

Asimismo, la evidencia señala que la frecuencia de utilización de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual a nivel latinoamericano es baja, esto se puede evidenciar en dos estudios realizados en Colombia, donde ambos estudios concuerdan que aproximadamente el 50% de su población estudiada no utilizó ningún método de planificación familiar (17,40). Por otro lado, en el estudio “Primera relación en adolescentes cubanos” el 64,2% de los jóvenes no utilizó ningún método de protección en su primera relación sexual (41). Por ende, existe gran población de países de Latinoamérica que no utilizan métodos preventivos en la primera relación coital, aumentando así el riesgo de embarazo no deseado y el contagio de infecciones de transmisión sexual.

En la 8° Encuesta Nacional, se señala que un 77% de los jóvenes utilizan MAC(36), otro estudio realizado en la ciudad de Temuco a estudiantes de enseñanza media, indicó que el 67% de los jóvenes tampoco hizo uso de estos métodos, es más, el 41,9% de las mujeres y el 52,5% de los hombres no se encontraba utilizando ningún MAC al momento de realizar la investigación. Además, se encontró que a medida que aumenta la edad disminuía el uso de MAC (8).

En esta investigación la muestra señala que un 69,1% de los jóvenes utiliza MAC. Al comparar estas cifras con la evidencia internacional antes mencionada resulta alto, sin embargo, al comparar con la cifra nacional es menor, presentando cierta similitud con el estudio realizado en Temuco. Por lo que aún se necesitan fomentar conductas saludables en relación con la sexualidad.

En relación, al uso de métodos conceptivos por **sexo**, se observa en nuestro estudio que las mujeres (72,7%) utilizan en mayor medida métodos anticonceptivos que los varones (53,8%). Esto se contrapone con los datos que nos entrega la 6° Encuesta Nacional de la INJUV, que nos señala que son los varones los que utilizan en mayor medida MAC (43).

Sin embargo, al comparar con el estudio realizado en Temuco existe cierta similitud en el sentido de que los varones presentaron menor uso de MAC. Asimismo, la investigación realizada en Valparaíso, se encontró un mayor porcentaje de mujeres que usaban “siempre” MAC que los hombres.

Según la **edad**, la evidencia nos muestra que a medida que aumentan los años, el uso de MAC va disminuyendo (43). Esto coincide en gran medida con nuestro estudio, que nos muestra que en las edades menores existe mayor uso de métodos anticonceptivos, lo que progresivamente disminuye, volviendo a aumentar en los 17 y 18 años para posteriormente disminuir nuevamente en los 19 y 20 años, lo que también es coherente con la investigación realizada en Valparaíso, donde a los 14 años se observó el porcentaje más alto de adolescentes que utilizaron siempre MAC y el porcentaje más bajo fue a la edad de 16 años (16).

Una revisión realizada por expertos mexicanos reveló que el **rendimiento académico** es un factor protector para el uso de MAC (10). Los resultados, permiten evidenciar que el 100% de los adolescentes que presentaban un rendimiento escolar insuficiente y que habían iniciado su actividad sexual no utilizaban métodos anticonceptivos. Un 81,8% de los encuestados que presentaban un rendimiento escolar destacado y que habían iniciado su actividad sexual utilizaban algún método anticonceptivo. Estos datos son coherentes a los obtenidos en la investigación realizada en Valparaíso, donde se observó que los porcentajes de estudiantes que

“siempre” utilizaba MAC eran similares, siendo levemente mayor entre los/as estudiantes que señalaron tener un rendimiento destacado. Por otro lado, dentro de los/as adolescentes que respondieron nunca utilizarlos, predominaron los estudiantes de rendimiento suficiente (16).

Por lo que es posible decir que efectivamente el rendimiento académico actúa como factor protector, ya que a mayor rendimiento mayor uso de métodos anticonceptivos.

En cuanto a la **autoestima**, es posible señalar que esta se relaciona con el bienestar propio de cada individuo, en los resultados es posible visualizar que un 100% de los adolescentes, que habían iniciado su actividad sexual y que presentaban una alta autoestima utilizaban métodos anticonceptivos.

La **autoeficacia** influye positivamente en la salud de los adolescentes, esto se debe a que la alta autoeficacia beneficia a la persona en el inicio de cuidados preventivos, incluyendo la actividad sexual y en la toma de decisiones(50). En el presente estudio, se observó que los adolescentes que presentaban una moderada autoeficacia utilizaban con mayor frecuencia métodos anticonceptivos correspondiendo a un 77,8% de los encuestados. Por otro lado, de los adolescentes que presentaban una baja autoeficacia y habían iniciado su actividad sexual 75% no utilizaban MAC. Al comparar estos datos con la investigación realizada en Valparaíso, donde se evidencia que independiente del nivel de autoeficacia percibida, los/as adolescentes presentaban uso de MAC “siempre” en proporciones similares, existe diferencia, la cual subyace en que los resultados de esta investigación indican que a mayor autoeficacia, mayor uso de MAC, lo que es coherente con lo reportado por la literatura, donde investigaciones han demostrado que las personas que se perciben más autoeficaces, tienen experiencias sexuales satisfactorias y seguras, evitando el riesgo de ENP e ITS (28).

La literatura señala que el **apoyo social** influye de manera positiva en el adolescente, debido a que esto permite ampliar una educación afectiva-sexual de las redes de apoyo. Por lo que un apoyo social elevado actúa como factor protector en la salud del adolescente(52). Al contrastar

esta información con los resultados de este estudio, se observa que un 71% de quienes tienen un alto apoyo social, son aquellos que mantienen mayor uso de métodos anticonceptivos.

Asimismo, al comparar estos resultados con los obtenidos por la investigación en Valparaíso, donde se evidenció un mayor porcentaje de uso de MAC en adolescentes con apoyo social alto y moderado, y un porcentaje menor de uso de MAC en los que percibían un bajo apoyo social, es coherente afirmar el apoyo social como factor protector, no obstante también es necesario considerar que se puede tornar en un factor de riesgo cuando el alto apoyo proviene de los pares o personas que no poseen el conocimiento adecuado, es por esto que se deben enfatizar las propuestas educativas precoces en los colegios.

5.1.3. Conflicto decisional según variables estudiadas.

Entregando respuesta al objetivo planteado de determinar la existencia y el nivel del conflicto decisional frente al uso de métodos anticonceptivos en los participantes del estudio. Los resultados evidencian un 4% de presencia de Conflicto decisional, por lo que es posible mencionar que en esta área no existe mayor conflicto decisional. Esta cifra resulta similar a la obtenida en la investigación realizada en el 2015 en Valparaíso, que presentó un conflicto decisional menor al 5%. Esto puede ser explicado según las características propias de adolescente, ya que como antes se mencionó en general los/as adolescentes se caracterizan por tener una menor percepción de riesgo debido a la inmadurez en la corteza prefrontal, la que controla el razonamiento y la impulsividad. Por otro lado, existe un aumento de las conexiones neuronales y un refinamiento de las vías cerebrales, lo que produce que el/la adolescente tienda a optar por una actitud más impulsiva, lo que no quiere decir que sus decisiones sean irresponsables o que no puedan tomar buenas decisiones, sino que, habitualmente se tomarán menos tiempo y considerarán menos aspectos para reflexionar durante el proceso deliberativo (16).

Para dar respuesta al objetivo relacionado con identificar la distribución de conflicto decisional según características demográficas de los participantes del estudio:

En relación a las variables nivel de conflicto decisional según **sexo**, podemos observar que el sexo femenino presenta mayor nivel de conflicto decisional que los varones, donde las mujeres un 4,7% mostró presentar conflicto decisional, mientras que los hombres un 0% de la muestra, determinó tener conflicto decisional. Por el contrario, en la investigación realizada en Valparaíso, se observó que hay una mayor existencia de conflicto decisional en hombres que en mujeres (8).

