



Universidad de Valparaíso

Facultad de Medicina

Escuela de Obstetricia y Puericultura

Casa Central

Características Asociadas a la Prevalencia de uso de Métodos Anticonceptivos al Inicio de la Actividad Sexual en las Estudiantes de la Facultad de Medicina, Casa Central, Universidad de Valparaíso - Chile 2016

Proyecto de Tesis para optar al grado de Licenciada en Obstetricia y Puericultura

Profesora guía: Ana María Alvarado Vargas

Nombre estudiantes: Elizabeth Aguilera Oyanedel

Margarita Carquín Rivera

Rocío Castro Mellado

Tamara Navarro Arévalo

Tammy Sáez Guajardo

Valparaíso, 2017

TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO.....	ii
INDICE DE TABLAS.....	v
INDICE DE GRÁFICOS.....	viii
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	1
Antecedentes.....	2
Planteamiento del problema.....	4
Conceptos Claves.....	5
Justificación del estudio.....	6
CAPÍTULO II: MATERIAL Y MÉTODO.....	7
Tipo de Investigación.....	8
Diseño de Investigación.....	8
Población en estudio.....	8
Universo.....	8
Muestra.....	8
Unidad de análisis.....	9
Criterios de Inclusión y Exclusión.....	10
Consideraciones Éticas.....	10
Procedimientos de recolección de la formación.....	11
Plan de Análisis de los Datos.....	12
Limitaciones del Estudio.....	22

CAPÍTULO III: MARCO CONCEPTUAL.....	23
Planificación Familiar y Anticoncepción.....	24
Inicio de Actividad Sexual.....	28
Factores asociados al inicio de la actividad sexual en adolescentes	30
Tipos de Métodos Anticonceptivos.....	33
Métodos Hormonales.....	34
Métodos No Hormonales.....	38
Métodos de Barrera.....	39
Método de Amenorrea de la Lactancia (MELA).....	40
Métodos de Abstinencia Periódica.....	41
Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria.....	44
Métodos Tradicionales.....	44
Uso de Métodos Anticonceptivos en la primera relación sexual.....	45
Educación sexual en Chile.....	49
CAPÍTULO IV: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51
Referencia Bibliográficas.....	52
CAPÍTULO V: MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE OBJETIVOS.....	59
Objetivos.....	60
Operacionalización de las Variables.....	61

CAPÍTULO VI: ANEXOS.....	69
Anexo N°1: Consentimiento Informado	70
Anexo N°2: Instrumento de Recolección de Datos.....	75
Anexo N°3: Tablas Complementarias.....	79

INDICE DE TABLAS

Tabla N° 1: Prevalencia de Uso de Métodos Anticonceptivos (MAC) al inicio de la actividad sexual por parte de las estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Casa Central año 2016..... 12

Tabla N° 2: Edad de inicio de la actividad sexual por parte de las estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Casa Central año 2016. 12

Tabla N° 3: Ocupación al inicio de la actividad sexual por parte de las estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Casa Central año 2016. 13

Tabla N° 4: Religión profesada al inicio de la actividad sexual por parte de las estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Casa Central año 2016. 13

Tabla N° 5: Nivel Socio económico al inicio de la actividad sexual por parte de las estudiantes del Campus de la Salud de la Universidad de Valparaíso, Casa Central durante el año 2016. 14

Tabla N° 6: Tipo de Familia a la que pertenecían al inicio de la actividad sexual las estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Casa Central año 2016. 14

Tabla N° 7: Funcionalidad Familiar al inicio de la actividad sexual en las estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Casa Central año 2016. 15

Tabla N° 8: Tipo de relación de pareja al inicio de la actividad sexual por parte de las estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Casa Central año 2016.....	15
Tabla N° 9: Tipo de Método Anticonceptivo (MAC) utilizado al inicio de la actividad sexual por parte de las estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Casa Central año 2016.....	16
Tabla N° 10: Fuentes de información sobre anticoncepción al inicio de la actividad sexual en las estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Casa Central año 2016**	17
Tabla N° 11: Razones para el Uso de Métodos Anticonceptivos (MAC) al inicio de la actividad sexual por parte de las estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Casa Central año 2016.....	17
Tabla N° 12: Razones para el No Uso de Métodos Anticonceptivos (MAC) al inicio de la actividad sexual por parte de las estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Casa Central año 2016.....	18
Tabla N° 13: Medio de acceso al Método Anticonceptivo (MAC) al inicio de la actividad sexual por parte de las estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Casa Central año 2016.....	19
Tabla N° 14: Uso de Anticoncepción de Emergencia (PAE) posterior a la primera relación sexual por parte de las estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Casa Central año 2016.....	19

Tabla N° 15: Relación entre edad y uso de MAC al inicio de la actividad sexual en las estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Casa Central año 2016.....	20
Tabla N° 16: Relación entre uso de MAC al inicio de la actividad sexual y nivel socioeconómico (NSE) de las estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Casa Central año 2016.....	20
Tabla N° 17: Relación entre uso de MAC al inicio de la actividad sexual y religión de las estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Casa Central año 2016.....	21
Tabla N° 18: Relación entre tipo de relación de pareja y uso de MAC al inicio de la actividad sexual en las estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Casa Central año 2016.....	21
Tabla N° 19: Relación entre uso de MAC al inicio de la actividad sexual y funcionalidad familiar (Según APGAR familiar) de las estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Casa Central año 2016.....	22

INDICE DE GRÁFICOS

Grafico 1: “Uso de método anticonceptivo en la primera relación sexual”. (Sexta Encuesta Nacional de la Juventud).....	46
Grafico 2: “Tipo de métodos anticonceptivos usados en las relaciones sexuales”. (Sexta Encuesta Nacional de la Juventud).	46
Grafico 3: “¿Dónde conseguiste el método de prevención?”. (Sexta Encuesta Nacional de la Juventud).	47
Grafico 4: “Razones para el no uso de un método de prevención”. (Sexta Encuesta Nacional de la Juventud).....	48

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

ANTECEDENTES

En Chile, en el año 1967, se formularon las Políticas de Planificación Familiar del Ministerio de Salud, basadas en la necesidad perentoria de disminuir la morbimortalidad producida por el aborto en la población. Se incorporó actividades de Regulación de la Fertilidad a los Programas de Atención materno-infantil, respondiendo al derecho de las familias a *“tener solamente el número de hijos que puedan ser formados integralmente, (...) garantizando el respeto a la conciencia de las personas y a su dignidad”*. Los objetivos fundacionales de esta política fueron: a) Reducir la tasa de Mortalidad Materna relacionada, en gran medida, con el aborto provocado clandestino; b) Reducir la tasa de Mortalidad Infantil relacionada con el bajo nivel de vida en sectores de población de alta fecundidad; c) Promover el bienestar de la familia, favoreciendo una procreación responsable que permitiese, a través de la información adecuada, el ejercicio y el derecho a una paternidad consciente [1].

La edad de iniciación sexual en nuestro país ha disminuido progresivamente con el paso de los años, evidenciándose en los quinquenios de edad más bajos, tal como afirma FÉTIS (2008) [2], *“durante los últimos veinticinco años las conductas sexuales de hombres y mujeres se ha modificado como resultante de los cambios socioculturales, entre los cuales destaca la tendencia progresiva a la disminución de la edad de la primera relación sexual coital en adolescentes”*. En Chile, en el año 2006 un 38.14% de los jóvenes entre 15 y 19 años ya habían iniciado su actividad sexual, porcentaje que ascendió al 55.57% en el año 2012. [3]

Según el programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, se calcula que al menos la mitad de los jóvenes que viven en países en desarrollo habrá tenido su primera relación sexual antes de los 16 años.

En un estudio [4] realizado durante el año 2009 a jóvenes que cursan tercero y cuarto medio en liceos de Temuco, se afirma que la edad promedio de la iniciación sexual fue para los hombres a los 14.3 años, y en las mujeres a los 15.5 años, los motivos por los

cuales decidieron iniciar actividad coital fue en su mayoría por estar enamorado/a (50%) o por sentir deseo sexual, curiosidad y atracción (42%).

La juventud es una etapa vulnerable en donde se toman riesgos, y uno de ellos es el no uso de algún Método Anticonceptivo (MAC) durante la primera relación sexual. En el estudio mencionado con anterioridad, sólo 37% de los jóvenes reconocieron haber utilizado algún tipo de MAC durante su primera relación sexual.

Las condiciones para la utilización o no de algún tipo de MAC durante la primera relación sexual puede verse influenciado por ciertos ámbitos que rodean a los jóvenes, como por ejemplo el nivel socioeconómico (NSE), en relación a este aspecto se observa que el 47.0% de los jóvenes de NSE alto utiliza algún MAC durante su primera relación sexual, porcentaje que disminuye a un 30.9% del NSE medio y al 27.1% del NSE bajo. [5]

Otro ámbito que puede influir es el tipo de relación que se tenga con la pareja sexual, teniendo como referencia a los jóvenes que tienen su primera relación sexual con su pareja en donde previamente se generan acuerdos respecto a la anticoncepción versus los que inician con un desconocido/a, amigo/a, andante en donde no se dan estas instancias (ICMER), además del sentimiento de vergüenza que sienten algunos a la hora de solicitar algún MAC, o bien la falta de dinero para adquirirlo.

Sin duda, otro gran riesgo al que se exponen los jóvenes es el contagio de alguna Infección de transmisión sexual (ITS); éstas tienen un gran impacto en la Salud Pública debido a su amplia distribución, generando complicaciones y secuelas principalmente en mujeres y recién nacidos. *Chlamydia trachomatis* junto con las infecciones asociadas al *Virus del Papiloma humano* (VPH) son las ITS con mayor incidencia en las mujeres adolescentes y menores de 25 años, debido que en dichas edades se presentan más conductas de riesgo, como por ejemplo, vida sexual activa y parejas sexuales múltiples.¹

¹ República de Chile, Ministerio de Salud. Normas de manejo y tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Chile; 2008.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Tal como se manifiesta anteriormente, año tras año se ha incrementado la iniciación sexual precoz en los jóvenes de nuestro país, no siempre asociándose al uso de algún MAC, este factor tiene gran impacto en las tasas de ITS, y en las gestaciones no planificadas. Es por esto que surge la idea de investigar con el fin de conocer las características asociadas a la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos (MAC) al inicio de la actividad sexual, y cuáles son las motivaciones y propósitos que condicionarán dicho uso. Para dar respuesta a esto se plantean las siguientes preguntas de investigación:

1).- ¿Cuál es la prevalencia del uso de Métodos Anticonceptivos al inicio de la actividad sexual en las estudiantes de la Facultad de Medicina, Casa Central de la Universidad de Valparaíso?

2).- ¿Cuáles son las características de la población en estudio asociadas al uso de Métodos Anticonceptivos al inicio de la actividad sexual?

CONCEPTOS CLAVES

1.-Prevalencia:² Proporción de personas que sufren una enfermedad o responden a una situación especial con respecto al total de la población en estudio.

2.-Método Anticonceptivo: [6] Métodos o procedimientos que previenen un embarazo en mujeres sexualmente activas, ya sean ellas o sus parejas quienes los usen. Pueden ser hormonales o no hormonales, transitorios o definitivos, basados en tecnología o en conductas.

3.-Actividad Sexual: [7] Expresión conductual de la sexualidad personal donde el componente erótico de la sexualidad es el más evidente. La actividad sexual se caracteriza por los comportamientos que buscan erotismo y para efectos de esta investigación es sinónimo de coito.

² Diccionario de la RAE España: Asociación de academias de la lengua española

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

En la actualidad una gran cantidad de jóvenes son sexualmente activos, según la Séptima Encuesta Nacional de la Juventud 2012 [8], el 71.3% de todas las personas jóvenes (15 a 29 años) a nivel nacional, declara haber iniciado su actividad sexual, siendo esta similar entre ambos sexos (mujeres 74.5%, hombres 75.9%). En cuanto a la edad de inicio de la actividad sexual (Sexta Encuesta Nacional de la Juventud 2009), esta se distribuye de la siguiente manera: 26% de las y los jóvenes de 15 años de edad declara haberse iniciado sexualmente, este porcentaje aumenta a 38% en jóvenes de 16 años, a 48% en jóvenes de 17 años; en jóvenes de 18 años, se aprecia un aumento importante, de modo tal que el 63% de las y los jóvenes en esa edad declara haberse iniciado sexualmente. [9]

Es relevante evaluar el modo en que los jóvenes asumen la salud reproductiva, en el ámbito de planificación familiar y prevención del contagio de ITS, siendo el uso de algún MAC la mejor herramienta para lograr estos objetivos. Esta investigación evalúa las características asociadas a la prevalencia de uso de MAC en la primera relación sexual, este dato proporcionará una visión respecto a la educación sexual recibida por la joven y como se reflejaba en prácticas de autocuidado al momento de iniciar su actividad sexual con el objetivo de planificar estrategias de intervención y educación para mejorar la prevalencia del uso de MAC y la adherencia a los controles en este grupo etario en particular.

CAPÍTULO II

MATERIAL Y MÉTODO

TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación a realizar es cuantitativa, de tipo retrospectivo.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de esta investigación es de tipo descriptivo. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de las personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas (Sampieri, 2010).

POBLACIÓN EN ESTUDIO

Universo

El universo corresponde a un total de 886 mujeres mayores de 18 años, que en el año 2016 sean estudiantes regulares de las carreras de Tecnología Médica, Fonoaudiología, Medicina, Educación Parvularia y Kinesiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Casa Central. Debido a que los estudiantes del último año de sus respectivas carreras realizan prácticas profesionales y su permanencia en el aula es mínima o simplemente ausente, se restaron del universo todas las estudiantes de 5° año de Kinesiología, Tecnología Médica, Fonoaudiología y Educación Parvularia y las de 6° y 7° de Medicina, con lo que el universo en estudio se redujo a 683 estudiantes.

Muestra

La muestra a utilizar en la investigación es probabilística, de tipo intencionada, ya que las participantes deben cumplir ciertas condiciones de ingreso al estudio y corresponde a 225 estudiantes, considerando para el cálculo, una estimación de la proporción de estudiantes que han iniciado actividad sexual de 70%, concordante con lo descrito en la literatura.

Para la estimación del tamaño de la muestra, se aplicó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Np(1-p)}{(N-1)(B^2/4) + p(1-p)}$$

Donde,

B= 0,05	Error de muestreo
N= 683	Tamaño de la población
p= 0,7	Estimación de la proporción de estudiantes que han iniciado actividad sexual
D= 0,000625	
n= 225,4302554	Tamaño de muestra
n= 225	Tamaño de muestra con un 95% de confianza y un 5% de error de muestreo

Unidad de análisis

Mujeres de 18 o más años de edad que hayan iniciado actividad sexual y que al año 2016 sean estudiantes regulares de las carreras de: Tecnología Médica, Fonoaudiología, Medicina, Educación Parvularia y Kinesiología de la Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Casa Central.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de Inclusión

- Mujeres de 18 o más años de edad, .que hayan iniciado actividad sexual consensuada
- Mujeres que al año 2016 sean estudiantes regulares de las carreras de Medicina, Kinesiología, Tecnología Médica, Fonoaudiología y Educación Parvularia de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Casa Central.

Criterios de Exclusión

- Mujeres que rechacen participar de la encuesta.
- Alumnas regulares de 5° año de las carreras de Kinesiología, Tecnología Médica, Fonoaudiología y Educación Parvularia de la Facultad de Medicina, Casa Central de la universidad de Valparaíso del Campus de la Salud de la Universidad de Valparaíso en el año 2016
- Alumnas regulares de 6° y 7° año de la carrera de Medicina de la Facultad de Medicina, Casa Central de la Universidad de Valparaíso en el año 2016

Consideraciones Éticas

- Previo a su ejecución, el proyecto de tesis deberá ser revisado y aprobado por el comité de Ética de la Facultad de Medicina.
- Antes de responder a la encuesta, las estudiantes accederán al Consentimiento informado (Anexo1), documento que contiene los objetivos de la investigación, los derechos que le asisten y establece el carácter voluntario y anónimo de su participación, de aceptar, el documento deberá ser firmado tanto por la estudiante como por la tesista encargada de la recolección de la información y guardado en un sobre rotulado como “Consentimiento informado”.
- Para garantizar el anonimato, el instrumento de recolección de datos será contestado en una oficina privada sin la presencia de las tesistas, u otras participantes. Una vez finalizado, será guardado en un sobre rotulado como

“Cuestionarios”. Ambos sobres se entregarán a la profesora guía, los cuales permanecerán en custodia bajo llave en su oficina, hasta completar el tamaño de la muestra.

- Para proceder a la tabulación de los datos, solo los cuestionarios serán entregadas a las tesisistas y serán devueltos a la oficina de la profesora guía, cuando sea finalizado este proceso. Ambos sobres rotulados permanecerán por un periodo de 5 años, luego de los cuales se procederá a su eliminación mediante el uso de una picadora eléctrica de papeles.

PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

El instrumento de recolección será un cuestionario auto aplicado con un total de 16 preguntas (Anexo N°2). Este cuestionario fue desarrollado por los investigadores a partir de la operacionalización de las variables

La información será recolectada durante el desarrollo del año académico 2016. Se invitará a participar de la investigación mediante la entrega de un folleto que contenga la siguiente información: *“Si tienes 18 o más años de edad y estudias Medicina, Kinesiología, Tecnología Médica, Fonoaudiología o Educación Parvularia, te invitamos a participar de una encuesta relacionada al uso de métodos anticonceptivos al inicio de la actividad sexual, que se realizará entre las 10:00- 16:00 hrs los días “X” en el piso 12 de la Facultad de Medicina. Sector Escuela de Obstetricia ¡Te Esperamos! Gracias desde ya, Tesisistas Obstetricia y Puericultura 4° año”.*

Las estudiantes que decidan acceder a la invitación deberán acudir al piso 12 donde se habilitará una oficina aislada, en la cual primeramente se le informará del objetivo de la investigación y del carácter anónimo y voluntario de su participación. A continuación, se le solicitará leer el consentimiento informado, y de acceder a participar, deberá firmar dicho documento (Anexo N°1), posteriormente se le entregará el cuestionario (Anexo N°2) para ser completado.

PLAN DE ANÁLISIS DE LOS DATOS

Las variables cuantitativas se examinarán a través de medidas de resumen, mientras que las variables categóricas (no numéricas) se analizarán en tablas de distribución de frecuencia y porcentaje.

Tabla N° 1: Prevalencia de Uso de Métodos Anticonceptivos (MAC) al inicio de la actividad sexual por parte de las estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Casa Central año 2016.

<i>Uso de MAC en primera relación sexual</i>	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<i>Sí</i>		
<i>No</i>		
Total	225	100

Tabla N° 2: Edad de inicio de la actividad sexual por parte de las estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Casa Central año 2016.

Grupo etario (Años)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<i>10-14</i>		
<i>15-19</i>		
<i>20-24</i>		
<i>25 o más</i>		
Total	225	100

Tabla N° 3: Ocupación al inicio de la actividad sexual por parte de las estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Casa Central año 2016.

Ocupación	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<i>Estudiaba</i>		
<i>Trabajaba</i>		
<i>Ambos (Estudiaba y trabajaba)</i>		
Total	225	100

Tabla N° 4: Religión profesada al inicio de la actividad sexual por parte de las estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Casa Central año 2016.

Religión profesada	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<i>Cristiana Católica</i>		
<i>Cristiana Evangélica</i>		
<i>Movimiento de los Santos de los últimos días (Mormón)</i>		
<i>Otra</i>		
<i>No creyente</i>		
Total	225	100

Tabla N° 5: Nivel Socio económico al inicio de la actividad sexual por parte de las estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Casa Central año 2016.

<i>Nivel socio económico*</i>	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<i>Bajo</i>		
<i>Medio – Bajo</i>		
<i>Medio</i>		
<i>Medio – Alto</i>		
Total	225	100

*La estratificación según Nivel socioeconómico se obtuvo al ponderar las variables: Quintil de ingreso económicos, Previsión de salud, y escolaridad del jefe de hogar (Anexo Tablas Complementarias N°1).

Tabla N° 6: Tipo de Familia a la que pertenecían al inicio de la actividad sexual las estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Casa Central año 2016.

<i>Tipo de Familia*</i>	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<i>Monoparental</i>		
<i>Reconstituida</i>		
<i>Nuclear</i>		
<i>Extensa</i>		
<i>Persona sin familia</i>		
<i>Equivalentes familiares</i>		
Total	225	100

*Se utilizó la clasificación de tipo de Familia de Luis de la Revilla (Anexo Tablas complementarias N° 2).

Tabla N° 7: Funcionalidad Familiar al inicio de la actividad sexual en las estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Casa Central año 2016.

Funcionalidad Familiar (APGAR)*	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<i>Disfunción familiar severa</i>		
<i>Funcionalidad familiar moderada</i>		
<i>Alta funcionalidad familiar</i>		
Total	225	100

* La clasificación de funcionalidad familiar se realizó según puntaje obtenido en el instrumento de Salud Familiar APGAR Familiar (Anexo N°2 Instrumento de recolección de datos Pregunta N°16)

Tabla N° 8: Tipo de relación de pareja al inicio de la actividad sexual por parte de las estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Casa Central año 2016.

Tipo de relación de pareja	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<i>Pololo</i>		
<i>Andante</i>		
<i>Amigo</i>		
<i>Esposo</i>		
<i>Conviviente</i>		
<i>Trabajador sexual</i>		
<i>Recién conocido</i>		
Total	225	100

Tabla N° 9: Tipo de Método Anticonceptivo (MAC) utilizado al inicio de la actividad sexual por parte de las estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Casa Central año 2016.

Tipo de MAC	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<i>Método natural</i>		
<i>Coito interrumpido</i>		
<i>Píldoras anticonceptivas</i>		
<i>Parche</i>		
<i>Anillo vaginal</i>		
<i>Implante intradérmico</i>		
<i>Preservativo masculino</i>		
<i>Preservativo femenino</i>		
<i>Anticonceptivo inyectable</i>		
Total*		100

*El Total corresponde sólo al número de estudiantes que afirmaron utilizar algún tipo de método anticonceptivo al inicio de la actividad sexual.

Tabla N° 10: Fuentes de información sobre anticoncepción al inicio de la actividad sexual en las estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Casa Central año 2016**

Fuente de información	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<i>Mamá</i>		
<i>Papá</i>		
<i>Hermanos u otros familiares</i>		
<i>Profesores</i>		
<i>Profesionales de la salud</i>		
<i>Amigos o compañeros</i>		
<i>Pareja</i>		
<i>Medios de comunicación</i>		
<i>Nadie</i>		

**La suma supera el total de la muestra porque existía la posibilidad de señalar más de una opción.

Tabla N° 11: Razones para el Uso de Métodos Anticonceptivos (MAC) al inicio de la actividad sexual por parte de las estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Casa Central año 2016.

Razones para el uso de MAC	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<i>Temor al embarazo</i>		
<i>Temor al contagio de una ITS</i>		
<i>Estaba conversado con la pareja</i>		
<i>Previamente busqué información sobre MAC</i>		
<i>Previamente recibí información sobre MAC</i>		
<i>Otra</i>		
Total*		100

*El Total corresponde sólo al número de estudiantes que afirmaron utilizar algún tipo de método anticonceptivo al inicio de la actividad sexual.

Tabla N° 12: Razones para el No Uso de Métodos Anticonceptivos (MAC) al inicio de la actividad sexual por parte de las estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Casa Central año 2016.

<i>Razones para el NO uso de MAC</i>	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<i>No me gustaba usar MAC</i>		
<i>Miedo de usar un método</i>		
<i>No sabía cómo usarlos</i>		
<i>No pensé en las probables consecuencias</i>		
<i>Me dio vergüenza solicitarlo o en una farmacia o consultorio</i>		
<i>Tenía pareja estable</i>		
<i>Quería quedar embarazada</i>		
<i>Mi pareja no quería usar método</i>		
<i>Faltó comunicación de pareja</i>		
<i>Faltó dinero para adquirirlo</i>		
<i>Fue una relación sexual imprevista</i>		
<i>Otras</i>		

*Se incluyó sólo al número de estudiantes que refirió no haber utilizado algún tipo de método anticonceptivo al inicio de la actividad sexual. Además, la suma supera el total de la muestra porque existía la posibilidad de señalar más de una opción.

Tabla N° 13: Medio de acceso al Método Anticonceptivo (MAC) al inicio de la actividad sexual por parte de las estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Casa Central año 2016.

Acceso al MAC	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<i>Los compré en el comercio con mi dinero</i>		
<i>Lo compraron mis padres o me dieron dinero específicamente para eso</i>		
<i>Lo compró un familiar o me dio dinero específicamente para eso</i>		
<i>Me lo entregó un profesional de la salud</i>		
<i>Me lo entregaron unos amigos</i>		
<i>Lo compró mi pareja</i>		
Total*		100

*El Total corresponde sólo al número de estudiantes que afirmaron utilizar algún tipo de método anticonceptivo al inicio de la actividad sexual

Tabla N° 14: Uso de Anticoncepción de Emergencia (PAE) posterior a la primera relación sexual por parte de las estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Casa Central año 2016.

Uso de PAE posterior a la primera relación sexual	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<i>Si</i>		
<i>No</i>		
Total*		100

*El Total corresponde sólo al número de estudiantes que no utilizaron algún tipo de método anticonceptivo al inicio de la actividad sexual

Tabla N° 15: Relación entre edad y uso de MAC al inicio de la actividad sexual en las estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Casa Central año 2016.

<i>Edad de iniciación sexual/ Uso de MAC</i>	Uso de MAC	No uso de MAC	Total
<i>10-14</i>			
<i>15-19</i>			
<i>20-24</i>			
<i>25 o más</i>			
Total			

Tabla N° 16: Relación entre uso de MAC al inicio de la actividad sexual y nivel socioeconómico (NSE) de las estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Casa Central año 2016.

<i>NSE/ Uso de MAC</i>	Uso de MAC	No uso de MAC	Total
<i>NSE bajo</i>			
<i>NSE medio bajo</i>			
<i>NSE medio</i>			
<i>NSE medio alto</i>			
Total			

Tabla N° 17: Relación entre uso de MAC al inicio de la actividad sexual y religión de las estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Casa Central año 2016.

Religión / Uso de MAC	Uso de MAC	No uso de MAC	Total
Cristiana Católica			
Cristiana Evangélica			
<i>Movimiento de los Santos de los últimos días (Mormón)</i>			
Otra			
No creyente			
Total			

Tabla N° 18: Relación entre tipo de relación de pareja y uso de MAC al inicio de la actividad sexual en las estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Casa Central año 2016.

Tipo de Relación de pareja / Uso de MAC	Uso de MAC	No uso de MAC	Total
<i>Pololo</i>			
<i>Andante</i>			
<i>Amigo</i>			
<i>Esposo</i>			
<i>Conviviente</i>			
<i>Trabajador Sexual</i>			
<i>Recién conocido</i>			
Total			

Tabla N° 19: Relación entre uso de MAC al inicio de la actividad sexual y funcionalidad familiar (Según APGAR familiar) de las estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Casa Central año 2016.

APGAR familiar / Uso de MAC	Uso de MAC	No uso de MAC	Total
<i>Disfunción familiar severa</i>			
<i>Funcionalidad familiar moderada</i>			
<i>Alta funcionalidad familiar</i>			
Total			

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- Respuesta incompleta del instrumento.
- Rechazo a la participación del estudio.
- Respuestas al instrumento de recolección de datos desde “el deber ser”.
- Sesgo de memoria.
- Los resultados no son extrapolables dado que la muestra es pequeña y no es representativa de la población.

CAPÍTULO III

MARCO CONCEPTUAL

3.1 PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y ANTICONCEPCIÓN

La planificación familiar según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es una herramienta que permite a las personas determinar el número de hijos que desean tener y el intervalo entre las gestaciones, esto se logra mediante el uso de métodos anticonceptivos (MAC) y el tratamiento de la esterilidad.

“En el año 1965, el Servicio Nacional de Salud (SNS) chileno comenzó acciones sanitarias destinadas a implementar programas de planificación familiar, asumiendo la responsabilidad de poner a disposición de la población femenina del país métodos anticonceptivos. Esta decisión institucional se considera hito fundacional que inició formalmente una política nacional de planificación familiar de carácter público con respaldo gubernamental”. [10]

“El programa de planificación familiar permitió a las mujeres acceder en medio de su vida reproductiva y con fertilidad probada, al ejercicio del derecho de decidir libremente el número de hijos que deseaban procrear en su futuro inmediato. No obstante, por ser un derecho inédito, su ejercicio fue instalándose progresivamente desde una construcción cultural de maternidad que no poseía dominio sobre los eventos reproductivos, hacia una nueva concepción que reconocía incipientemente mayores grados de decisión en la propia vida reproductiva”. [11]

Sobre dicha base se formuló en 1967 la Política de Población y de Salud Pública que plantea tres desafíos:

- i) Reducir la tasa de mortalidad materna por aborto provocado que alcanzaba a 279 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos, representando el 40% de las muertes maternas.
- ii) Reducir la tasa de mortalidad infantil que alcanzaba 120 por mil nacidos vivos, vinculada con el bajo nivel de vida de la población con alta fecundidad.