En relación al nivel de conflicto decisional según **edad** podemos observar que los estudiantes de 14 años no tienen conflicto decisional (0%), los estudiantes de 15 años tiene 9,1% de conflicto decisional, a los 16 años existe un 2,6% de conflicto decisional, a los 17 años un 6,3% tiene conflicto decisional, a los 18 años no existe conflicto decisional(0%), a los 19 años 12,5% presentan conflicto decisional y a los 20 años tampoco existe conflicto decisional (0%), siendo un total de 4% de la muestra quien mantiene conflicto decisional. Lo que es relativamente semejante con la investigación realizada en Valparaíso, donde se refiere que en cuanto a la distribución por edad, el mayor porcentaje de conflicto decisional, se encontró en las edades de 15 y 18 años. En relación a esto es posible mencionar que el conflicto decisional empieza a presentar tendencia en edades mayores, lo que se puede relacionar con la madurez que se va adquiriendo (16).

Según el **inicio de la actividad sexual**, podemos decir que un 2,9% de la muestra que ha iniciado actividad sexual tiene conflicto decisional, mientras que un 5,4% de los estudiantes que no ha iniciado actividad tiene conflicto decisional. Por lo que quienes presentan mayor conflicto decisional son los que no han iniciado actividad sexual. Siendo un total de 4% de la muestra tiene conflicto decisional mientras que un 96% de los estudiantes no tiene conflicto decisional.

Entre las variables conflicto decisional y **uso de métodos anticonceptivos** se observa que los adolescentes que utilizan MAC y tienen conflicto decisional corresponde a un 4,3% de la

muestra, mientras que aquello que no utilizan MAC y tienen conflicto decisional corresponden a un 0%(Tabla 26 y gráfico 8).

Para dar respuesta al objetivo que pretende determinar la distribución de conflicto decisional según características académicas de los participantes del estudio se analizaron las siguientes características:

Según **cursoes** posible observar que en primero medio se observa que un 3,3% presenta conflicto decisional, en segundo medio un 16,7% de los estudiantes presenta conflicto decisional, en tercero medio un 2,3% de los alumnos tienen conflicto decisional, y en cuarto medio un 0% presenta conflicto decisional, siendo segundo Medio quienes presentan mayor conflicto, lo que es coherente con el único estudio que ha abordado estos factores relacionados con el conflicto decisional, donde se encontró que 1 de cada 13 estudiantes de segundo año medio presentó conflicto decisional frente al uso de MAC, siendo este curso el que presenta mayor conflicto (16). No existe mayor evidencia en relación a esto, sin embargo, se presume que la causa subyace en que los contenidos educacionales se han ido enfocando en estos primeros niveles.

Según el **rendimiento escolar** es posible observar que los alumnos que tienen rendimiento insuficiente tienen un 0% de conflicto decisional, los alumnos con rendimiento escolar suficiente tienen un 5,6% de conflicto decisional, los alumnos con rendimiento escolar bueno tienen un 5,3% de conflicto decisional, y los alumnos con rendimiento destacado podemos observar que un 0% tiene conflicto decisional, concentrando el conflicto decisional en los rendimientos suficientes y buenos, lo que es similar al único estudio que ha realizado una valoración de conflicto decisional en el área de sexualidad, donde se menciona que los porcentajes de existencia de conflicto decisional son similares para las categorías bueno y destacado (16). Se presume que al ser alumnos con un buen rendimiento poseen metas y proyecciones más claras, por lo que se plantean las decisiones que deben tomar.

Para dar respuesta al objetivo planteado de determinar la distribución de conflicto decisional según características psicosociales de los participantes del estudio se compararon las siguientes variables:

En relación a la **autoestima** se evidenció que de los estudiantes con baja autoestima un 4,7% presentan conflicto decisional, los estudiantes con moderada autoestima un 5% presentan conflicto decisional, mientras que los estudiantes con alta autoestima presentan un 2,4% de conflicto decisional. Por lo que a mayor autoestima menor es el conflicto decisional. El presente estudio confirma la tendencia de estas variables, donde la cantidad de jóvenes que refirieron baja autoestima, manifestaban a su vez, mayor conflicto decisional, afirmando lo que se ha mencionado en relación a que la autoimagen que el adolescente posee, influye en la toma de decisiones, de manera que el análisis continuo de la autopercepción y favorecer el autoconcepto permitiría entregar un buen apoyo al profesional de Enfermería.

En relación a la **autoeficacia** la literatura indica que un alto sentido de autoeficacia facilita el procesamiento de información y el desempeño cognitivo en distintos contextos, entre los cuales se encuentra la toma de decisiones (7). Lo que es coherente con los resultados de esta investigación ya que los alumnos que manifestaron baja autoeficacia presentan un 11,1% de conflicto decisional, los que manifestaron una moderada autoeficacia presentan un 4,6% de conflicto decisional, mientras que los alumnos con alta autoeficacia presentan un 2% de conflicto decisional, lo que hace evidente que a mayor autoeficacia el conflicto decisional disminuye en el adolescente. Al comparar estos datos con los obtenidos por la investigación de Valparaíso existe coherencia, ya que se encontró un mayor porcentaje de conflicto decisional entre los/as adolescentes que presentaron autoeficacia baja. De manera que la autoeficacia se transforma en un factor protector.

La evidencia indica que la toma de decisiones relacionada con el inicio de actividad sexual y/o uso de métodos anticonceptivos, efectivamente es tratada por el adolescente, así lo señala los resultados de un estudio que demuestran que este tema es conversado con amigos o

compañeros (66%), con su madre (44,1%), con su pareja (22,4%), con su padre (20,4%) y menos del 12% con profesores, profesionales de salud y sacerdotes o pastores (8).

Al comparar con esta investigación es posible decir que ciertamente el adolescente le entrega un alto valor al apoyo percibido de sus pares, ya que de los estudiantes que manifiesta bajo **apoyo percibido de amigos** tiene conflicto decisional un 13,6%, afirmando lo que dice la literatura del cómo se cambia el valor de la opinión de la familia a los pares, relacionado con su propia madurez, distanciándose de los criterios morales recibidos del entorno en que vive, iniciando una fase de protesta que se expresa mediante la rebeldía a la autoridad, la ruptura con los esquemas recibidos, deseo de libertad y autonomía.

En relación al **apoyo percibido por pareja o persona significativa**, es posible observar que un 0% de los estudiantes que manifiesta bajo apoyo percibido por pareja o persona significativa tiene conflicto decisional. Un 8,7% de los estudiantes que manifiesta moderado apoyo percibido por pareja o persona significativa tiene conflicto decisional, y quienes refieren un alto apoyo percibido por pareja o persona significativa un 1,6% tiene conflicto decisional, lo que da a entender que existe este vaivén en el valor atribuido a la opinión de sí mismo y sus pares, ya que al comparar con el **apoyo percibido de la familia**, donde un 5,7% de los estudiantes que manifiesta bajo apoyo percibido de la familia tiene conflicto decisional, un 4,5% de los estudiantes que manifiesta moderado apoyo percibido de la familia tiene conflicto decisional y quienes refieren un alto apoyo percibido de la familia un 2,2% tiene conflicto decisional, evidencia que el valor entregado a la opinión de la familia no está perdido

A nivel **general el Apoyo** percibido indica de quienes perciben un bajo apoyo social poseen un 15,4% de Conflicto decisional, lo que va disminuyendo a mayor apoyo.

De modo que, al comparar estos resultados, con los obtenidos en la investigación realizada en Valparaíso, donde el grupo de estudiantes que percibió “Moderado” apoyo social, presentó un mayor porcentaje de conflicto decisional. Específicamente, se evidenció que los/as adolescentes que percibían el apoyo social familiar “Moderado”, presentaban mayor conflicto decisional. Quienes reportaron un bajo apoyo de pares, presentaron un mayor porcentaje de conflicto

decisional. Y con respecto al apoyo de la pareja, la mayoría de los/as estudiantes que tuvieron conflicto decisional percibían un bajo apoyo de sus parejas (16). Es posible afirmar que, las características de los adolescentes hacen que el apoyo social sufra una ambigüedad a la hora de analizarlo. Por ejemplo, es considerado un factor protector, cuando el apoyo social viene de figuras que influyen positivamente en las conductas del adolescente, como su círculo familiar y las instituciones educativas a las que esté adscrito. Por otro lado, cuando el adolescente tiene a su grupo de pares como principal fuente de apoyo social, podría actuar como un factor de riesgo, especialmente, en el inicio de las primeras relaciones sexuales.

Considerando la desvinculación de los padres, es necesario promover intervenciones entre los pares del adolescente. Promoviendo estilos de vida saludable.

5.2. Conclusiones

Según los resultados encontrados en nuestro estudio, el inicio de actividad sexual de los adolescentes es a los 14,9 años, donde un 54,8% de los adolescentes encuestados ya inicio actividad sexual. Este porcentaje es bajo en comparación al inicio de actividad sexual a nivel nacional (16,6%). Esto se debe a las características socio demográficas de la muestra que influyen en el inicio de la actividad sexual, tales como el rendimiento académico y las características psicosociales de los adolescentes.

Por otro lado, podemos observar que es evidente que no existe mayor conflicto decisional en los adolescentes. Según las características de esta población, es notorio que de manera práctica no se lleva la decisión a un análisis, por lo que es conveniente trabajar en una sensibilización precoz en relación al tema, ya que el inicio de la actividad sexual aún es en edades menores. Una buena educación a los adolescentes en relación a la toma de decisiones, permite orientar a este grupo etario en sus decisiones, por lo tanto, esto ayuda en la prevención del embarazo adolescente y las enfermedades de transmisión sexual.

Las conductas de riesgo son acciones voluntarias o involuntarias, que pueden llevar a consecuencias nocivas para la salud. Estas conductas se han asociado a las características propias de la adolescencia, tales como la sensación de invulnerabilidad, susceptibilidad a la influencia y presión de los pares, identificación con ideas opuestas a los padres como parte del proceso de autonomía y reafirmación de la identidad, déficit para postergar, planificar y considerar efectos futuros, lo que finalmente afecta la capacidad de los/as adolescentes para tomar mejores decisiones respecto a su salud, evidenciándose en los resultados de este estudio a través del bajo conflicto decisional que presentan los jóvenes en el momento de decidir sobre el curso de acción a seguir en relación a su salud sexual y reproductiva.

Entre las conclusiones, es posible mencionar que ciertamente el rendimiento académico pertenece a un factor protector para el inicio de la actividad sexual y para el uso de métodos anticonceptivos, por lo que es necesario incentivar y fomentar en el adolescente desarrollar los estudios, ya que esto permite, por un lado, aumentar las expectativas de vida y proyecciones a futuro, además permite fomentar el autoestima y autoeficacia del adolescente. Por lo tanto, es de gran importancia entregar las herramientas necesarias y conocimientos adecuados y oportunos a los jóvenes para incentivar la toma de decisiones adecuadas en su salud.

La literatura indica que la construcción de la sexualidad en la adolescencia está presente cuando las/os adolescentes, durante su desarrollo psicológico, experimentan una percepción a menudo inestable de su autoimagen, con una valoración frecuentemente negativa, con tendencia al oposicionismo, a la impulsividad y a una sensación de invulnerabilidad u omnipotencia (18). Los resultados de esta investigación catalogan a esta variable como un factor que presenta cierta dualidad, ya que quienes poseen un autoconcepto positivo, toman decisiones pertinentes al propio cuidado y disminuye la incertidumbre ante las decisiones, lo que se reflejó en un alto uso de métodos anticonceptivos, y leve presencia de conflicto decisional, sin embargo, quienes poseen una baja autoestima toman decisiones secundadas por el anhelo de aceptación por parte de otros, favoreciendo conductas autodestructivas, como puede ser el inicio de actividad sexual precoz. De manera que este factor, posee una positividad que es necesaria encaminar, según el área de decisión.

De la misma manera se presenta la autoeficacia, la cual tiende a ser elevada en el adolescente, y afecta directamente en sus conductas sexuales, ya que al creer que es capaz de tomar decisiones y que pueden realizar actividades (favoreciendo la naturaleza impulsiva de independencia), se pueden tomar decisiones que llevan a conductas de riesgo, lo que se reflejó en que al haber mayor autoeficacia un mayor porcentaje ha iniciado la actividad sexual y por otro lado, un alto sentido de autoeficacia facilita el procesamiento de información y el desempeño cognitivo en distintos contextos, entre los que se encuentra la toma de decisiones (7), evidenciado en el uso de métodos anticonceptivos, donde se observa que, a menor autoeficacia, existe menor uso de métodos anticonceptivos, y en que los alumnos con alta autoeficacia solo presentaron un 2% de Conflicto Decisional.

Por lo tanto, es necesario fomentar e incentivar una autoeficacia pertinente en los jóvenes, orientando en buenas prácticas, para así prevenir las consecuencias que tienen el no uso de métodos anticonceptivos, y así mantener un estilo de vida saludable.

Considerando lo expuesto, la autoeficacia tiende a ser elevada en el adolescente, y afecta directamente en sus conductas sexuales,

Por lo tanto, podemos mencionar que las variables psicosociales en los adolescentes influyen directamente en la salud de ellos, tanto como en la toma de decisiones, como en el inicio de la actividad sexual y en el uso de métodos anticonceptivos, por lo que proteger la salud mental en este grupo etario resulta importante para todo el profesional de salud, porque paralelamente a esto, podemos proteger la sexualidad de los jóvenes y prevenir posteriormente el embarazo adolescente y las enfermedades de transmisión sexual.

Es relevante una adecuada capacitación del profesional de enfermería en relación a la interrelación con el adolescente, de manera que exista una adecuada recepción de los jóvenes, a través de la valoración oportuna de las características propias de cada uno de ellos y a la realización de intervenciones adecuadas según los factores de riesgo detectados. Por otro lado, se llama a la realización de futuras investigaciones en relación la toma de decisiones en los adolescentes, ya que permite detectar los factores que influyen en la salud sexual en esta etapa

del ciclo vital, lo que permite valorar como las características propias de los jóvenes van evolucionando a través de los años, por lo que es importante la adaptación y la capacitación continua del profesional de enfermería que le permita conocer y guiar a los futuros adolescentes.

5.3. Sugerencias

El problema de los profesionales se ve reflejado por su falta de formación en estos temas, lo que impide actuar adecuadamente, manejar estos casos con seguridad, confianza y hacer el acto clínico una relación de ayuda (18). Por lo tanto, es de gran importancia que los futuros profesionales, tengan instancias de formación profesional en relación a los temas anteriormente hablados, dado que la prevención de futuras patologías se asocia a los estilos de vida, es decir, a las decisiones tomadas en esta época del ciclo vital.

Se sugiere, que se realicen estudios enfocados en influencia de la autoestima en el inicio de la actividad sexual, ya que la literatura indica que el autoconcepto del adolescente sería disminuido, lo que no es el caso, adicionando lo particular del hecho de que los niveles de inicio de actividad sexual en personas de alta autoestima (aunque fueron bajos en comparación con quienes poseen un menor autoconcepto), es un porcentaje considerable.

Asimismo, se sugiere realizar estudios que analicen la interdependencia entre las variables psicosociales, ya que esto no ha sido abordado en esta investigación.