- iii) Promover el bienestar familiar, favoreciendo el ejercicio del derecho a una paternidad responsable. [12]

Los principales métodos distribuidos en el país fueron la píldora anticonceptiva y el dispositivo intrauterino (DIU). Hasta el año 1990 fue la Asociación Chilena de Protección a la Familia (APROFA) quien actuó como intermediario en la donación de insumos anticonceptivos provenientes de la Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos (USAID).

Con la incorporación de los MAC a nuestro país, las mujeres, en su mayoría, podrían obtener liberación en cuanto a su vida sexual, ya que esta se encontraba sujeta a la maternidad; podían optar a una vida sexual y reproductiva plena, proporcionando un gran paso a la búsqueda de la igualdad de la mujer con respecto al hombre, dándole mayor libertad en lo concerniente a la sexualidad y la gestación.

En Octubre de 1990, con el retorno a la convivencia democrática, el Gobierno de Chile reconoció el beneficio que aportan las actividades de planificación familiar a la población, creando explícitamente un respaldo político para esta actividad, cuyos objetivos continuaban siendo promover la salud de la mujer y los niños, y reducir la mortalidad materna e infantil asociada a la alta fecundidad.

En Septiembre de 1995 la USAID, puso término a la donación de insumos anticonceptivos por considerar que Chile ya no era un país prioritario para recibir esta ayuda dada su estabilidad política y económica y su satisfactoria situación de salud materno-infantil. Desde entonces, la compra de anticonceptivos se realiza con fondos públicos, a través de la Central de Abastecimiento (CENABAST), organismo autónomo del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) y en función de las necesidades de estos insumos estimadas por cada uno de los 29 Servicios de Salud del país.

En 1997, la Salud Sexual y Reproductiva fue definida como una de las 16 prioridades de salud para el país y en el Programa de Salud de la Mujer, continuador del anterior

Programa de Salud Materno y Perinatal, dicha actividad pasó a llamarse Control de Regulación de Fecundidad.

Considerando los progresos en materia de evidencia científica sobre los MAC y la evolución del marco conceptual en que se insertan las actividades de Regulación de la Fertilidad, en el año 2006 se promulgaron las Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad MINSAL. [13]

Actualmente, el MINSAL ha asumido, para la definición de sus políticas de regulación de la fertilidad, el concepto de Salud Sexual y Reproductiva. Esto implica reconocer que para lograr un óptimo estado de salud, las personas y parejas deben tener la posibilidad de reproducirse con riesgos mínimos, pudiendo regular su fertilidad, es decir, decidir libremente si desean o no tener hijos, el número de hijos y el periodo de tiempo entre cada gestación, y de disfrutar de una sexualidad placentera y segura.

Las actividades de regulación de la fertilidad han tenido desde su inicio cobertura nacional para toda la población beneficiaria legal -establecida por la ley 18.469 sobre atenciones de salud- sin restricciones de acceso, y su provisión se ha realizado en los establecimientos dependientes del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). [14]

Los métodos anticonceptivos según el Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER), son los métodos o procedimientos que previenen una gestación en mujeres sexualmente activas, ya sean ellas o sus parejas quienes los usen. Pueden ser hormonales o no hormonales, transitorios o definitivos, basados en tecnología o conductas.

En los establecimientos de dependencia municipal (CESFAM, CECOSF y Postas de Salud Rural) las atenciones y los MAC son absolutamente gratuitos para todas las personas beneficiarias de FONASA inscritas en el establecimiento. En el caso de los establecimientos dependientes de los servicios de salud (hospitales) los anticonceptivos son gratuitos para las beneficiarias de FONASA A y B. Las pertenecientes a los tramos C y D deben cancelar un copago de acuerdo a este tramo.

En el sistema público se entregan los siguientes MAC:

- Anticonceptivo oral combinado (estrógeno y progesterona)
- Anticonceptivo oral progestágeno solo (levonorgestrel)
- Anticonceptivo inyectable combinado mensual
- Anticonceptivo inyectable de progestina sola (trimestral)
- Dispositivo intrauterino (T de Cobre)
- Implante subdérmico de etonogestrel
- Preservativo masculino de látex (condón)
- Anticoncepción de emergencia

En la práctica, el acceso de la población a los MAC está obstaculizado actualmente por diferentes factores de orden técnico y de gestión en los servicios que proveen la atención en planificación familiar [15]. Las actividades de regulación de la fertilidad están dirigidas en su mayoría a mujeres. El gobierno se compromete a la entrega gratuita de MAC a todas las mujeres en edad fértil (15 a 44 años), beneficiarias del sistema público de salud, lo que excluye a las y los adolescentes menores de 15 años.

Para que las prestaciones en el nivel primario de atención se entreguen a la población, ésta debe estar inscrita en un consultorio o centro de salud, lo que limita el acceso de la población que no está inscrita, particularmente los jóvenes quienes además enfrentan otras dificultades para acceder a dichos servicios tales como: falta de conocimiento sobre los servicios existentes, leyes y políticas restrictivas que impiden el acceso a los servicios; costos, servicios inconvenientes (lejanía y/o horarios inconvenientes); y en general por la vergüenza por acceder a los servicios (por miedo de revelar que se mantienen relaciones sexuales a temprana edad o por incomodidad de hablar sobre temas de sexualidad), la percepción de ser invulnerables (“a mí no me va a pasar”), el temor de ser reconocido/a en la sala de espera, de que los proveedores no mantengan la confidencialidad, particularmente la divulgación a sus padres y, el temor a que los proveedores les hagan preguntas difíciles, que los juzguen o maltraten por tener relaciones sexuales, o que les hagan procedimientos poco agradables. [16]

La mayoría de las atenciones de regulación de la fertilidad (99%), en el sistema público de salud, son realizadas por la profesional matrona, y corresponden al 35.7% del total de atenciones de nivel primario de salud realizadas por esta profesional. Las matronas que realizan actividades de planificación familiar se rigen por las normas y directrices técnicas que emite el MINSAL.

Las estadísticas de planificación familiar en nuestro país no cuentan con información completa debido a la ausencia de un sistema nacional de información, que incluya el servicio privado de salud, la venta de anticonceptivos a través de farmacias, encuestas de población y seguimiento de las usuarias. Según las estadísticas del MINSAL, el porcentaje de usuarias nuevas de MAC de la población beneficiaria en edad fértil en el sistema público de salud fue de apenas un 9.5% en el año 2000, cifra similar a la del año 1990 (9.0%). [17] Los datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud, muestran que un porcentaje importante de las mujeres obtienen el método anticonceptivo en la consulta privada y en farmacias (39.8%). [18] Esto explicaría que, pese a que un porcentaje relativamente reducido de mujeres realiza sus controles de planificación familiar en los servicios públicos, las tasas de fecundidad y natalidad son bajas. También según la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud, la prevalencia de uso de MAC es menor en las personas con menor nivel educacional y aumenta en la población con más años de educación. [19]

INICIO DE ACTIVIDAD SEXUAL

Un hecho trascendental en la vida de un individuo lo constituye la primera relación sexual, el uso del cuerpo para relacionarse con otros individuos a través del placer es fundamental para su propio desarrollo emocional y para establecer relaciones con sus semejantes en condiciones igualitarias. [20]

La experiencia de entrada a la sexualidad activa es un hecho constitutivo de la sexualidad de los sujetos jóvenes; ellos inician un proceso de aprendizaje de diversas prácticas en relación a sí mismos y los otros, que marca y define sus trayectorias individuales. La

identidad sexual, el número de parejas sexuales o el uso de métodos de prevención son parte de un conjunto de conductas, relaciones y significaciones que definen las trayectorias de las personas jóvenes, quienes le otorgan a la sexualidad un lugar central en la constitución de sus propias identidades.

Este proceso social en donde el individuo se posiciona como actor principal de su propia existencia, ha guiado al desarrollo de la tecnología reproductiva. Este tipo de tecnología, destinada a mejorar la Salud Sexual y Reproductiva de las personas, en especial de las mujeres, ha logrado producir una ruptura entre la sexualidad y la reproducción.

En Chile, hasta antes de los noventa, la edad promedio de iniciación sexual fluctuaba entre los 17 y 20 años [21], pero desde el año 1994 en adelante ha ido presentando una leve disminución, especialmente en las mujeres, quienes en 1998 mostraban una edad promedio de inicio de relaciones sexuales de 18.9 años. [22]

Según la III Encuesta Nacional de la Juventud entre el año 1998 al 2000 aumentó en todos los tramos etáreos el número de jóvenes que ya han tenido relaciones sexuales y además el inicio de actividad sexual tiende a producirse cada vez en edades más tempranas. Durante el año 2000 el promedio de edad para la primera relación sexual era de 16.2 años en jóvenes varones y un 17.8 años en caso de las mujeres, mientras que en el año 2008, según la V Encuesta Nacional de la Juventud, se mantienen edades similares (16 años hombres y 18 años mujeres).

Posteriormente, en la VI Encuesta realizada por el Instituto Nacional de la Juventud (INJUV) en el año 2010 declaró que el promedio de edad de iniciación sexual de los jóvenes entrevistados correspondió a la edad de 16,7 años. A partir de los datos se aprecian leves diferencias por sexo, ya que los hombres se inician más tempranamente (16.4 años) en relación a las mujeres (17.1 años). [10]

En la VII Encuesta Nacional de la INJUV (año 2012), el 71.3% de los jóvenes entre 15 y 29 años declara haber iniciado su vida sexual, sin reconocerse diferencias por sexo, grupo socioeconómico o localidad. Si se analiza por tramos de edad, se observa como

el porcentaje de personas iniciadas sexualmente es mayor a los grupos de mayor edad, siendo un 55.6% en el tramo 15 a 19 años, 86.0% en el tramo de 20 a 24 años, y de 83.3% en el tramo de 25 a 29 años. [9]

Factores asociados al inicio de la actividad sexual en adolescentes

Durante el año 2013, CEMERA realiza un estudio en donde se buscan los principales factores asociados al inicio de la actividad sexual en adolescentes, en donde la población fueron adolescentes consultantes en CEMERA de ambos sexos, entre 12 y 19 años que ya habían iniciado actividad sexual. Los principales factores asociados para el inicio de actividad sexual fueron: bajas aspiraciones académicas, repitencia escolar, conversar de sexualidad sólo con la pareja, no participación social, sin afiliación religiosa ni asistencia a servicios religiosos, entre otros. Los resultados se presentan en las Tablas 1 y 2. [23]

Tabla 1: Variables personales categóricas para iniciadoras/es y no iniciadoras/es

Variables y categorías	Hombres		Valor p=	Mujeres		Valor p=
	Iniciadores (359)	No iniciadores (34)		Iniciadoras (4.134)	No iniciadoras (805)	
Actividad:						
Estudiante	64,3	100	0,00	89,4	98,5	0,00
Trabajador ¹	35,7			10,6	1,5	
Tipo de enseñanza secundaria:						
Científica-humanística	46,7	72,7	0,00	45,5	47,0	0,45
Técnica, comercial, industrial	47,7	21,2		53,5	52,3	
Universitaria o superior	5,6	6,1		1,0	0,7	
Repitencia escolar:						
No	60,0	78,8	0,03	60,4	72,6	0,00
Sí	40,0	21,2		39,6	27,4	
Aspiraciones académicas:						
No aspiraciones académicas	8,5	29,4	0,00	13,5	9,9	0,00
Terminar enseñanza media	26,1	11,8		30,1	19,5	
Universitaria o superior	65,4	58,8		56,4	70,6	
Participación social:						
No	34,2	38,2	0,06	64,7	44,9	0,00
Sí	65,8	61,8		35,3	55,1	
Antecedente de abuso sexual:						
No	90,9	97,1	0,36	84,3	87,3	0,02
Sí	9,1	2,9		15,7	12,7	
Afiliación religiosa						
No	26,4	17,7	0,34	13,2	9,8	0,05
Sí	73,6	82,7		86,8	90,2	
Asistencia a servicios religiosos:						
Frecuentemente	16,8	46,7	0,15	22,4	30,2	0,00
Ocasional	21,6	13,3		19,3	24,9	
Nunca	61,5	40,0		58,3	44,9	
Conversa temas sexuales con ² :						
Padres	33,3	26,5	0,00	22,3	38,6	0,00
Familiares	17,6	11,8		12,7	13,7	
Pololo/polola	16,9	11,8		17,5	4,7	
Amigos	23,8	20,6		33,2	30,3	
Nadie	8,2	29,4		14,3	12,7	
Actividad del pololo o polola						
Estudiante	78,5	100	0,04	45,3	60,6	0,00
Trabajador	21,5			54,7	39,4	

No asisten más al colegio¹. Los mismos sujetos no fueron incluidos en otras categorías².

Fuente: González E., y col (2013). "Factores asociados al inicio sexual en adolescentes de ambos sexos de nivel socioeconómico medio-bajo de la Región Metropolitana". Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v78n1/art02.pdf>

Tabla 2: Variables familiares categóricas para iniciadoras/es y no iniciadoras/es

Variables y categorías	Hombres		Valor p=	Mujeres		Valor p=
	Iniciadores (359)	No iniciadores (34)		Iniciadoras (4.134)	No iniciadoras (805)	
Figuras de crianza:						
Ambos padres	72,6	82,4	0,22	66,8	71,8	0,00
No ambos padres	27,4	17,6		33,2	24,2	
Relación padre-hijo:						
Buena	60,1	55,9	0,06	44,6	55,0	0,00
Regular	29,5	41,2		38,6	36,2	
Mala	10,4	2,9		16,8	8,8	
Vive actualmente con:						
Ambos padres	72,6	82,4	0,14	66,8	71,8	0,00
No ambos padres	27,3	17,6		24,2	33,2	
Comunicación familiar:						
Buena	52,1	67,7	0,42	41,2	53,9	0,00
Regular	31,5	23,5		37,0	32,3	
Mala	16,4	8,8		21,8	13,8	
Responsable de la supervisión:						
Ambos padres	31,9	35,3	0,05	37,7	39,2	0,04
Padre	12,5	17,7		11,4	9,9	
Madre	37,5	47,0		42,0	43,6	
Otro	18,1	0,00		8,9	7,2	
Tipo de permisos durante la semana:						
Muy restringido	27,3	52,9	0,01	61,8	63,8	0,07
Restringido	46,7	41,2		35,2	34,4	
Sin restricción	26,0	5,9		3,0	1,8	

Variables y categorías	Hombres		Valor p=	Mujeres		Valor p=
	Iniciadores (359)	No iniciadores (34)		Iniciadoras (4.134)	No iniciadoras (805)	
Tipo de permisos durante fines de semana:						
Muy restringido	5,6	29,4	0,00	10,8	19,6	0,00
Restringido	14,3	32,4		28,5	33,3	
Sin restricción	80,1	38,2		60,7	47,1	
Antecedente de paternidad adolescente en el padre:						
Sí	16,9	2,9	0,03	16,5	12,3	0,00
No	83,1	97,1		83,5	87,7	
Antecedente de maternidad adolescente en la madre:						
Sí	37,9	32,3	0,37	41,9	35,5	0,00
No	62,1	67,7		58,1	64,5	

Fuente: González E., y col (2013). "Factores asociados al inicio sexual en adolescentes de ambos sexos de nivel socioeconómico medio-bajo de la Región Metropolitana". Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v78n1/art02.pdf>

El inicio sexual en ambos sexos fue asociado a la mayor edad, la mayor educación y el mayor número de relaciones románticas. El inicio sexual en mujeres fue asociado a tener pololo mayor y menor promedio de notas. El mayor número de hijos se asoció al inicio sexual en ambos sexos. El menor nivel de escolaridad parental y el pobre funcionamiento familiar (asociado a APGAR familiar) se asoció al inicio sexual sólo en las mujeres.