5.4. Limitaciones:

- Al ser un estudio de tipo transversal solo es posible tener una visión parcial del fenómeno, una investigación de tipo longitudinal podría entregar y aportar nuevos elementos a considerar.
- Escasa asistencia de padres a las reuniones de apoderados para recolección de consentimientos informados (conseguir consentimientos informados, disponibilidad de padres).
- Falta de evidencia sobre el conflicto decisional en adolescentes limita la interpretación de los datos.

Referencias Bibliográficas

1. Montero A. Educación Sexual: un pilar fundamental en la sexualidad de la adolescencia. Rev.Med. Chile[Internet]. 2011 Oct[acceso 2017 mayo 05]; 139:1249-1252. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011001000001&lng=es.%20http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011001000001.
2. Instituto Nacional de la Juventud (CH). Sexta Encuesta Nacional de Juventud. Santiago, Chile[Internet]; 2009[acceso 2017 Mayo 05]. Disponible en: <https://nucleojuventudes.uchile.cl/wp-content/uploads/2016/12/sextaencuestanacionaldejuventudMIN.pdf>
3. Ministerio de Salud (CH). Situación actual del embarazo adolescente en Chile. Santiago, Chile [Internet]; 2013 [acceso 2017 Mayo 05]. Disponible en:http://portales.mineduc.cl/usuarios/convivencia_escolar/doc/201210251259030.situacion_actual_embarazo_adolescente_en_chile.pdf
4. Molina R, Molina T, González E. Madres niñas-adolescentes de 14 años o menos. Un grave problema de Salud Pública no resuelto en Chile. Rev.Med. Chile[Internet]. 2007 Ene [acceso 2017 Mayo 05]; 135:79-86. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000100011
5. Ministerio de Salud (CH). Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad. Santiago, Chile[Internet]; 2007[acceso 2017 Mayo 05]. Disponible en:<http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/27%2005%202014%20%20NRF%20edici%C3%B3n%202014%20FINAL%20.pdf>
6. Luengo X. "Características de la adolescencia normal". En: Molina R, Sandoval J, González E, eds.Salud sexual y reproductiva en la adolescencia.Santiago (Chile):Editorial Mediterráneo;2003. p.16-23

7. Olivari-Medina C, Urra-Medina E. "Autoeficacia y conductas de salud". Cienc.Enferm.[Internet].2007 Jun [acceso 2017 Mayo 05]; 13(1): 9-15. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532007000100002
8. Fétis NG, Bustos ML, Lanás ZF, Baeza WB, Contreras RJ, Hebel NE, et al. Factores asociados al uso de anticonceptivos en estudiantes de enseñanza media de la comuna de Temuco. Rev. Chil.Obstet.Ginecol.[Internet]. 2008[acceso 2017 Mayo 05]; 73(6): 362-9. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262008000600002
9. González E, Molina T, Montero A, Martínez V. Factores familiares asociados al inicio sexual temprano en adolescentes consultantes en un centro de salud sexual y reproductiva en Santiago de Chile. Rev. Méd. Chile[Internet]. 2013 Mar [acceso 2017 Mayo 05]; 141(3): 313-19. Disponible en:http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000300005&lng=es
10. Palacios J, Andrade P. Desempeño académico y conductas de riesgo en adolescentes. Rev. Educación y desarrollo[Internet]. 2007 Dic [acceso 2017 Mayo 07]; 7: 5-15. Disponible en: http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/7/007_Palacios.pdf
11. Jofré-Aravena V, Barriga O, Henríquez A. Conflicto decisional en salud en mujeres cuidadoras. RevCubEnf. [Internet]. 2008 Jun [acceso 2015 Abr 11]; 24(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192008000200009&lng=es
12. Mosqueda-Díaz A, Mendoza-Parra S, Jofré-Aravena V. Aporte de enfermería a la toma de decisiones en salud. Rev.BrasEnferm.[Internet]. 2014 (may-jun) [acceso 2017 Mayo 07]; 67(3):462-7. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/0a23/66c6cebacd9ff59e56128529e2c8f609d0d1.pdf>

13. Luengo X, González E. Hijos de madres adolescentes. En: Molina R, Sandoval J, Gonzalez E, eds. Salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Santiago (Chile): Editorial Mediterráneo, 2003. p. 525-35.
14. Mendoza S, Jofré V, Valenzuela S. La toma de decisiones en salud y el modelo conceptual de Ottawa. Rev. Invest. Educ. Enferm. [Internet]. 2006 [acceso 2017 Mayo 07]; 24(1): 86-92. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1052/105215400008.pdf>
15. Bernal A, Arocena F. Patrones de toma de decisiones y Autoconfianza en adolescentes bachilleres. Rev. Psicolog. [Internet]. 2014 [acceso 2017 Mayo 07]; 32: 39-65. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3378/337831261002.pdf>
16. Arce C. Herrera G. Jorquera M. Montaña V. Reyes S. Rojas C. Vargas V. Conflicto decisional frente al uso de métodos anticonceptivos según algunas características clínicas, demográficas, psicosociales y académicas en adolescentes pertenecientes a liceos municipalizados de Valparaíso, durante el segundo semestre de 2015 [Tesis de pregrado] Valparaíso (CL): Universidad de Valparaíso; 2015
17. Vargas E, Henao J, González C. Toma de decisiones sexuales y reproductivas en la adolescencia. Rev. Act. Colomb. Psic. [Internet]. 2007 [acceso 2017 Mayo 07]; 10(1): 49-63. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/798/79810106.pdf>
18. Organización mundial de la salud. Desarrollo en la adolescencia [Internet]. [Acceso 2017 Mayo 21]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
19. RNAO. Fomento de un desarrollo saludable en los adolescentes. Guía de buenas prácticas en enfermería. [Internet]. 2002 [acceso 2017 Mayo 07]. Disponible en: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Fomento_de_un_desarrollo_saludable_en_los_adolescentes.pdf

20. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Adolescencia, una etapa fundamental. New York[Internet]. 2002 [acceso 2017 Mayo 07]. Disponible en:https://www.unicef.org/ecuador/pub_adolescence_sp.pdf
21. Espejo M, Miquel E, Esquerda M, Pifarré J. Valoración de la competencia del menor en relación con la toma de decisiones sanitarias: escala de la competencia de Lleida. MedClin. [Internet]. 2011[acceso 2017 mayo 10]; Vol 136(1): 26-30
22. Krauskopof D. El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. Adolesc. salud [Internet]. 1999 [acceso 2017 mayo 10] ; Vol 1(2): 23-31. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000200004&lng=en.
23. Bordignon, NA. El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. RevLasallis Inv.[Internet]. 2005 [acceso 2017 mayo 10] ; Vol 2(2): 50-6. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69520210>
24. Fondo de las naciones unidad para la infancia (UNICEF) Estado mundial de la infancia 2011: La adolescencia una época de oportunidades. [Internet]. Nueva York; 2011. [acceso 2017 mayo 07]. Disponible en: <https://www.unicef.org/spanish/sowc2011/>
25. Ministerio de Salud (CH). Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad. Sección D. Santiago, Chile[Internet]; 2014 [acceso 2017 Mayo 05]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/27%2005%202014%20%20NRF%20edici%C3%B3n%202014%20FINAL%20.pdf>
26. Somogyi L, Mora E. Métodos anticonceptivos: Entonces y ahora. RevObstetGinecolVenez [Internet]. 2011. [acceso 2017 mayo 07] ; Vol 71(2): 118-123. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322011000200006&lng=es.
27. Organización mundial de la salud. Planificación familiar [Internet]. 2016. [acceso 2017 mayo 05]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/112>
28. Martínez D, Alvarado J, Campos H, Elizondo K, Esquivel H, Mancía A, Quesada I, et al. Intervención de Enfermería en la adolescencia: experiencia en una Institución de

- Estudios Secundarios Pública. EnfAct Costa Rica [Internet]. 2013 [acceso 2017 mayo 07]; Vol(24): 1-13. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44826081002>
29. Ministerio de Salud (CH). Programa nacional de salud integral de adolescentes y jóvenes: Plan de acción 2012-2020. Santiago de Chile [Internet]; 2012 [acceso 2017 Mayo 08]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/d263acb5826c2826e04001016401271e.pdf>
30. Gracia D, Jarabo Y, Martín N, Ríos J. Toma de decisiones en el paciente menor de edad. MedClin. [Internet].2001 [acceso 2017 mayo 10] ; Vol117(5):179-190. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-toma-decisiones-el-paciente-menor-S0025775301720544>.
31. Araneda M. Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 1, durante la Adolescencia. Una Perspectiva Psicológica. RevChilPediatr. [Internet]. 2009[acceso 2017 mayo 07] ; Vol80(6):560-569. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062009000600010
32. De Oliveira S, Gomes F, Teixeira K, Roever L, Fuzissaki M, Faleiros T, et al. La vulnerabilidad de los adolescentes en la investigación y en la práctica clínica. RevBioét. [Internet]. 2017 [acceso 2017 mayo 7] ; Vol 25(1):72-81. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/bioet/v25n1/es_1983-8042-bioet-25-01-0072.pdf
33. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (Unicef). Convención sobre los derechos del niño. Santiago de Chile. [Internet]. Publicado febrero 2014 [acceso 2017 mayo 07]. Disponible en: <http://unicef.cl/web/convencion-sobre-los-derechos-del-nino/>
34. Mosqueda-Díaz A, Mendoza-Parra S, Jofré-Aravena V. Conflicto decisional en adolescentes con malnutrición por exceso y factores biopsicosociales relacionados. En XIV Coloquio Panamericano de investigación en enfermería. Colombia: 6-11 de Septiembre de 2014. Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería; 2014. p 74
35. González E, Molina T, Montero A, Martínez V. Factores asociados al inicio sexual en adolescentes de ambos sexos de nivel socioeconómico medio-bajo de la Región Metropolitana. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2013 [acceso 2017 mayo 15] ;

- Vol78(1): 4-13. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000100002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262013000100002>
36. Instituto nacional de la juventud (CH). Octava encuesta nacional de juventud 2015. Santiago de Chile. [Internet] Publicado marzo 2017 [acceso 2017 Mayo 15]. Disponible en: <http://www.injuv.gob.cl/portal/wp-content/uploads/2017/03/libro-octava-encuesta-nacional-de-juventud.pdf>
37. Instituto Nacional de la Juventud (CH). Séptima Encuesta Nacional de Juventud. Santiago de Chile. Publicado agosto 2013 [acceso 2017 Mayo 15]. Disponible en: http://portales.mineduc.cl/usuarios/convivencia_escolar/doc/201308161327220.Septima-Encuesta-Nacional-INJUV.pdf.
38. Florenzano R, Valdés M. Sexualidad precoz. El adolescente y sus conductas de riesgo. 3era ed. Santiago de Chile. Ediciones Universidad Católica de Chile; 2005: 139-15
39. Ministerio de Salud (CH). Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020. Santiago de Chile. 2010. [Acceso 2017 Mayo 15]. Disponible en: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>
40. Mendoza L, Arias M, Pedroza M, Micolta P, Ramírez A, Cáceres C, et al. Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en una ciudad colombiana. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2012 [acceso 2017 mayo 10]; Vol 77(4): 271-279. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000400006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000400006>
41. Cutié J.S, Laffita A, Toledo M. Primera relación sexual en adolescentes cubanos. RevChilObstetGinecol. 2005;70(2):83-86.
42. Fernández R, López L, Martínez H, Kopecky D, Uzcátegui G, Muñoz M. Métodos anticonceptivos: prevalencia de uso según método en el Hospital "Materno Infantil del Este", Petare. RevObstetGinecolVenez. [Internet]. 2009 [acceso 2017 mayo 15]; 69(1):28-

34. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322009000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
43. Instituto Nacional de la Juventud (CH). Sexta Encuesta Nacional de Juventud. Santiago de Chile. [Internet]. Publicado 2009 [acceso 2017 mayo 05]. Disponible en: <https://nucleojuventudes.uchile.cl/wp-content/uploads/2016/12/sextaencuestanacionaldejuventudMIN.pdf>
44. Parra Villarroel J, Domínguez Placencia J, Maturana Rosales J, Pérez Villegas R, Carrasco Portiño M. Conocimiento y percepción de adolescentes sobre el servicio de planificación familiar en Chile. *Sal Colect.* [Internet]. 2013 [acceso 2017 mayo 03];9(3):391-400. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652013000300009.
45. González E, Molina T, Montero A, Martínez V, Leyton C. Comportamientos sexuales y diferencias de género en adolescentes usuarios de un sistema público de salud universitario. *RevMedChil.* [Internet]. 2007 [acceso 2017 mayo 05];135(10): 1261-69. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007001000005
46. Olavarría Aranguren J, Molina R. Embarazos en adolescentes, vulnerabilidades y políticas públicas. *Rev LTM.* [Internet]. 2012 [acceso 2017 mayo 03];31(11):1-16. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-65682012000100022
47. Palacios J, Andrade P. Desempeño académico y conductas de riesgo en adolescentes. *Rev Educación y desarrollo.* [Internet]. 2007 [acceso 2017 mayo 15]; 7: 5-15. Disponible en: http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/7/007_Palacios.pdf
48. González E, Molina T, Montero A, Martínez V, Molina R. Factores asociados a la continuidad del uso anticonceptivo en adolescentes solteras nulíparas. *Revméd Chile.* [Internet]. 2009 [acceso 2017 mayo 03]; 137(9): 1187-92. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000900007

49. Olivari-Medina C, Urra-Medina E. Autoeficacia y conductas de salud. CiencEnferm. [Internet]. 2007 [acceso 2017 mayo 03]; 13(1): 9-15. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532007000100002
50. Gómez J, Ibaceta P, Muñoz F, Pardo E. Autoeficacia percibida en relación al comportamiento sexual y contraceptivo de los jóvenes. Rev de PsicolGral y Aplic. [Internet]. 1996 [acceso 2017 mayo 05]; 49 (1): 173-87. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2358157.pdf>
51. Rojas C, Zegers B, Förster C. La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. RevMedChil. [Internet]. 2009 [acceso 2017 mayo 21];137(6):791-800. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000600009
52. Orcasita L, Uribe A. Importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. Psicología: avances de la disciplina. [Internet]. 2010 [acceso 2017 mayo 15]; 4(2) 69-82. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v4n2/v4n2a07.pdf>
53. Urrutia M, Campos S, O'Connor A. Validación de una versión en español de la Escala de Conflicto Decisional. Rev. méd. Chile. [Internet]. 2008 [acceso 2017 mayo 21] ; 136(11): 1439-47. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008001100010
54. O'Connor A. User manual Decisional ConflictScale. [Internet] 2010. [acceso 2016 Mayo 25] Disponible en: http://decisionaid.ohri.ca/docs/develop/User_Manuals/UM_Decisional_Conflict.pdf
55. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The Multidimensional Scale of Percieved Social Support. Journal of Personality Assessment. [Internet]. 1988 [acceso 2016 mayo 25]; 52:30-41. Disponible en: https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/36614843/0533_Zimet_et_al_-_MSPSS__J_Person_Assess_1988_r.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1511803177&Signature=othIU9p%2Fd%2FWBMAGDY5AmQ3exQ70%3D&respon