Por otra parte, el buen desempeño escolar y la religiosidad, independiente de la religión que profesaban los adolescentes, se asoció a menor riesgo de inicio precoz de debut sexual. Además de la buena comunicación con los padres, la crianza por ambos padres y la mayor escolaridad parental. [23]

TIPOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

“Los métodos disponibles para la anticoncepción difieren entre sí en su composición, eficacia anticonceptiva, forma de administración o uso, mecanismo de acción y efectos secundarios. Algunos actúan interviniendo en los procesos endocrinos que regulan la ovulación, otros interfieren con la fecundación, ya sea en forma mecánica o por cambios en la composición de las secreciones del tracto genital. Algunos dependen de sustancias exógenas y otros, de la conducta de la pareja, como los métodos de abstinencia periódica. Algunos están bajo el control directo de las personas que los usan y otros dependen del personal de los servicios, como los dispositivos intrauterinos, los implantes anticonceptivos y la esterilización quirúrgica. Algunos son de uso continuo, otros se usan solamente antes de un acto sexual como el condón y el diafragma, o después de una relación sexual no protegida. Estas características de los métodos anticonceptivos son neutras desde el punto de vista ético, por lo que las personas y parejas pueden elegir el método que es más adecuado para ellas” (MINSAL 2014).

Actualmente existe una amplia gama de MAC y la mayoría de ellos se basan en el funcionamiento del ciclo menstrual:

1 Métodos Hormonales [24] [25] [26] [27][28]

1.1 Métodos Hormonales Combinados

Son métodos que contienen bajas dosis de dos tipos de hormonas denominadas progestágeno o progestina y estrógeno de origen sintético.

Su mecanismo de acción principal es inhibir la ovulación durante la continuidad del uso del método. La dosis de hormonas aportadas continuamente por el método genera la interrupción del sistema de retroalimentación neuroendocrina que controla las relaciones del eje hipotálamo-hipófisis-ovario [29], manteniendo las hormonas en sus niveles basales.

El estrógeno, al bloquear la producción de gonadotrofinas (GnRh) secretados por el hipotálamo, inhibe la liberación de la Hormona Folículo Estimulante (FSH) y la Hormona Luteinizante (LH), e impide el peak pre-ovulatorio de gonadotropinas, por ende no hay desarrollo folicular y se inhibe la ovulación.

Por su parte, la progestina inhibe el peak de LH retrasando el reclutamiento, maduración y por ende la liberación del ovocito a la cavidad uterina, además modifica el moco cervical manteniéndolo escaso, viscoso y poco filante; y en conjunto con las bajas dosis de estrógeno, alteran la capa endometrial, por lo que se suprime la proliferación de éste, desarrollándose de forma parcial e incompleta las glándulas endometriales y las arterias espiraladas.

Se pueden encontrar en diferentes formatos:

Anticonceptivo Combinado Oral (ACO)

Por lo general están disponibles en envases de 21 píldoras que se toman en días consecutivos con un descanso de 7 días, y otros tienen 28 píldoras, de las cuales 21 píldoras contienen hormonas y 7 píldoras contienen placebo. También existen otras modalidades, que contienen dosis más bajas de esteroides, en que la ventana de descanso es más corta para evitar que se produzca crecimiento folicular en estos días.

Su eficacia anticonceptiva con el uso correcto es de 0.1 por 100 mujeres en los primeros doce meses de uso.

Inyección Combinada Mensual (ACI)

Disponibles para ser administrados por vía intramuscular una cada cuatro semanas. Su eficacia anticonceptiva con el uso correcto es de 0.1 por 100 mujeres en los primeros doce meses de uso.

Parche Transdérmico Combinado

Es un sistema anticonceptivo transdérmico que libera diariamente dosis bajas de un estrógeno y un progestágeno (20 mcg de etinilestradiol y 150 mcg de norelgestromina). Se utiliza un parche semanal por tres semanas, seguidas de un periodo de descanso de una semana sin parche. Su eficacia anticonceptiva con el uso correcto es de 0.5 por 100 mujeres en los primeros doce meses de uso.

Anillo vaginal

Anillo flexible que libera un estrógeno y una progestina. Está diseñado para un solo ciclo de uso continuo por tres semanas, seguido de un periodo de una semana sin anillo. Su eficacia anticonceptiva con el uso correcto es de 0.5 por 100 mujeres en los primeros doce meses de uso.

1.2 Métodos Hormonales de Progestágeno Solo

Contienen bajas dosis de progestágeno que controlan los niveles plasmáticos normales de la progesterona, manteniendo sus niveles basales constantes, evitando de ésta manera las fluctuaciones hormonales que se producen durante el ciclo menstrual. El progestágeno evita el peak de la hormona luteinizante, inhibiendo la maduración de los folículos y la posterior ruptura folicular, por ende no se produce la ovulación durante el uso de éste MAC.

El progestágeno además regula la producción de moco cervical, disminuyendo el ácido siálico, haciendo que tenga una consistencia más espesa, y dificulte el paso de los espermatozoides; además genera un bloqueo en el engrosamiento de la capa funcional del endometrio.

El progestágeno deprime la excitabilidad de las fibras musculares, es decir, disminuye la fuerza muscular de los oviductos, disminuyendo sus contracciones y la movilidad de éstos. Cabe destacar que estos métodos son indicados principalmente para mujeres que tengan contraindicado el uso de estrógeno.

Se pueden encontrar en diferentes formatos:

Anticonceptivo Oral de Progestágeno

Píldoras que contienen dosis muy bajas de progestina. Su presentación es de un envase con 28 o 35 píldoras. La administración es sin descanso entre un envase de píldora y otro. Su eficacia anticonceptiva con el uso correcto es de 0.5 por 100 mujeres en los primeros doce meses de uso.

Inyección trimestral de acción prolongada

Preparado de progestágeno sintético, administrado mediante inyección en el músculo, donde la hormona se libera lentamente en el flujo sanguíneo. Esta inyección es administrada cada 3 meses. Su eficacia anticonceptiva con el uso correcto es de 0.3 por 100 mujeres en los primeros doce meses de uso.

Implante subdérmico de acción prolongada

Consisten en cilindros o cápsulas pequeñas y flexibles que se colocan bajo la piel en el brazo no dominante donde este dispositivo libera diariamente pequeñas cantidades de la hormona. Este método debe ser insertado y extraído por personal de salud capacitado. Tiene una durabilidad de 3 a 5 años y su eficacia anticonceptiva es de 0.05 por 100 mujeres en los primeros doce meses de uso.

Anillo vaginal de progesterona

Anillo flexible, transparente y de buena resistencia mecánica de 58 mm de diámetro que se introduce en la vagina. La hormona es absorbida a través de la pared vaginal, logrando concentraciones plasmáticas para lograr su eficacia anticonceptiva con el uso correcto es de 0 a 1.5 por 100 años mujer.

1.3 Píldora Anticonceptiva de Emergencia (PAE)

También conocida como “píldora del día después”, su mecanismo de acción principal es el retraso en la ovulación, interfiriendo en este proceso. Se pueden encontrar en dos formatos, uno como pastilla única o dos pastillas (Levonorgestrel 750 mcg o 1500 mcg), y otro conocido también como método Yuzpe se utilizan cuatro píldoras anticonceptivas combinadas, con baja dosis de estrógeno, tomándose dos dosis separadas por doce horas.

La PAE debe tomarse antes del alza pre-ovulatoria de la hormona luteinizante (LH), el Levonorgestrel puede inhibir dicha alza, teniendo un periodo pre-ovulatorio más prolongado, impidiendo el desarrollo, la maduración y la ruptura folicular y finalmente liberación del ovocito y producción de fase lútea. Estudios realizados en mujeres muestran que el Levonorgestrel, utilizado como PAE no genera cambios en el endometrio que sean suficientes para interferir en la implantación ni evitan la implantación de un huevo fecundado. [30]

La evidencia no es clara en cuanto al efecto sobre la migración de los espermatozoides, aunque no se ha descartado que puedan impedir la fecundación. Éstas no son eficaces si la mujer ya está embarazada, ni aumentan las tasas de aborto espontáneo en caso de tomarla posterior a la implantación. Debe tomarse idealmente antes de las 72 horas (tres días) post coito, con un período máximo de 120 horas (cinco días) post coito. El uso de las PAE es el último recurso para prevenir un embarazo no deseado.

Su eficacia dependerá del tipo de formato que se utilice y de los días post coito que se administre el método.

Uso de Levonorgestrel	Uso de Yuzpe
Día 1 a 3: 69 - 91%	Día 1 a 3: 72.8%
Día 4: 83% Día 5: 31%	Día 4 a 5: 77.2%

Tabla extraída de Normas de regulación de Fertilidad 2014 (En revisión)

2 Métodos No Hormonales

2.1 Dispositivo Intrauterino (DIU)

Método anticonceptivo reversible que está conformado por un pequeño armazón de plástico flexible que puede contener Cobre o Levonorgestrel. Se pueden encontrar en los siguientes formatos: [31]

2.1.1 DIU con cobre: Su barra longitudinal mide 36 mm y la rama horizontal mide 32 mm de largo y contiene filamentos de cobre en la rama vertical y manguitos de cobre en la rama transversal. Su efecto anticonceptivo se basa en la reacción inflamatoria local que se produce en el útero, por otra parte los iones de cobre (que se encuentran aumentados en la cavidad uterina y en todo el tracto genital de la mujer) son tóxicas tanto para espermatozoides como para ovocitos, afectando la viabilidad de dichos gametos. Éste método está diseñado para tener eficacia anticonceptiva durante diez años. Su eficacia anticonceptiva es de 0.6 por 100 mujeres en los primeros doce meses de uso.

2.1.2 DIU liberador de levonorgestrel: Este dispositivo libera progresivamente Levonorgestrel durante cinco años. Su mecanismo de acción es similar a los anticonceptivos de progestágeno solo, en donde se inhibe la ovulación en alrededor del 55% de las usuarias [32], se produce un engrosamiento del moco cervical con bloqueo del paso de los espermatozoides, además produce una reacción inflamatoria endometrial, este ambiente inflamatorio a nivel uterino produce cambios en el fluido de los oviductos, afectando las etapas de migración que ocurren a nivel de estos (blastómeros, mórula y blastocito) enlenteciendo la motilidad [33]. Su eficacia anticonceptiva es de 0.2 por 100 mujeres en los primeros doce meses de uso.

3 Métodos de Barrera

3.1 Masculinos

Los preservativos (PSV) masculinos (condones) son fundas de látex o poliuretano que se adaptan a la forma del pene erecto.

Su mecanismo de acción principal es impedir el paso de los espermatozoides de la eyaculación al tracto genital femenino a través de la barrera física, además es el único método anticonceptivo que ha demostrado un efecto protector contra el contagio de ITS.

Su eficacia anticonceptiva con el uso correcto es de 2 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.

3.2 Femeninos

Preservativo femenino de poliuretano

Consisten en una funda de poliuretano resistente, delgado, transparente, lubricado con dimeticona. Mide 17 cm de longitud y 7.8 cm de diámetro; y tiene un anillo flexible en cada uno de sus extremos. El anillo en el extremo cerrado o interno es flexible y móvil, y se usa para insertar el condón en la vagina manteniéndolo dentro de ella. El anillo que está en el extremo abierto es fijo y flexible, y queda fuera de la vagina cubriendo parte de los genitales externos.

Su mecanismo de acción es impedir el paso de los espermatozoides al útero.

Su eficacia anticonceptiva con el uso correcto es de 5 embarazos por cada 100 mujeres en los primeros doce meses.

Diafragma

Capuchón de látex rodeado de un borde flexible en forma de anillo, su funcionalidad es cubrir el cuello uterino durante el coito impidiendo el paso de los espermatozoides al útero. Se inserta en el fondo de la vagina, de manera de que la cúpula cubra el cuello del

útero y el borde se apoye en el fondo de saco posterior y detrás del hueso púbico. Su eficacia anticonceptiva es de 6 por 100 mujeres en los primeros doce meses de uso si se asocia con el uso de espermicida.

Espermicidas

Son sustancias que se introducen en el fondo de la vagina, cercano al cuello uterino, previo a una relación sexual.

Existen diferentes presentación de espermicidas entre ellos están los supositorios, tabletas espumantes, películas, espumas, jaleas o cremas. Contienen dos componentes: un químico que destruye o inactiva los espermatozoides y una base o excipiente que sirve para dispersar el químico en la vagina, cérvix y endocervix, de manera de formar una barrera física y química entre el semen y el cérvix. Los ingredientes activos de los espermicidas disponibles en el mercado son el: nonoxinol-9 (N-9), octoxinol-9, cloruro de benzalkonio y menfegol. El ingrediente activo más usado en los productos que se comercializan actualmente es el nonoxinol-9 el cual es un potente surfactante que produce destrucción de la membrana celular de los espermatozoides.

Su eficacia anticonceptiva es de 18 embarazos por cada 100 mujeres durante el primer año de uso correcto.