se-content-

disposition=inline%3B%20filename%3DThe_Multidimensional_Scale_of_Perceived.pdf

56. Arechabala MC, Miranda C. Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región metropolitana. [Internet]. 2002 [acceso 2016 mayo 25]. CiencEnferm. 8(1): 49-55. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532002000100007
57. Mosqueda-Diaz A, Mendoza-Parra S, Jofré-Aravena V, Barriga O. Validez y confiabilidad de una escala de apoyo social percibido en población adolescente. Rev. EnfermGlob. [Internet]. 2015. [acceso 2016 mayo 25]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000300006
58. ROJAS-BARAHONA, Cristian A; ZEGERS P, Beatriz y FORSTER M, Carla E. La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. Rev. méd. Chile [Internet]. 2009 [acceso 2017 mayo 09]. Vol(137);6:791-800. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000600009
59. J. Weinman, S. Wright, M. Johnston. Measures in health psychology: A user's portfolio. Generalized Self-Efficacy Scale. 1995:35-37.
60. Cid P, Orellana A, Barriga O. Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. RevMed Chile. [Internet]. 2010 [acceso 2017 mayo 09]; 138: 551-7. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000500004
61. Schwarzer R. Everything you wanted to know about the General Self-Efficacy Scale. [Internet]. 2011. [Acceso 2016 Abril 29]. Disponible en: http://userpage.fu-berlin.de/~health/self/selfeff_public.htm

Anexos

Anexo 1: Instrumento de valoración



Estimado Alumno:

Realizamos la entrega de este instrumento con el objetivo de conocer el conflicto decisional que pudiese existir en el uso de métodos anticonceptivos al inicio de la actividad sexual en adolescentes. Tus respuestas, que son de forma anónima, serán muy importantes para nuestra investigación, por ello te agradecemos responder con totalidad sinceridad.

Instrucciones: A continuación, se presentan una serie de datos que usted debe responder, por favor marcar con una "X" en la casilla cuando corresponda.

1.- ¿En qué curso estás?

Letra

1º medio

2º medio

3º medio

4º medio

2.- ¿Qué edad tienes?:

Años

3.- Sexo:

Femenino Masculino

4.- Promedio de notas:

Entre 6.1- 7.0

Entre 5.1 - 6.0

Entre 4.1 - 5.0

Menor a 4.0

5.- ¿Usted ha iniciado su actividad sexual?

Si No

Si su respuesta es No, omite las siguientes preguntas y continúa con la Escala de Conflicto Decisional.

6.- ¿Qué edad tenías cuando tuviste relaciones sexuales por primera vez?

Edad

7.- La última vez que tuviste relaciones sexuales ¿Tú o tu pareja usaron algún método anticonceptivo?

No he usado Calendario Pastillas anticonceptivas

Cinta interrumpida Condón Otro, cuál.....

ESCALA DE CONFLICTO DECISIONAL

(O' Connor, 1993)

"Mi dificultad en tomar esta decisión"

Por favor lee los siguientes comentarios hechos por algunas personas cuando tomaron sus decisiones. Te solicito que frente a cada uno de ellos, indiques cuan de acuerdo o desacuerdo te encuentras con la aseveración; pensando en la decisión de utilizar métodos anticonceptivos frente a una relación sexual.

Para ello, marca con una "X" el número de la alternativa que mejor representa lo que sientes acerca de ese comentario en relación con tu decisión (el número 0 indica que estás totalmente de acuerdo con la aseveración y el número 4, que estás totalmente en desacuerdo con la aseveración).

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Esta es una decisión fácil de tomar para mí	0	1	2	3	4
Yo estoy seguro(a) de lo que tengo que hacer en esta decisión	0	1	2	3	4
Está claro cuál es la mejor opción para mí	0	1	2	3	4
Yo estoy consciente de las diferentes opciones que tengo en esta decisión	0	1	2	3	4
Yo siento que conozco los aspectos positivos de cada opción	0	1	2	3	4
Yo siento que conozco los aspectos negativos de cada opción	0	1	2	3	4
Yo tengo claridad acerca de cuan importantes son los aspectos positivos para mí	0	1	2	3	4
Yo tengo claridad acerca de cuan importantes son los aspectos negativos para mí	0	1	2	3	4
Yo tengo claridad acerca de qué es lo más importante para mí (los aspectos positivos y negativos)	0	1	2	3	4
Yo estoy tomando esta decisión sin ninguna presión de otras personas	0	1	2	3	4
Yo tengo la cantidad apropiada de apoyo de otros para tomar esta decisión	0	1	2	3	4
Yo cuento con suficientes consejos acerca de las opciones	0	1	2	3	4
Yo siento que he hecho una elección bien informada	0	1	2	3	4
Mi decisión muestra lo que es importante	0	1	2	3	4
Yo espero mantenerme firme en mi decisión	0	1	2	3	4
Yo estoy satisfecha con mi decisión	0	1	2	3	4

“Escala Multidimensional del Apoyo Social Percibido” (Zimet, Dahlem, Zimet y Farley, 1988).

Ahora encontrarás una serie de preguntas respecto al apoyo que sientes frente a diferentes situaciones, marca con una “X” la respuesta que más identifica tu situación (el 1 significa casi nunca, 2 a veces, 3 con frecuencia, y 4 siempre o casi siempre)

	Casi nunca	A veces	Con Frecuencia	Siempre/ Casi siempre
Cuando necesito algo, sé que alguien me puede ayudar	1	2	3	4
Cuando tengo penas o alegrías, hay alguien que me puede ayudar	1	2	3	4
Tengo la seguridad de que mi familia trata de ayudarme	1	2	3	4
Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero	1	2	3	4
Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito	1	2	3	4
Tengo la seguridad de que mis amigos tratan de ayudarme	1	2	3	4
Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas	1	2	3	4
Puedo conversar de mis problemas con mi familia	1	2	3	4
Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlas con mis amigos	1	2	3	4
Hay una persona que se interesa por lo que yo siento	1	2	3	4
Mi familia me ayuda a tomar decisiones	1	2	3	4
Puedo conversar de mis problemas con mis amigos	1	2	3	4

Escala de Autoestima de Rosemberg

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma.

Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que las demás				
Estoy convencido de que tengo cualidades buenas				
Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente				
Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a				
En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a				
Siento que no tengo mucho de lo que estar orgullosa/a				
En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a				
Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo				
Hay veces que realmente pienso que soy un inútil				
A veces creo que no soy buena persona				

“Escala de Autoeficacia General” (Schwarzer y Jerusalem, 1981)

A continuación se presenta un listado de afirmaciones, para cada una marca con una “X” la respuesta que más te identifica (el número 1 indica que es incorrecto, el 2 es apenas cierto, 3 más bien cierto y 4 cierto).

	Incorrecto	Apenas Cierto	Más bien Cierto	Cierto
Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero.	1	2	3	4
Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.	1	2	3	4
Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.	1	2	3	4
Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.	1	2	3	4
Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas.	1	2	3	4
Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.	1	2	3	4
Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.	1	2	3	4
Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.	1	2	3	4
Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer.	1	2	3	4
Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.	1	2	3	4

Haz terminado, Gracias por responder!!!

Anexo 2: Autorización escrita para ocupación de escala conflicto decisional

- Anexo 2: Correo autorización Anette O'Connor

30/5/2015

Correo de Universidad de Valparaiso - Student of 4th year nursing Valparaiso university



VALENTINA ISIDORA VARGAS <valentina.vargas@alumnos.uv.cl>

Student of 4th year nursing Valparaíso university

Annette O'Connor <Annette.OConnor@uottawa.ca>

8 de mayo de 2015, 22:37

Para: VALENTINA ISIDORA VARGAS <valentina.vargas@alumnos.uv.cl>

Dear Valentina Isidora Vargas

Thank you for your interest in our scale.