4 Método de Amenorrea de la Lactancia (MELA)

Es un método temporal basado en el efecto de la lactancia materna exclusiva sobre la fertilidad, en donde la succión del pezón de la mujer por el lactante mantiene elevados los niveles de prolactina la cual inhibe la secreción de la LH (que es la encargada de producir la ovulación), por lo tanto, la función ovárica se encuentra inhibida, no hay secreción de progesterona, los niveles de estrógeno se mantienen bajos y hay un período de amenorrea e infertilidad de duración variable [34]. Este método puede utilizarse hasta los seis meses posparto, bajo la condición de lactancia materna exclusiva, que consta de siete o más mamadas durante el día o hasta el retorno de la menstruación. [30] Su índice

de fracaso es de 0.5%, es decir, de 200 mujeres que usan el MELA durante seis meses 1 de ellas puede embarazarse. [35]

5 Métodos de Abstinencia Periódica [36]

Son métodos basados en el reconocimiento de los signos y síntomas asociados a los períodos fisiológicos de fertilidad e infertilidad en el ciclo menstrual, y se asocia a la práctica de abstinencia durante el periodo fértil del ciclo.

Su eficacia anticonceptiva es de 1-9 por 100 mujeres en los primeros doce meses de uso.

Dentro de dichos métodos encontramos:

5.1 Métodos basados en síntomas

Método de la ovulación o del moco cervical o de Billings

Este método considera las características del moco cervical, permitiendo detectar el período fértil y el período infértil, que se van relacionando estrechamente con el ciclo menstrual y sus variaciones hormonales. Dichas características van a depender de los niveles de estradiol o progesterona, siendo el moco estrogénico aquel que es claro y filante, el cual favorece el transporte, almacenamiento y sobrevivencia de los espermios; mientras que el moco progestativo es opaco y espeso. La abstinencia debe mantenerse desde que se detecta moco cervical fértil hasta el cuarto día después de la cúspide del moco cervical, que es aquel día en que la mujer detecta los máximos signos estrogénicos en el moco y una alta sensación de lubricación y humedad. El día cuatro es el inicio de la fase infértil post ovulatoria. También debe mantenerse la abstinencia durante los días de sangrado, ya que éste puede esconder la presencia de moco fértil, y finalmente debe mantenerse la abstinencia el día después de una relación sexual, ya que el líquido seminal puede interferir en la evaluación del moco cervical.

Método de la Temperatura Basal

Consiste en determinar el período fértil mediante la toma de temperatura corporal basal, luego de haber dormido por lo menos 3 a 5 horas, no haber ingerido alcohol o estar en un estado de tensión emocional (ya que puede alterar la temperatura corporal), las cuales tendrán pequeñas variaciones debido a los cambios hormonales durante el ciclo ovárico. Posterior a la ovulación hay un alza térmica de 0.5 °C por sobre el promedio durante la fase folicular, dependiente de la secreción de progesterona, la cual debe ser observada durante tres días consecutivos. La abstinencia debe mantenerse desde el comienzo del ciclo hasta cuatro días post alza térmica.

Método Sintotérmico

Este método busca reconocer el período fértil mediante un conjunto de signos y síntomas que lo indicarán.

- Cálculo del primer día fértil restando 20 días a la duración del ciclo más corto de los últimos seis ciclos menstruales (como en la forma más estricta del método del calendario).
- Temperatura basal para determinar el comienzo de la fase post-ovulatoria (como en el método de la temperatura basal)
- Características del moco cervical (de manera semejante al método de la ovulación).
- Palpación del cuello uterino que cambia de consistencia y posición a lo largo del ciclo menstrual
- Además, considera los síntomas peri-ovulatorios que experimentan muchas mujeres como el dolor abdominal, la tensión mamaria, el sangrado intermenstrual, etc.

Según éste método se debe mantener abstinencia

- Desde que el primer indicador positivo, sea el moco cervical o el cálculo calendario, indique el primer día fértil.

- Hasta el cuarto día después del día peak del moco o del alza térmica, considerando el último indicador que cambie y confirme que la ovulación ha ocurrido.

5.2 Métodos basados en el calendario

Método del ritmo calendario o de Ogino-Knaus

Este método asume que la segunda fase del ciclo menstrual, la fase lútea, que es la que comienza luego de la ovulación dura entre 12 a 16 días, y la vida del ovocito es de 24 horas, la del espermatozoide es entre 2 a 5 días, además se basa en la premisa de que la duración de los ciclos previos permite predecir la duración de los ciclos futuros, por lo cual se consideran entre 6 y 12 ciclos previos.

Para el cálculo del primer y último día del período fértil, se usan las siguientes fórmulas:

Ciclo más corto - 18 (o -17, 19 o 20) = primer día fértil

Ciclo más largo - 11 (o -10, 12 o 13) = último día fértil.

Las variaciones en los días se explican por las diferentes estimaciones de los autores de la duración de las fases del ciclo y la sobrevivencia de los gametos. Este método tiene la más baja efectividad anticonceptiva porque las mujeres experimentan pequeñas variaciones durante el ciclo menstrual, lo que significa largos periodos de abstinencia o inexactitud del cálculo de días fértiles.

Método de los días estándar

Una mujer puede usar este método si luego del análisis de los ciclos menstruales previos, la mayoría de estos dura entre 26 y 32 días. Se considera el inicio del período fértil desde el 8° al 19° día del ciclo, en cuyo período la pareja debe abstenerse de practicar relaciones sexuales. Cabe destacar que si la mujer tiene dos ciclos más largos o más cortos durante un año, este método disminuye considerablemente su efectividad.

6 Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria

6.1 Esterilización Quirúrgica Masculina

Este procedimiento se denomina también Vasectomía, se basa en la sección y obstrucción de los conductos deferentes constituyentes a la anatomía masculina, impidiendo la salida de los espermatozoides de los testículos. Su eficacia anticonceptiva es de 0.1 embarazos por 100 mujeres en los primeros doce meses de uso.

6.2 Esterilización Quirúrgica Femenina

Este procedimiento se denomina también salpingoligadura. Corresponde a la oclusión bilateral de los oviductos ya sea por mini laparotomía o laparoscopia para bloquear o seccionar los oviductos, impidiendo el encuentro entre el ovocito y el espermatozoide. Su eficacia anticonceptiva es de 0.5 por 100 mujeres en los primeros doce meses de uso.

7 Métodos Tradicionales

Coitus Interruptus o Marcha atrás

Método utilizado desde la antigüedad para evitar embarazos, desde los años antes de Cristo este método ha sido utilizado. Consiste en eyacular fuera de la vagina. [37] Su eficacia anticonceptiva es de 4 por 100 mujeres en los primeros doce meses de uso.

USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL

La sexualidad es una de las dimensiones constitutivas del ser humano y esta adquiere mayor relevancia en la juventud, por lo que se hace necesario como medida la implementación de MAC permitiendo planificar la reproducción y postergar el embarazo para cuando el individuo lo decida.

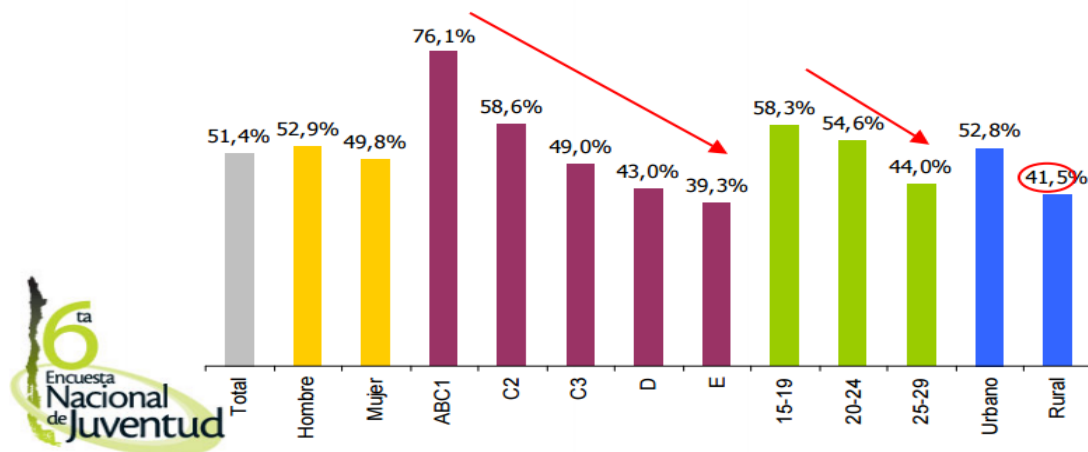
En aquellos países como Estados Unidos (que inició la planificación familiar en el año 1945), las cifras de la población juvenil que utiliza algún método preventivo en el primer encuentro sexual, según el estudio retrospectivo publicado en Julio del 2015 por el *U.S. Department of Health and Human Services (HHS)* demuestra que entre los años 2011-2013, el 79% de las mujeres adolescentes de EE.UU y el 84% de los adolescentes varones utilizaron un método anticonceptivo en su iniciación sexual. El 93% de las mujeres adolescentes que tuvieron su primera relación sexual a los 18 o 19 años de edad utilizaron un MAC en comparación con aquellas que eran menores de 17 años, cuya cifra alcanzó un 77%. En cambio, el 99% de los adolescentes varones que tuvieron su primera relación sexual a edades de 18 o 19 años utilizaron un MAC, pero solo un 82% de los adolescentes varones menores de 17 años usaron un método preventivo en su iniciación sexual.

A nivel Nacional el 44,7% de la juventud declaró haber utilizado algún tipo de MAC en su primera relación sexual y un 52,5% señaló no usar algún tipo de MAC según el resultado de la V Encuesta Nacional de la Juventud en Chile del año 2008.

En la Sexta encuesta nacional de la juventud (INJUV, 2010) [7] se evidencia que un 51.4% de los jóvenes utilizó algún MAC al iniciar su vida sexual, siendo los hombres quienes tienen un porcentaje levemente mayor de uso (52.9%) en relación a las mujeres (49.8%).

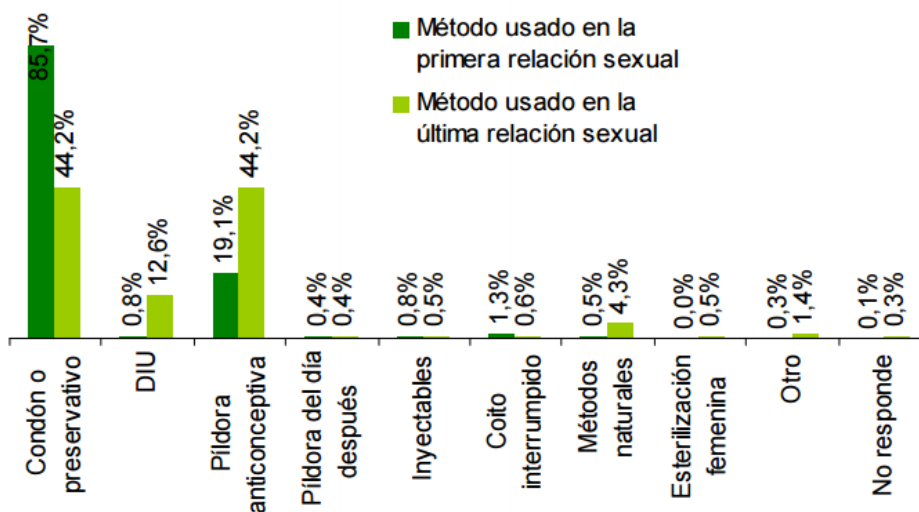
Se observa una tendencia en donde los grupos socioeconómicos más altos tienen mayor uso de MAC, teniendo en el grupo ABC1 un porcentaje de uso de 76.1%, mientras que en el segmento E, la cifra sólo llega a un 39.3% (Gráfico 1).

Gráfico 1: “Uso de método anticonceptivo en la primera relación sexual”. (Sexta Encuesta Nacional de la Juventud).



Respecto al tipo de método utilizado durante la primera relación sexual, se evidencia que el método más usado es el Preservativo con un 85.7%, seguido muy por debajo, por la píldora anticonceptiva con un 19.1%. (Gráfico 2) Los jóvenes manifestaron que su preferencia era el uso del Preservativo para evitar un embarazo (90.6%), y prevenir el contagio de VIH/SIDA (39.4%)

Gráfico 2: “Tipo de métodos anticonceptivos usados en las relaciones sexuales”. (Sexta Encuesta Nacional de la Juventud).



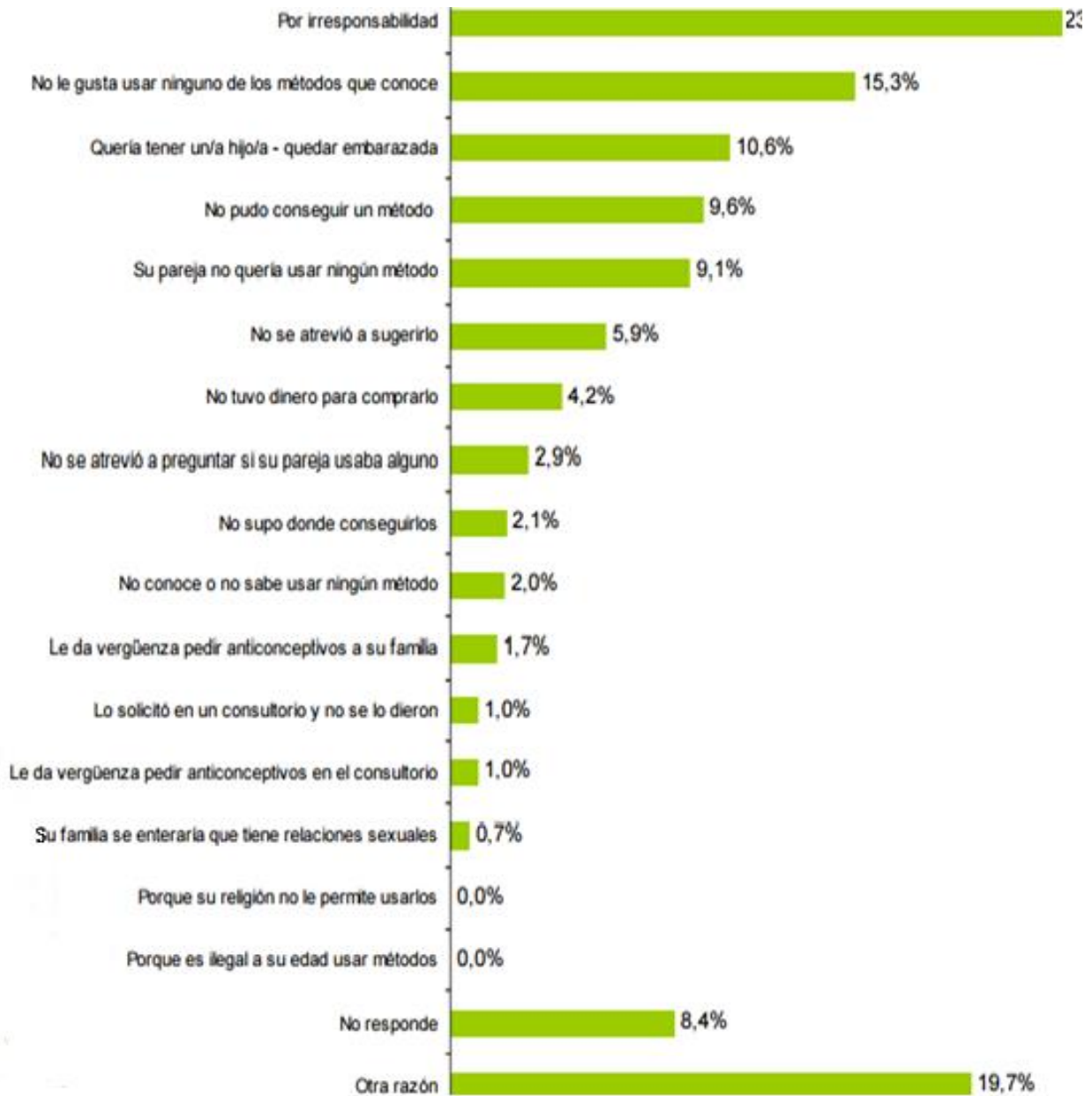
La procedencia del MAC utilizado tiene tres orígenes: Farmacias (70%), Consultorios (11.4%) o por parte de la pareja (10%) [10] (Gráfico 3).