If you have not done so, please visit website:

http://decisionaid.ohri.ca/docs/develop/User_Manuals/UM_Decisional_Conflict.pdf

You have my permission to use the decisional conflict scale provided you cite its source in any questionnaire or publication.

There is no cost to use the scale.

Best wishes regarding your important project.

Sincerely yours

Annette O'Connor PhD FCAHS FRSC

Distinguished Emeritus Professor/ Professeure émérite et éminente

University of Ottawa/Université d'Ottawa

Faculty of Health Sciences/Faculté des sciences de la santé

School of Nursing/ École des sciences infirmières

Anexo 3: Carta DAEM

Carta autorización de los Directores de Liceos de la ciudad de San Felipe

San Felipe, marzo 27 de 2017

De: Sra. Romina Fumey Abarzúa.
Directora Liceo Dr. Roberto Humenes Oyaneder. Ciudad de San Felipe.

A: Esterbina Olivares Vergara
Investigador responsable.

Vistos los antecedentes presentados, se entrega la autorización a los alumnos de la carrera de Enfermería, Campus San Felipe, de la Universidad de Valparaíso para informar a los Padres y Apoderados del Liceo sobre el proyecto de investigación llamado "Conflicto decisional ante uso de métodos anticonceptivos al inicio de la actividad sexual en los adolescentes."

La realización de este proyecto se debe comenzar una vez que el Comité de Ética de la Universidad de su aprobación.

Se entrega esta autorización para ser presentada al Comité de Ética de la Universidad como antecedente del proyecto.



Nombre, firma y timbre

Anexo 4: Carta Liceo de Niñas Corina Urbina

Carta autorización de los Directores de Liceos de la ciudad de San Felipe

San Felipe, Marzo 31 de 2017

De: Sra. María Isabel Espejo Lillo.

Directora Liceo de Niñas Corina Urbina Villanueva, Ciudad de San Felipe.

A: Esterbina Olivares Vergara

Investigador responsable.

Vistos los antecedentes presentados, se entrega la autorización a los alumnos de la carrera de Enfermería, Campus San Felipe, de la Universidad de Valparaíso para informar a los Padres y Apoderados del Liceo sobre el proyecto de investigación llamado "Conflicto decisional ante uso de métodos anticonceptivos al inicio de la actividad sexual en los adolescentes."

La realización de este proyecto se debe comenzar una vez que el Comité de Ética de la Universidad de su aprobación.

Se entrega esta autorización para ser presentada al Comité de Ética de la Universidad como antecedente del proyecto.



Nombre, firma y timbre
María Isabel Espejo Lillo

Anexo 5: Carta Liceo Dr. Roberto Humeres

Carta autorización de los Directores de Liceos de la ciudad de San Felipe

San Felipe, marzo 27 de 2017

De: Sra. Romina Fumey Abarzúa.

Directora Liceo Dr. Roberto Humeres Oyaneder. Ciudad de San Felipe.

A: Esterbina Olivares Vergara

Investigador responsable.

Vistos los antecedentes presentados, se entrega la autorización a los alumnos de la carrera de Enfermería, Campus San Felipe, de la Universidad de Valparaíso para informar a los Padres y Apoderados del Liceo sobre el proyecto de investigación llamado "Conflicto decisional ante uso de métodos anticonceptivos al inicio de la actividad sexual en los adolescentes."

La realización de este proyecto se debe comenzar una vez que el Comité de Ética de la Universidad de su aprobación.

Se entrega esta autorización para ser presentada al Comité de Ética de la Universidad como antecedente del proyecto.


Nombre, firma y timbre

Anexo 6: Formulario de consentimiento informado



Anexo N° 7

Formulario de Consentimiento Informado

Información para padres y/o apoderados de los participantes.

El propósito del presente documento es invitarlo a participar en el estudio **“Conflicto decisional en adolescentes ante uso de métodos anticonceptivos al inicio de la actividad sexual”**. El investigador principal es la profesora Esterbina Olivares Vergara y los alumnos tesistas: Monserrat Arenas P, Fanja Cordero R, Nidia Fernández P, Nicole Figueroa I, Camila González E., Carolina Ibaceta L., Paula Olivares S., Bárbara Torres H., Rocio Valdivia V. y Giselle Vera C., Para que usted pueda tomar una decisión informada, le explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consistiría su participación:

1. Dónde y cuándo se llevará a cabo la investigación

La investigación mencionada se realizará en Liceos Municipalizados de Enseñanza Media de San Felipe: Liceo de niñas Corina Urbina y Liceo Dr. Roberto Humeres durante el segundo semestre del año 2017.

2. Motivación y propósito del estudio

El conflicto decisional tiene que ver con la dificultad de tomar decisiones frente a un problema, en este caso, frente al uso de métodos anticonceptivos al inicio de la actividad sexual. Según los últimos estudios los adolescentes actualmente inician su actividad sexual más tempranamente y la mayoría de ellos no usa métodos anticonceptivos. Es importante identificar los conocimientos que tienen sobre la anticoncepción, que información requieren para tomar la mejor decisión al inicio de su actividad sexual, el significado e importancia que le otorgan a los métodos anticonceptivos y que tan importantes son las personas que pueden participar en esta decisión que ellos toman. La relevancia de este estudio es que nos entregará información importante para desarrollar intervenciones que puedan mejorar la toma de decisión frente esta problemática.

3. El objetivo de este estudio es:

Determinar la existencia y nivel de conflicto decisional frente al uso de métodos anticonceptivos al inicio de la actividad sexual,

4. En qué consiste su participación:

Su participación es voluntaria y no recibirá pago alguno a quien acepte participar. Esta participación consiste en autorizar a su pupilo/a contestar un cuestionario con preguntas relacionadas con el tema. Por su parte el estudiante recibirá un asentimiento informado, donde se le invita a participar en este estudio y también su participación es voluntaria.

5. Riesgos

La participación de los estudiantes no genera riesgos, sin embargo, si el estudiante manifiesta algún malestar o incomodidad o dudas al responder la encuesta, las tesistas le brindaran apoyo e información necesaria para poder superar el problema, ellos han recibido una capacitación para enfrentar estas situaciones y deben aplicar un protocolo definido para ello.

6. Beneficios

Los beneficios son indirectos y consisten en ofrecer a los colegios una intervención educativa relacionada con el tema y dirigida a los estudiantes, en que les explicará en la importancia de estar bien informado en temas de salud para que las decisiones que se tomen sean las más adecuadas, tendrán además la oportunidad de aclarar sus dudas que pudiesen tener.



7. Costos y pagos

Los gastos implicados en esta investigación serán financiados íntegramente por los investigadores, no recibiendo ningún tipo de pago. Los participantes no tendrán que aportar dinero, y tampoco recibirán pago alguno a cambio de la participación en el estudio

8. Derechos del participante

a. A manifestar dudas, preguntas

Si usted tiene dudas o requiere hacer preguntas puede hacerlo en cualquier momento a la Investigadora Responsable la profesora Esterbina Olivares Vergara al Teléfono: 981390186 o al Email esterbina.olivares@uv.cl

b. A la participación voluntaria y a la revocación del consentimiento

Su participación y la de su pupilo es voluntaria y puede retirarse en cualquier momento si así lo decide, sólo debe comunicarlo al investigador responsable. Su retiro no los perjudicará en nada.

9. Confidencialidad

a. Reserva de la identidad del participante

Los datos de los estudiantes estarán protegidos en todo momento, el nombre del participante no será revelada y en el lugar de su nombre se utilizará un código (número).

b. De los datos personales y sensibles

El registro de los datos será reservado, solo tendrán acceso a ellos los investigadores, y serán resguardados por el investigador responsable en archivos ubicados en su oficina de la Universidad y serán eliminados en un plazo de cinco años.