Gráfico 3: “¿Dónde conseguiste el método de prevención?”. (Sexta Encuesta Nacional de la Juventud).

	Total	NSE					Edad		
		ABC1	C2	C3	D	E	15-19	20-24	25-29
Farmacia	70,0%	77,3%	71,9%	69,3%	64,8%	69,7%	63,7%	70,6%	74,1%
Consultorio	11,4%	2,5%	6,9%	14,2%	18,1%	16,5%	13,6%	10,8%	10,4%
Hospital o clínica	2,6%	1,2%	2,5%	2,5%	3,4%	1,9%	2,3%	3,5%	1,6%
Colegio, liceo o escuela	0,2%	0,0%	0,3%	0,1%	0,2%	0,0%	0,6%	0,1%	0,0%
Amigo/a	4,3%	2,9%	4,7%	3,2%	4,7%	6,9%	7,6%	3,3%	3,1%
Familia	2,1%	3,2%	2,5%	2,2%	1,6%	0,4%	3,5%	1,6%	1,8%
Conocido/a	0,5%	0,6%	0,9%	0,3%	0,4%	0,0%	0,7%	0,4%	0,6%
La pareja proporcionó el método	10,0%	11,6%	11,0%	10,2%	7,9%	10,1%	10,8%	10,4%	9,0%
Otro	1,4%	0,7%	2,0%	1,0%	1,0%	0,9%	0,8%	1,3%	1,9%
No responde	1,4%	0,6%	1,8%	1,3%	1,4%	0,8%	1,3%	1,5%	1,4%
Total	103,9%	100,7%	104,5%	104,3%	103,2%	107,2%	104,9%	103,4%	103,8%

En la actualidad, el 88% de la población juvenil iniciada sexualmente declara haber utilizado algún MAC en su última relación sexual, principalmente Preservativo y/o píldoras anticonceptivas, mientras que los que no utilizaron MAC refirieron principalmente: “no me gusta usar ninguno de los métodos que conozco” (29.2%), “tengo pareja estable” (27.6%), “quería tener un hijo/a” (21.5%), “mi pareja no quería usar ningún método” (14.9%), entre otros. [9] (Gráfico 4)

Grafico 4: “Razones para el no uso de un método de prevención”. (Sexta Encuesta Nacional de la Juventud).



3.5 EDUCACIÓN SEXUAL EN CHILE

La adolescencia constituye a un período de especial vulnerabilidad para desarrollar conductas de riesgos que abarca diferentes ámbitos de la vida, en el ámbito de la Sexualidad este grupo etario manifiesta principales conductas de riesgos tales como gestaciones no deseadas ni planificadas, ITS y el inicio de relaciones sexuales de manera precoz sin protección. Por lo tanto se requiere de una mayor promoción, prevención y un acceso que garantice la oportunidad de las/los jóvenes a programas de educación sexual en nivel primario, secundario y superior conjuntamente las prestaciones de servicios en los distintos niveles de atención del sistema de salud que incorpora una atención integral con el profesional capacitado, todo esto implica transversalizar las prácticas en salud. [38]

Desde el punto de vista socio-cultural, cada vez los medios de comunicación y pares entregan información que contradice la definición de sexualidad donde finalmente es un producto que se vende asociado al éxito y mayor triunfo en la vida. Si a esto le sumamos una escasa o nula educación sexual que los jóvenes poseen, se condiciona una actividad sexual no protegida a edades más tempranas. Otros determinantes de riesgo importantes son el hacinamiento, la pobreza, disfuncionalidad familiar, carencias afectivas, baja autoestima, deserción escolar, consumo de alcohol y drogas.

A pesar que está probado que el temprano acceso a la información en sexualidad es la mejor estrategia, no solo de impedir las ITS, embarazos no planeados, abortos inseguros, violencia sexual, entre otros, en nuestro país la educación en sexualidad en los colegios ha sido hasta ahora un proceso inadecuado, fragmentado, mínimo y tardío. [39]

En 1993 se formula una Política de Educación Sexual en Chile pero no fue explícitamente obligatoria dentro del ordenamiento jurídico chileno. La implementación de los programas quedó a merced de la libertad de enseñanza de cada escuela.

Entre los años 1990 y 1996 se implementaron las Jornadas de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad (JOCAS). Apoyada técnica y financieramente por la Fondo de

Población de la Naciones Unidas (UNFPA) que tuvo un gran impacto a nivel cultural, social y mediático. A pesar de las dificultades y resistencia por los sectores más conservadores, las JOCAS se mantuvieron hasta el año 2000, con una cobertura que superó los 600 liceos en el país.

En el Centro de Medicina Reproductiva y desarrollo integral del Adolescente (CEMERA) durante los años 1994 - 1995 se desarrolló un proyecto de investigación basado en la implementación de un programa de educación sexual que cumple con los requisitos de integralidad y evaluación de impacto. Esta experiencia consistió en un estudio de cohorte de casos y controles en 4.448 adolescentes escolarizados de 8º básico a 3º medio de la Región Metropolitana. La estrategia utilizada en la aplicación del programa fue a través de capacitación de los/las profesores como un modelo replicador. Los/las jóvenes que recibieron educación sexual aumentaron significativamente sus conocimientos en sexualidad, reproducción, anticoncepción, ITS/VIH, observándose un retraso en la edad de inicio de la actividad sexual y actividad sexual protegida en adolescentes que decidieron continuar con vida sexual. Además en este grupo se evidenció una disminución significativa de los embarazos. [40]

En 2005 el Ministerio de Educación creó una comisión especial para implementar el Plan de Educación en Sexualidad y Afectividad 2005-2010 el cual consideró el tema de Afectividad y Sexualidad dentro de los Objetivos Fundamentales Transversales a nivel del Marco Curricular Obligatorio. Estos objetivos ya habían sido insertos tanto en la Educación Básica en 1996, como en la Educación Media en 1998, y posteriormente en las Bases Curriculares para la Educación Parvularia en 2002. Sin embargo, el cumplimiento de estos objetivos no tuvo el impacto esperado ni la cobertura del plan anterior. [39]

Posteriormente, la ley 20.418, promulgada el 18 de enero de 2010, establece la necesidad que los establecimientos educacionales reconocidos por el Estado deben incluir programas de educación sexual para la enseñanza media, y de ésta manera fomentar el autocuidado en Salud Sexual y Reproductiva de los jóvenes.

CAPÍTULO IV

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[1] Dr. Guillermo Galán, 50 años de la píldora anticonceptiva. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. [Internet], Santiago 2010. [Citado el 22 de Nov. De 2015]. V.75, n°4 Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262010000400001

[2] Giselle Fétis N. Luis Bustos M. Fernando Lanas Z. Bernardita Baeza W. Factores asociados al uso de anticonceptivos en estudiantes de enseñanza media de la comuna de Temuco. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2008 [Internet] 2016 [citado 9 Jun 2016]; 73(6):362 – 369. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262008000600002

[3] INJUV [Internet]. Chile: Quinta Encuesta Nacional de la Juventud; 2006 [citado 9 Jun 2016]. Disponible en: <http://www.redatam.org/redchl/injuv/encjuv/encjuv2006/index.html>

[4] Ibacache C. Sanhueza C. Concha P. Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva vinculados con el embarazo adolescente, en estudiantes de 3° y 4° medio de los liceos de Río Negro [Tesis] Universidad Austral de Chile. Facultad de Medicina; 2010.

[5] INJUV [Internet]. Chile: Cuarta Encuesta Nacional de la Juventud; 2003 [citado 9 Jun 2016]. Disponible en: http://www.pasa.cl/wp-content/uploads/2011/08/Cuarta_Encuesta_Nacional_de_Juventud_2003._Resultados_Generales_INJUV.pdf

[6] Soledad Díaz/ Verónica Schiappacasse. ¿Qué y cuáles son los métodos anticonceptivos?. [INTERNET]. Santiago, Chile, ICMER (instituto chileno de medicina reproductiva), 2011 [Consultado 7 de enero del 2017], disponible en: http://www.icmer.org/documentos/anticoncepcion/Que_y_cuales_son_met_antic_02_05_2011.pdf

[7] Organización panamericana de la salud [INTERNET], año 2014 [Consultado el 7 de enero del 2017], disponible en: <http://www.paho.org/chi/>

[8] INJUV [Internet]. Chile: Sexta Encuesta Nacional de la Juventud; 2009 [citado 9 Jun 2016] Disponible en:

http://www.injuv.gob.cl/portal/wp-content/files_mf/sextaencuestanacionaldejuventud.pdf

[9] Avendaño O., Desarrollo histórico de la planificación de la familia en Chile y en el mundo. Ediciones APROFA. Santiago de Chile 1975; pp 33-71.

[10] 50 años de planificación familiar en Chile, 1965-2015. Experiencias de las primeras generaciones de mujeres urbanas usuarias del programa. Rev . chilena de gineco-obstetricia , junio 2015. Santiago, [Citado 24 octubre 2016], www.scielo.cl, disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262015000300002)

[11] Ministerio de Salud, Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad.[Internet] 2ª edición, MINSAL,Chile, 2014 [En revisión, citado 24 de octubre del 2016], disponible en: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/27%2005%202014%20%20NRF%20edici%C3%B3n%202014%20FINAL%202.pdf>

[12] Ministerio de Salud, Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad.[Internet] 2ª edición, MINSAL,Chile, 2014 [En revisión, citado 24 de octubre del 2016], disponible en: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/27%2005%202014%20%20NRF%20edici%C3%B3n%202014%20FINAL%202.pdf>

[13] Ministerio de Salud, Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad.[Internet] 2ª edición, MINSAL,Chile, 2014 [En revisión, citado 24 de octubre del 2016], disponible en: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/27%2005%202014%20%20NRF%20edici%C3%B3n%202014%20FINAL%202.pdf>

[14] MINSAL [Internet] Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria, Dirigido a equipos de salud [Citado, 22 de octubre, 2016]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>

[15] Ministerio de Salud, Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad.[Internet] 2ª edición, MINSAL,Chile, 2014 [En revisión, citado 24 de octubre del 2016], disponible en: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/27%2005%202014%20%20NRF%20edici%C3%B3n%202014%20FINAL%202.pdf>

[16] Michelle Sadler, Alexandra Obach, M. Ximena Luengo, M. Antonia Biggs. Estudio de barreras de acceso a los servicios de salud para la prevención del embarazo adolescente en Chile [INTERNET] MINSAL, 2009-2010 [Consultada 4 de enero 2017], disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/ace74d077631463de04001011e011b94.pdf>

[17] Encuesta de Calidad de Vida y Salud Chile 2000, Chile, 2002, MINSAL e INE. Disponible en: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/calidad_de_vida_y_salud/calidadvida/finalnacional.pdf

[18] ICMER [internet] (Chile: situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, Servicio nacional de la mujer [2003, citado 22 de Octubre, 2016]. Disponible en: http://www.icmer.org/documentos/salud_y_derechos_sex_y_rep/chile_situac_salud_y_der_sex_y_rep.pdf)

[19] Pap. poblac vol.11 no.45 Toluca jul./sep. 2005. Inicio de la vida sexual y reproductiva. The beginning of sexual and reproductive history of Mexican women. The most recent picture. Carlos Welti Chanes, Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v11n45/v11n45a7.pdf>

[20] Salud Sexual y Reproductiva en Chile 2007: Actualización de datos estadísticos/ FLACSO-Chile. Programa de Género y Equidad, Claudia Dides C., José Manuel Morán E., Cristina Benavente R., Soledad Pérez M. Santiago, Chile: FLACSO, 2008. Disponible en: <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/salud%20reproductivaysexual.pdf>

[21] Bozon (2003). A quel age les femmes et les hommes commencent-ils leur vie sexuelle? Comparaisons mondiales et évolutions récentes. Population & Societes, número 391, Junio. Disponible en: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/18835/pop_et_soc_francais_391.fr.pdf

[22] Médicas UIS [Internet] Miguel Ángel Alarcón Nivia, Los dispositivos intrauterinos: evolución a través de los tiempos, método de inserción, beneficios y riesgos, 2007; 20(2):121-29 [citado 24 de Octubre, 2016] Disponible en: <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/viewFile/1833/2211>

[23] Factores asociados al inicio sexual en adolescentes de ambos sexos de nivel socioeconómico medio-bajo de la región metropolitana. Rev . chilena de gineco-obstetricia , vol 78 N°1. Santiago, 2013 [Citado 22 de febrero 2017], www.scielo.cl. disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000100002

[24] Maria Soledad Zárate Campos, Por la salud del cuerpo, historia y política sanitarias en Chile, ediciones Universidad Alberto Hurtado, año 2008 [Citado el 24 de Octubre del 2016], disponible en: <http://www.memoriachilena.cl/archivos2/pdfs/MC0054549.pdf>

[25] Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), Programa Nacional Salud de la Mujer Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER) Asociación Chilena de Protección de la Familia (APROFA). Normas Nacionales sobre la regulación de fertilidad (en revisión), 2014 [INTERNET], Chile, 2014. MINSAL [Consultado 4 de enero del 2017], disponible en: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/27%2005%202014%20%20NRF%20edici%C3%B3n%202014%20FINAL%202.pdf>

[26] Ministerio de salud de Chile (MINSAL). Normas nacionales sobre la regulación de fertilidad. [INTERNET], Chile año 2010. MINSAL, [Consultado 4 de enero 2017], disponible en: <http://es.slideshare.net/kacoacag/manual-nacional-sobre-regulacion-de-la-planificacion-familiar>

[27] Reinaldo Rodríguez, Lourdes Gómez, Marlene Conde. Caracterización de las progestinas inyectables y sus beneficios en la planificación familiar. [INTERNET], Rev cubana med general, volumen 12, Ciudad de la Habana, mar-abr.2003 [Consultado el 4 de enero del 2017], disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000200011

[28] García Adelaida, Aguirre Jorge, Roitter Claudia, Cecchetto Eugenio, Plaza Díaz María de la Cruz, Bernet Jorgelina, Castelari Natalia, López Ana Cristina. Estrógenos y progestágenos anticonceptivos orales [INTERNET], CFE-FCM.UNC. Argentina 2009. [Consultado el 7 de enero del 2017], disponible en: http://www.cfe-fcm.unc.edu.ar/archivos/apuntes2009/11_Estrogenos_progestagenos.pdf

[29] Dr. Jorge Carvajal, Dra. Constanza Ralph. Capítulo 61 “Anticoncepción hormonal”, en Manual de Obstetricia y ginecología. 5 edición, 2014, Facultad de medicina de la PUC, pág. 629-639.

[30] Horacio Croxatto, Maria Elena Ortiz. Mecanismo de acción del levonogestrel en la anticoncepción de emergencia [INTERNET]. Rev chilena de obstetricia y ginecología, volumen 69 N°2, Santiago 2004 [Consultado 4 de enero del 2017], disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262004000200011&script=sci_arttext

[31] OMS- Dpto. de salud reproductiva e investigación- Agencia para el desarrollo internacional. “Dispositivo intrauterino de cobre”. OMS (Organización mundial de la salud). “planificación familiar”. Estados Unidos año 2011. Consultado desde pág. inicial 131 hasta pág. 156.

[32] Ministerio de salud de Chile (MINSAL). Normas nacionales sobre la regulación de fertilidad. [INTERNET], Chile año 2010. MINSAL, [Consultado 4 de enero 2017], disponible en: <http://es.slideshare.net/kacoacag/manual-nacional-sobre-regulacion-de-la-planificacion-familiar>

[33] Dr. Jorge Carvajal, Dra. Constanza Ralph. Capítulo 62 “Dispositivo Intrauterino DIU”, en Manual de Obstetricia y ginecología. 5 edición, 2014, Facultad de medicina de la PUC, pág. 640-644.

[34] Ministerio de salud de Chile (MINSAL), Manual de lactancia materna [INTERNET], Gobierno de Chile, 1º edición año 1997 [Consultado el 7 de enero del 2017], disponible en: http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/manual_lactancia_materna.pdf

[35] icmer.org (Instituto Chileno de Medicina Reproductiva) [INTERNET], Chile 2015, Instituto chileno de medicina reproductiva [Consultado el 4 de enero de 2017], disponible en: http://icmer.org/wp_ae/mela-metodo-de-la-amenorrea-de-la-lactancia/

[36] Soledad Diaz Tania Borrás Santisteban. Metodos de abstinencia periódica [INTERNET], Instituto chileno de medicina reproductiva, Chile 2011 [Consultado el 4 de enero del 2017], disponible en: http://www.icmer.org/documentos/anticoncepcion/metodos_abstinencia_periodica.pdf

[37] Jhon Knowles, Planet parenthood [Internet] Biblioteca Katharine Dexter McCormick, 434 West 33rd Street, New York, año 2012 [Actualizado en enero del 2012, citado 24 de Octubre 2016] Disponible en: https://www.plannedparenthood.org/files/9913/9978/2156/bchistory_Spanish_2012.pdf

[38] Tania Borrás Santisteban. “Adolescencia: definición, vulnerabilidad, oportunidad” [INTERNET], CCM vol.18 no.1 Holguín ene.-mar. 2014 [Consultado el 26 de febrero del 2017], disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000100002

[39] Electra Gonzales, Temistocles Molina. “Características de la educación sexual recibida y su asociación con la edad de inicio sexual y uso de anticonceptivos en adolescentes chilenas sexualmente activas” [INTERNET], vol 80 nº1 Santiago 2015. [Consultado el 22 de Marzo del 2017], disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262015000100004

[40] Ángela Montero V. “Educación sexual: un pilar fundamental en la sexualidad de la adolescencia” [INTERNET]. Rev. méd. Chile vol.139 no.10 Santiago oct. 2011. [Consultado el 26 de febrero del 2017], disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872011001000001&script=sci_arttext

[41] “100 preguntas sobre sexualidad adolescente” Municipalidad de Santiago. 1º edición Santiago 2016. Editado por Karina Alarcon Leiva, Aida Alarcon Luna, entre otros integrantes del comité editor. [Consultado el 20 de marzo del 2017], disponible en <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/100-Preguntas-Sobre-Sexualidad-Adolescente.pdf>

[42] Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. “Política Nacional de salud de adolescentes y jóvenes”. [INTERNET]. Chile 2008-2015. [Consultado el 26 de febrero del 2017], disponible en: <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Salud-de-Adolescentes-y-J%C3%B3venes-2008-2015-Chile.pdf>

[43] www.minsal.cl [INTERNET]. Santiago. Gobierno de Chile. 24 de Septiembre año 2015. [Consultado el 26 de febrero del 2017], disponible en: <http://www.minsal.cl/programa-salud-integral-adolescentes-y-jovenes/>

[44] Ministerio de Salud, Subsecretaria de Redes Asistenciales. Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria [Internet]. 2008 [citado 20 marzo 2017], pág. 130-131. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>

[45] Revilla Negro E de la, Constan Rodríguez E, López de Hierro. Herramientas para la práctica de la Atención Familiar: Clasificación de la tipología estructural familiar. FUNDESFAM [Internet]. Granada 2004 [citado el 20 marzo 2017]. Disponible en: http://www.adharabooks.com/revistafundesfam/index.php?option=com_content&view=article&id=80:clasificacion-de-la-tipologia-estructural-familiar&catid=68

CAPÍTULO V

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE

OBJETIVOS

5.1 OBJETIVOS

5.1.1 Objetivos Generales

1. Identificar la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos al inicio de la actividad sexual.
2. Describir algunas características biológicas, sociales, económicas y afectivas de la población universitaria asociadas al uso de MAC al inicio de la actividad sexual consensuada.
3. Relacionar la prevalencia de uso de anticonceptivos en la población en estudio con algunas de sus características biológicas, sociales, económicas y afectivas.

5.1.2 Objetivos específicos

- 1.1 Establecer la prevalencia de uso de MAC al inicio de la actividad sexual en la población estudiada.
- 2.1 Caracterizar a la población en estudio según edad de iniciación sexual, ocupación, religión, tipo de familia, nivel socioeconómico, relación de pareja y APGAR familiar al inicio de la actividad sexual.
- 2.2 Identificar el método anticonceptivo más frecuentemente usado entre la población en estudio al inicio de la actividad sexual.
- 2.3 Identificar el uso de Anticoncepción de emergencia al inicio de la actividad sexual
- 2.4 Identificar las fuentes de información sobre anticoncepción al inicio de la actividad sexual.
- 2.5 Identificar razones que favorecen o dificultan el uso de método anticonceptivo entre la población en estudio al inicio de la actividad sexual.
- 2.6 Describir el medio por el cual la población en estudio accedió al MAC al inicio de la actividad sexual.
- 3.1 Describir la relación entre uso de MAC al inicio de la actividad sexual en la población en estudio, edad, nivel socio-económico, religión, tipo de relación de pareja y APGAR familiar.

5.2 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSION REAL	SUB DIMENSION	INDICADOR	SUB INDICADOR
Uso de Método anticonceptivo al inicio de la actividad sexual.	Utilización de métodos o procedimientos que previenen el embarazo en mujeres sexualmente activas. (Según ICMER)			- Si - No	
Edad de iniciación sexual	Intervalo de tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento hasta la fecha de inicio de actividad sexual expresada en años cumplidos. (Glosario Censo INE)			- N° de años	
Ocupación	Actividad en la que la persona participa cotidianamente. (Real academia española (RAE))		Estudiaba	- Si - No	
			Trabajaba	- Si - No	

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSION REAL	SUB DIMENSION	INDICADOR	SUB INDICADOR
Religión	Creencia o preferencia espiritual			-Cristiana Católica -Cristiana Evangélica -Movimiento de los Santos de los últimos Días (Mormón) -Otra ¿Cuál? - No creyente	
Tipo de familia	Cantidad de generaciones y de progenitores que conviven bajo un mismo techo (CONAFA (Comisión nacional de familia))	Nuclear	Padre y madre	Miembros de la Familia	
		Reconstituida	Pareja de madre o padre. Hijos de la pareja de padre o madre		
		Monoparental	Madre o padre y sus hijos		
		Extensa	Padre y/o madre y otros familiares		
		Persona sin familia	Persona que viva sola		
		Equivalentes familiares	Otras personas sin vinculo de consanguinidad		

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSION REAL	SUB DIMENSION	INDICADOR	SUB INDICADOR
Nivel socioeconómico	Medida de la posición relativa económica y social de una persona/hogar. National Center for Educational Statistics	NSE bajo	Previsión de Salud	FONASA	A o B
					C
				D	
		ISAPRE			
		NSE medio bajo		CAPREDENA	Oficial
					Tropa
		NSE medio	Nivel de instrucción del jefe (a) de hogar	Básica	
				Media	
				Técnica	
				Superior universitaria incompleta	
				Superior universitaria completa	
		NSE medio alto	Deciles de Ingreso Autónomo per cápita del Hogar (Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta Casen 2015)	1° Decil	\$0 a \$48.750 pp
				2° Decil	\$48.751 a \$74.969
				3° Decil	\$74.970 a \$100.709
				4° Decil	\$100.710 a \$125.558
				5° Decil	\$125.559 a \$154.166
6° Decil	\$154.167 a \$193.104				
7° Decil	\$193.105 a \$250.663				
8° Decil	\$250.664 a \$352.743				
9° Decil	\$352.744 a \$611.728				
10° Decil	\$611.729 o más pp				

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSION REAL	SUB DIMENSION	INDICADOR	SUB INDICADOR
Relación de pareja	Estabilidad auto declarada, en relación a su situación de pareja.	Clasificación según el Instituto Nacional de la Juventud (INJUV)		-Pololo -Andante -Amigo -Esposo -Conviviente -Trabajador sexual -Recién conocido	
APGAR Familiar	Instrumento cuantitativo que indica el grado de satisfacción sobre el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global. (Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, MINSAL 2008)	Disfunción familiar severa			0-3 puntos
		Funcionalidad familiar moderada			4-6 puntos
		Alta funcionalidad familiar			7-10 puntos

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSION REAL	SUB DIMENSION	INDICADOR	SUB INDICADOR
Tipo de MAC utilizado	Métodos o procedimientos que previenen un embarazo en mujeres sexualmente activas. (Según el Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER)).	Métodos de abstinencia periódica	Calendario		
			Billings (Moco cervical)		
		Métodos Hormonales	Anticonceptivos orales		
			Anticonceptivos inyectables		
			Parche		
			Implante intradérmico		
			Anillo vaginal		
		Métodos de Barrera	Preservativo masculino		
			Preservativo femenino		
		Métodos tradicionales	Coito interrumpido		
Uso de Anticoncepción de emergencia	Son píldoras anticonceptivas que se usan en dosis especiales para prevenir un embarazo no planeado o no deseado después de una relación sexual sin protección anticonceptiva (ICMER).		Uso de Píldoras Anticonceptivas de Emergencia (PAE)	- Si - No	

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSION REAL	SUB DIMENSION	INDICADOR	SUB INDICADOR
Fuentes de información	Todo recurso que contenga datos formales, informales, escritos, orales o multimedia útiles para satisfacer una demanda de información (Según Biblioteca de Universidad de Alcalá)	Padres	-Madre -Padre		
		Otros familiares	-Otros familiares		
		Profesores			
		Profesionales de la Salud			
		Pares	-Amigos -Compañeros		
		Pareja			
		Medio de Comunicación			
		Nadie			
Motivos para el uso de MAC	Causa o razón que impulsa el uso de MAC.			-Temor al embarazo -Temor al contagio de ITS -Estaba conversado con la pareja -Previamente busqué información sobre MAC - Previamente recibí información sobre MAC -Otra ¿Cuál?	

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSION REAL	SUB DIMENSION	INDICADOR	SUB INDICADOR
Motivos de no uso de MAC	Causa o razón que impulsa el no uso de MAC.			<ul style="list-style-type: none"> -No me gustaba usar MAC -Miedo de usar un método -No sabía cómo usarlos -No pensé en las consecuencias -Me dio vergüenza solicitarlo en una farmacia o consultorio -Tenía pareja estable -Quería quedar embarazada -Mi pareja no quería usar método -Faltó comunicación de pareja -Faltó dinero para adquirirlo -Fue una relación sexual imprevista -Otras 	

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSION REAL	SUB DIMENSION	INDICADOR	SUB INDICADOR
Medio de acceso a los MAC en su primera relación sexual	Método o sistema utilizado para conseguir MAC			Compra con ingresos propios	
				Compra financiada por padres	
				Compra financiada por otros familiares	
				Compra financiada por pareja	
				Acceso gratuito a través de un centro de salud	
				Acceso gratuito a través de un amigo	

CAPÍTULO VI

ANEXOS

Anexo N°1 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Formulario de Consentimiento Informado

Información para estudiantes participantes

El propósito del presente documento es invitarla a participar en el estudio: *“Características Asociadas a la Prevalencia de uso de Métodos Anticonceptivos al Inicio de la Actividad Sexual en las Estudiantes de la Facultad de Medicina, Casa Central, Universidad de Valparaíso, Chile 2016”*.

Esta invitación está abierta a las jóvenes mayores de 18 años, estudiantes regulares de Tecnología Médica, Educación Parvularia, Medicina, Fonoaudiología o Kinesiología del Campus de la Salud de la UV que hayan iniciado actividad sexual de manera consensuada.

El investigador principal y profesora guía del proyecto de tesis para optar al grado de Licenciado en Obstetricia y Puericultura es la docente Ana María Alvarado Vargas, Matrona, y las alumnas tesisistas: Elizabeth Aguilera O., Margarita Carquín R., Rocío Castro M., Tamara Navarro A. y Tammy Sáez G. estudiantes de IV año, todas ellas pertenecientes a la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso.