10. Difusión y entrega de los resultados

Los resultados de la investigación podrán ser divulgados o no, según lo estime el investigador, en publicaciones de tipo científica y/o académicas y (si corresponde) que podrían (si corresponde) ser utilizados en otras investigaciones, que no se alejen de los objetivos de la presente investigación, siempre preservando la identidad del participante.

11. Evaluación Ética Científica

Esta investigación ha sido evaluada y aprobada por el Comité de Bioética en Investigación (CBI) de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso. Si usted lo requiriera, en caso de tener alguna duda acerca de este estudio o respecto de sus derechos como participante en esta investigación, puede contactar a su presidente en el teléfono 32-250 73 70 o E-mail: etica.facultadmedicina@uv.cl . También puede contactarse con su secretaria administrativa, Sra. Ana María Carreño al teléfono +5632 250 73 70.

Anexo 7: Acta de consentimiento



Anexo N° 8

Acta de Consentimiento Informado para padres y/o apoderados

Yo,..... C.I.....Padre o apoderado de.....

Declaro que el investigador principal Esterbina Olivares Vergara, profesora , y los alumnos tesistas: Monserrat Arenas P, Fanja Cordero R, Nidia Fernández P, Nicole Figueroa I, Camila González E., Carolina Ibaceta L., Paula Olivares S., Bárbara Torres H., Rocío Valdivia V. y Giselle Vera C., de la Carrera de Enfermería de la Facultad de Medicina de la Universidad Valparaíso, Campus San Felipe ubicada en Camino la Troya S/N esquina el Convento de la ciudad de San Felipe me han informado en forma completa en qué consiste la investigación **“Conflicto decisional en adolescentes frente al uso de métodos anticonceptivos al inicio de su actividad sexual”** que llevarán a cabo en Liceos de la ciudad de San Felipe. He leído completamente la información proporcionada en este documento acerca de mi participación y de la participación de mi hijo/a o representado.

Me han informado y explicado cuáles son los procedimientos del estudio a los que será sometido/a mi hijo/a o pupilo/a, y en qué consistirá su participación. Entiendo que la participación de mi hijo/a o pupilo/a consiste en contestar un cuestionario que posee cinco partes: 1) unas preguntas sobre características personales y escolares, 2) una escala de conflicto decisional (dificultad que se tiene para tomar una decisión y factores que pueden influirla), 3) una escala de apoyo social (redes de apoyo con las cuenta una persona), y 4) una escala de autoestima y 5) una escala de autoeficacia (capacidad de una persona de hacer cambios en su vida). La aplicación del cuestionario demorará un tiempo aproximado de 25 minutos, se hará en horario que no perjudique los estudios y se aplicara en el segundo semestre del año 2017, dentro del establecimiento.

Asimismo, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y aclarar todas mis dudas con el investigador(a). Entiendo que poseo el derecho de revocar mi consentimiento sin que esta decisión pueda ocasionarme algún perjuicio.

De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando voluntariamente mi participación y la de mi hijo(a) o pupilo(a) en esta investigación. Recibo una copia completa de este documento.

(NO MODIFICAR AQUÍ)

Nombre y Firma Participante

C.I.:

Fecha:

Nombre y Firma Investigador Responsable

C.I.:

Fecha:

Nombre y Firma Director del Establecimiento o su Delegado

C.I.:

Fecha:

San Felipe,.....de..... de 201...

Anexo 8: Asentimiento informado



ASENTIMIENTO INFORMADO

“Conflicto decisional ante el uso de anticonceptivos al inicio de la actividad sexual en adolescentes de enseñanza media”

Confirmando que se me ha informado en que consiste este estudio y he tenido tiempo para considerar mi participación, de hacer preguntas y todas mis dudas han sido contestadas satisfactoriamente

Tomo conciencia de que toda la información que proporcione ayudará a conocer la existencia y nivel de conflicto decisional frente al uso de métodos anticonceptivos al inicio de la actividad sexual. Además, estos antecedentes serán confidenciales, lo que quiere decir que mis datos personales serán resguardados.

Sí quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

Fecha: _____ de _____ de 2016.

Anexo 9: Aprobación de Comité de Bioética



FACULTAD DE MEDICINA
Comité de Bioética
para la Investigación

ACTA DE EVALUACIÓN BIOÉTICA No. 26/2017

I. El Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, constituido por Jimena Le Roy, tecnólogo médico, Presidenta; Eva Sotelo, profesora de Castellano, Vice-presidenta; Ivanny Marchant, médico- cirujano; Alberto Moreno, profesor de educación física; Magdalena Silva, enfermera – matrona; Angelo Bartsch, kinesiólogo; Maritza Cofré, Obstetra y Jessica Salgado, psicopedagoga, Carlos Varas, psicólogo, en su sesión del día 31 de agosto de 2017, declara haber evaluado el protocolo experimental del proyecto “**Conflicto Decisional en Adolescentes, ante el uso de métodos anticonceptivos al inicio de la actividad sexual**” presentado por el grupo investigador liderado por Esterbina Olivares Vergara, adscrita a la Facultad.

II. Para su evaluación el Comité de Bioética revisó los siguientes antecedentes:

1. Protocolo n° 015/2017, versión en español.
2. Acta de Consentimiento Informado y Asentimiento Informado, versión en español, cuyos destinatarios son participantes de investigación.
3. *Curriculum Vitae* del investigador responsable.
4. Instrumento: Encuesta sociodemográfica, Escala de Conflicto Decisional, Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido, Escala de Autoestima de Rosenberg, Escala de Autoeficacia General.

III. En la valoración bioética del proyecto, el Comité consideró que dicha propuesta cumple con los principios éticos necesarios para su realización, entre otros, los de beneficencia y atención a potenciales riesgos; se concluyó que su pertinencia fundamental radica en:

1. El diseño se ajusta a las Normas de Investigación en Seres Humanos.
2. El estudio propuesto podrá aportar al conocimiento respecto del conflicto decisional de adolescentes ante el uso de métodos anticonceptivos al inicio de la actividad sexual.
3. El Consentimiento Informado da cuenta de la finalidad de la investigación en forma clara; explícita y respeta la voluntariedad del posible participante, además de ofrecerle la oportunidad de retirarse en cualquier momento sin que ello le



revista algún perjuicio; asegura la confidencialidad de los datos y de la identidad del sujeto; se precisa que no existen riesgos, ni costos involucrados, como tampoco remuneración por participar; especifica en qué consistirá la colaboración del sujeto, señalando tiempo que involucrará la aplicación de la entrevista. Así también, el investigador da a conocer su teléfono e E-mail de contacto para ubicarlo en caso de cualquier consulta o duda.

4. Los antecedentes curriculares del Investigador Principal garantizan la ejecución del estudio dentro de los marcos éticos y técnicos aceptables.
5. Los miembros del Comité declararon no tener conflicto de interés.

IV. Por lo anterior, el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina aprueba el presente protocolo de investigación, que se llevará a cabo en la Universidad de Valparaíso durante el presente año por el grupo investigador liderado por Esterbina Olivares Vergara, de la carrera Enfermería. La ejecución del protocolo queda sujeta, además, a la aprobación que otorgare el Comité Ético-Científico del centro asistencial, si correspondiere. Las eventuales modificaciones que pudiera sufrir el protocolo al que serán sometidos los participantes deberán ser evaluadas por este Comité y aprobadas previo a su aplicación. El investigador responsable deberá transmitir informe de estado de avance del estudio al término de cada año de ejecución o el informe final, según proceda.

Firma en representación del Comité de Bioética de la Facultad de Medicina



Jimena Le Roy Barria
Presidenta

Viña del Mar, 31 de agosto de 2017



C/C.
• Secretaría CBI-FAMED