Para que 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. La investigación mencionada se realizará en el Campus de la Salud, de la Universidad de Valparaíso, Chile. durante el año 2016.
2. Motivación y propósito del estudio: La sexualidad en adolescentes ha experimentado cambios importantes en las últimas décadas, evidenciándose una iniciación sexual a

temprana edad en las y los jóvenes de nuestro país. Nuestra motivación es conocer la Prevalencia del uso de Métodos Anticonceptivos al inicio de la actividad sexual en estudiantes de las carreras: Tecnología Médica, Medicina, Educación Parvularia, Fonoaudiología y Kinesiología del Campus de la Salud de la Universidad de Valparaíso e identificar los motivos y propósitos que condicionan dicho uso, con el fin de generar programas educativos tendientes a mejorar las prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva de nuestros jóvenes

3. Los objetivos generales de esta investigación son:
 1. Identificar la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos al inicio de la actividad sexual.
 2. Describir algunas características biológicas, sociales, económicas y afectivas de la población universitaria asociadas al uso de MAC al inicio de la actividad sexual consensuada.
 3. Relacionar la prevalencia de uso de anticonceptivos en la población en estudio con algunas de sus características biológicas, sociales, económicas y afectivas.
4. Si acepta participar, responderá un cuestionario auto aplicado con un total de 16 preguntas y aproximadamente 10 minutos de duración. Su participación es completamente voluntaria y el cuestionario anónimo, el que podrá responder en condiciones de comodidad y privacidad.
5. Riesgos: Esta investigación no representa riesgo para la participante. Si durante la aplicación del cuestionario existe alguna pregunta que le incomode o no desee responder puede omitirla, sin que esto constituya un inconveniente para usted o para el equipo de la investigación.
6. Beneficios: Este estudio no presenta beneficios directos ni indirectos, pues aportará información referente a las variables que influyen en el uso o no uso de Métodos Anticonceptivos durante el primer coito. Los resultados servirán de base para la

creación de futuros programas o talleres. De esta manera se tendrán herramientas para una mejor atención en salud con un enfoque preventivo y de autocuidado desde la adolescencia.

7. Costos y pagos: Esta investigación no tiene costo para Ud., tampoco los investigadores recibirán compensación económica por realizar esta investigación.

8. Derechos del participante

a. A manifestar dudas, preguntas: Tiene derecho a manifestar dudas o consultas a los investigadores a los siguientes correos electrónicos: elizabeth.aguilera@alumnos.uv.cl / margarita.carquin@alumnos.uv.cl / rocio.castrom@alumnos.uv.cl / tamara.navarro@alumno.uv.cl / tammy.saez@alumnos.uv.cl o los respectivos teléfonos de contacto: 9-59361027 / 9-94035935 / 9-93024176 / 9-90966501 / 9-73838937.

b. A la participación voluntaria y a la revocación del consentimiento: Si usted desea retirarse de la investigación puede hacerlo en cualquier momento. Si hay alguna pregunta que la incómoda o que no desee responder puede manifestar su desacuerdo u omitirla, sin que esto sea un inconveniente para usted y/o la investigación.

c. A recibir información relevante derivada de la investigación que lo pueda beneficiar o hacer cambiar su opinión respecto de su participación.

9. Confidencialidad

a. Reserva de la identidad del participante: Sólo el consentimiento llevará el nombre y apellido de la participante, mientras que el cuestionario a responder será anónimo y se le asignará un dígito a cada encuesta para identificarlas.

b. Los consentimientos informados serán resguardados exclusivamente por la profesora guía.

10. Utilización y Publicación de los hallazgos: Los resultados obtenidos de la investigación podrían ser publicados, según lo estimen conveniente los investigadores, en publicaciones de tipo académicas y/o científicas. Además, dichos resultados podrían ser utilizados en otras investigaciones, que no se alejen de los objetivos de la presente investigación, manteniendo protegida la identidad del participante. Usted podrá tener acceso a dichos resultados si lo estima conveniente.

Acta de Consentimiento Informado

Yo,..... (Iniciales Nombre y Apellidos),
RUT.....

Declaro que me han informado en forma completa en qué consiste la investigación “*Características Asociadas a la Prevalencia de uso de Métodos Anticonceptivos al Inicio de la Actividad Sexual en las Estudiantes de la Facultad de Medicina, Casa Central, Universidad de Valparaíso, Chile 2016*”.

He leído completamente la información proporcionada en este documento acerca de mi participación. Me han informado y explicado cuáles son los procedimientos del estudio a los que seré sometida, y en qué consistirá mi participación. 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 en esta investigación. Recibo una copia completa de este documento.

Nombre y Firma Participante
C.I.:

Nombre y Firma Investigador Responsable
C.I.:

Nombre y Firma Tesista
C.I.:

Valparaíso,.....de..... de 2016

Anexo N°2 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha: / /
 N° de encuesta

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

TESIS: “Características Asociadas a la Prevalencia de uso de Métodos Anticonceptivos al Inicio de la Actividad Sexual en las Estudiantes de la Facultad de Medicina, Casa Central, Universidad de Valparaíso - Chile 2016”

1. ¿Qué edad tenía cuando tuvo relaciones sexuales por primera vez?	2. ¿Cuál era su ocupación en ese momento? <i>(En caso de ser ambas puedes marcar las dos opciones).</i>
<p>..... Años</p>	<p>a) Estudiaba b) Trabajaba</p>
3. ¿Qué religión profesaba?	4. ¿Por quiénes estaba conformado su grupo familiar? <i>(Puede marcar todas las opciones que correspondan).</i>
<p>a) Cristiana Católica b) Cristiana Evangélica c) Movimiento de los Santos de los últimos Días (Mormón) d) Otra ¿Cuál?..... e) No creyente</p>	<p>a) Padre b) Madre c) Hermanos d) Pareja de la madre o padre, si corresponde e) Hijos de la pareja del padre o madre, si corresponde f) Solo yo g) Pareja h) Otros familiares (tíos/as, primos, abuelos) i) Otras personas sin vinculo de consanguinidad (Ej amigos)</p>
5. ¿Cuál era su Previsión de Salud?	6. ¿Qué escolaridad tiene el jefe o jefa de hogar?
<p>a) Fonasa A b) Fonasa B c) Fonasa C d) Fonasa D e) ISAPRE f) CAPREDENA Oficial g) CAPREDENA Tropa</p>	<p>a) Básica b) Media c) Técnica d) Universitaria incompleta e) Universitaria completa</p>

<p>7. ¿A qué quintil de ingresos pertenece? <i>(Para hacer este cálculo debe sumar los ingresos del grupo familiar y dividir el resultado por el número de integrantes para obtener el promedio por persona)</i></p>	<p>8. ¿Cuál era su relación con la persona con quien inició su vida sexual?</p>
<p>a) 1º decil: desde \$0 a \$48.750 por persona b) 2º decil: \$48.751 a \$74.969 por persona c) 3º decil: \$74.970 a \$100.709 por persona d) 4º decil: \$100.710 a \$125.558 por persona e) 5º decil: \$125.559 a \$154.166 por persona f) 6º decil: \$154.167 a \$193.104 por persona g) 7º decil: \$193.105 a \$250.663 por persona h) 8º decil: \$250.664 a \$352.743 por persona i) 9º decil: \$352.744 a \$611.728 por persona j) 10º decil: \$611.729 y más por persona</p>	<p>a) Pololo b) Andante c) Amigo d) Esposo e) Conviviente f) Trabajador sexual g) Recién conocido</p>
<p>En aquel momento ¿Había recibido información sobre métodos anticonceptivos? ¿Por parte de quién o de quiénes? <i>(Puede marcar todas las opciones que correspondan).</i></p>	<p>¿Usó algún tipo de método anticonceptivo en su primera relación sexual?</p>
<p>a) Mamá b) Papá c) Hermanos u otros familiares d) Profesores e) Profesionales de la salud f) Amigos o compañeros g) Pareja h) Medios de comunicación i) Nadie</p>	<p>a) SI b) NO</p> <p><i>*Si su respuesta es NO, avance a la pregunta N° 14</i></p>

<p>9. En caso de haber usado algún método anticonceptivo. ¿Qué método utilizó?</p>	<p>10. En caso de haber usado un método anticonceptivo. ¿Cuál fue la principal motivación?</p>
<p>a) Método natural: Calendario, Moco cervical b) Coito interrumpido c) Píldoras anticonceptivas d) Parche e) Anillo vaginal f) Implante intradérmico g) Preservativo masculino h) Preservativo femenino i) Anticonceptivo inyectable</p>	<p>a) Temor al embarazo b) Temor al contagio de alguna ITS c) Estaba conversado con la pareja d) Previamente busqué información sobre MAC e) Previamente recibí información sobre MAC f) Otra ¿Cuál?</p>
<p>11. En caso de haber usado un método anticonceptivo. ¿Cómo accedió a ese método anticonceptivo?</p>	<p>12. En caso de NO haber usado un método anticonceptivo. ¿Cuál fue el motivo? Puede marcar más de una opción</p>
<p>a) Los compré en el comercio con mi dinero. b) Lo compraron mis padres o me dieron dinero específicamente para eso. c) Lo compró un familiar o me dio dinero específicamente para eso. d) Me lo entregó un profesional de la salud. e) Me lo entregaron unos amigos. f) Los compró mi pareja.</p>	<p>a) No me gustaba usar MAC b) Miedo de usar un método c) No sabía cómo usarlos d) No pensé en las probables consecuencias e) Me dio vergüenza solicitarlo en una farmacia o consultorio f) Tenía pareja estable g) Quería quedar embarazada h) Mi pareja no quería usar método i) Faltó comunicación de pareja j) Faltó dinero para adquirirlo k) Fue una relación sexual imprevista l) Otra ¿Cuál?</p>
<p>13. En caso de NO haber usado un método anticonceptivo ¿Utilizó Anticonceptivo de emergencia (“Píldora del día después”)?</p>	
<p>a) SI b) NO</p>	

14. Respecto a la relación que tenías con tu familia en aquella época, responde marcando con una X una de las opciones:

	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
Estoy contento de pensar que puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me preocupa.			
Estoy satisfecho con el modo que tiene mi familia de hablar las cosas conmigo y de cómo compartimos los problemas.			
Me agrada pensar que mi familia acepta y apoya mis deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva dirección.			
Me satisface el modo que tiene mi familia de expresar su afecto y como responde a mis emociones, como cólera, tristeza y amor.			
Me satisface la forma en que mi familia y yo pasamos el tiempo juntos.			

¡Le Agradecemos por contribuir en nuestra investigación!

Tesistas, Obstetricia y Puericultura 4° año 2016

Anexo N°3 TABLAS COMPLEMENTARIAS

Tabla N° 1: Puntajes de Variables asociadas al Nivel Socioeconómico

Variables		Puntaje
Quintil de Ingresos económicos	1° Decil y 2° Decil	1 puntos
	3° Decil y 4° Decil	2 puntos
	5° Decil y 6° Decil	3 puntos
	7° Decil y 8° Decil	4 puntos
	9° Decil y 10° Decil	5 puntos
Previsión de Salud	Fonasa A	1 puntos
	Fonasa B	1 puntos
	Fonasa C	2 puntos
	Fonasa D	3 puntos
	ISAPRE	4 puntos
	CAPREDENA Oficial	4 puntos
	CAPREDENA Tropa	3 puntos
Escolaridad del jefe de hogar	Básica	1 puntos
	Media	2 puntos
	Técnica	3 puntos
	Universitaria incompleta	3 puntos
	Universitaria completa	4 puntos

Nivel Socioeconómico (NSE)	Puntaje
NSE bajo	3 – 5
NSE medio bajo	6 – 8
NSE medio	9 – 11
NSE medio alto	12 – 13

Tabla N° 2: Clasificación estructural de la familia según Luis de la Revilla*

Clasificación	Descripción
FAMILIA EXTENSA	Es aquella en la que se mantiene el vínculo generacional, conviviendo en un mismo hogar más de dos generaciones.
FAMILIA NUCLEAR	Está formada por dos individuos de distinto sexo, que ejercen el papel de padres, y sus hijos. Subdimensiones: <ul style="list-style-type: none"> - Nuclear con parientes próximos - Nuclear sin parientes próximos - Nuclear Numerosa - Nuclear Ampliada
FAMILIA MONOPARENTAL	Constituida por un solo cónyuge y sus hijos.
FAMILIA RECONSTITUIDA	Constituida por dos adultos, en la que al menos uno de ellos, trae un hijo de una relación anterior.
PERSONA SIN FAMILIA	Persona que vive sola (adulto soltero, divorciado, viudo sin hijos y jóvenes que por necesidades de trabajo o estudios viven de este modo, sin que implique un rechazo a la vida familiar).
EQUIVALENTES FAMILIARES	Individuos que conviven en un mismo hogar sin constituir un núcleo familiar tradicional, como parejas homosexuales estables, grupos de amigos que viven juntos, religiosos etc.

*Tabla basada en: “Herramientas para la práctica de la Atención Familiar: Clasificación de la tipología estructural familiar”. Revista de la Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia (FUNDESFAM) 2015. [44]

Tabla N° 3 APGAR Familiar

El APGAR familiar es un instrumento que refleja la percepción de los miembros de la familia sobre el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global. [45]

Las cinco áreas de funcionamiento familiar que evalúa son:

A	Adaptabilidad	Capacidad de utilizar recursos intra y extrafamiliares para resolver problemas o situaciones de crisis.
P	Participación	Capacidad de compartir los problemas y de comunicarse para explorar fórmulas de resolución de éstos. Cooperación en las responsabilidades del mantenimiento familiar y en la toma de decisiones.
G	(“Growth”)	Desarrollo o gradiente de crecimiento: capacidad de apoyar y asesorar en las distintas etapas del ciclo vital familiar, permitiendo la individuación y separación de los miembros de la familia.
A	Afectividad	Capacidad de experimentar cariño y preocupación por cada miembro de la familia y de demostrar distintas emociones como amor, pena o rabia.
R	Capacidad de resolución	Capacidad de instrumentalizar los elementos anteriores, entendida como compromiso de dedicar tiempo y atender necesidades físicas y emocionales de los demás miembros, generalmente asociable al compromiso de compartir ingresos y espacios.

Tabla extraída del manual de “Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria”, MINSAL 2008

Instrumento APGAR Familiar [45]

	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
Estoy contento de pensar que puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me preocupa.			
Estoy satisfecho con el modo que tiene mi familia de hablar las cosas conmigo y de cómo compartimos los problemas.			
Me agrada pensar que mi familia acepta y apoya mis deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva dirección.			
Me satisface el modo que tiene mi familia de expresar su afecto y como responde a mis emociones, como cólera, tristeza y amor.			
Me satisface la forma en que mi familia y yo pasamos el tiempo juntos.			