

**CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN
ESTUDIANTES INDÍGENAS, CORINTO (CAUCA) 2019A**

**WILSON CORTES SANTANA
NATALIA GIRALDO OBANDO
MAIRA ALEJANDRA PERDOMO ORTEGA**

**UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
FACULTAD DE SALUD
2019**

**CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN
ESTUDIANTES INDÍGENAS EN CORINTO (CAUCA)**

**WILSON CORTES SANTANA
NATALIA GIRALDO OBANDO
MAIRA ALEJANDRA PERDOMO ORTEGA**

**Trabajo de grado presentado para optar por el título de
ENFERMERA(O)**

**Director:
Viviana Rivera Romero**



**UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
2019**

TABLA DE CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	9
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
2. JUSTIFICACIÓN	16
3. OBJETIVOS	18
4. MARCO DE REFERENCIA	19
4.1 ESTADO DEL ARTE	19
4.2 MARCO CONCEPTUAL	24
4.3 MARCO TEÓRICO	27
4.3.1 Métodos de anticoncepción	27
4.3.1.1 Métodos de anticoncepción naturales	27
4.3.1.1.1 Métodos folclóricos	27
4.3.1.1.2 Métodos Naturales	28
4.3.1.2 Métodos de Barrera	30
4.3.1.3 Método mecánico	32
4.3.1.4 Métodos hormonales	34
4.3.1.5 Métodos Irreversibles	36
4.3.2 El embarazo en adolescentes	37
4.3.3 Qué es conocimiento	38
4.3.4 Qué es prácticas	39
4.3.5 Vida sexual en adolescentes colombianos	39
4.3.6 ¿Qué es la adolescencia indígena?	40
4.3.7 ¿Quiénes son los y las adolescentes indígenas?	40

4.3.8	Intervenciones de enfermería	40
4.4	TEORISTA	42
4.5	MARCO ÉTICO Y BIOÉTICO	43
4.5.1	Marco ético internacional	43
4.5.1.1	Declaración de Helsinki	43
4.5.2	Principios bioéticos universales	44
4.6	MARCO ÉTICO NACIONAL	48
4.6.1	Resolución N°. 008430 DE 1993	48
4.6.2	Leyes, Decretos o Resoluciones a nivel Nacional que se refieran al tema sobre el cual se va a investigar.	55
4.6.2.1	Constitución Política de Colombia	55
4.7	MARCO LEGAL Y DISCIPLINAR	58
4.7.1	Ley 266 de 1996 de enero 25)	58
4.7.2	Ley 911 de 2004 (octubre 5).	61
4.7.3	Compendio de normatividad de los resguardos indígenas en Colombia en relación con la información estadística	63
4.7.4	Ley 1098 de 2006. Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia	63
4.7.5	Ley 115-Ley general de educación	64
4.7.6	Resolución 0769 de 2008	64
4.7.7	Política nacional de salud sexual y reproductiva	64
4.8	MARCO CONTEXTUAL	65
4.8.1	La institución educativa	65
5.	METODOLOGÍA	68
5.1	DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO	68

5.2	POBLACIÓN OBJETIVO O DE MUESTRA	68
5.3	DISEÑO DE MUESTREO Y TAMAÑO DE MUESTRA	68
5.3.1	Criterios de Inclusión	68
5.3.2	Criterios de exclusión:	69
5.4	DEFINICIONES DE VARIABLES	69
5.4.1	DESCRIPCIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES	69
5.5	INSTRUMENTO	71
5.6	FASES DEL PROCESO INVESTIGATIVO	71
5.7	PLAN DE ANÁLISIS	72
5.8	RESULTADOS ESPERADOS	73
5.9	CONSIDERACIONES ÉTICAS	73
6.	RESULTADOS	76
6.1	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:	76
6.2	VARIABLES DE CONOCIMIENTO	77
6.3	VARIABLES DE PRACTICA Y USO.	81
	DISCUSIÓN	84
	CONCLUSIONES	86
	RECOMENDACIONES	87
	BIBLIOGRAFÍA	88
	ANEXOS	94

ÍNDICE DE CUADROS

	pág.
Cuadro 1. Paralelo entre la concepción de la cultura occidental e indígena con relación a los conceptos de salud sexual y reproductiva	24
Cuadro 2. Variables Sociodemográficas	69
Cuadro 3. Conocimientos en métodos anticonceptivos	70

ÍNDICE DE GRÁFICAS

	pág.
Gráfica 1. Clasificación sociodemográfica de los adolescentes indígenas.	76
Gráfica 2. Distribución porcentual de los adolescentes indígenas escolarizados, según conocimiento de la palabra sexualidad.	77
Gráfica 3. Distribución porcentual de los adolescentes indígenas escolarizados, que han recibido educación sexual.	77
Gráfica 4. Distribución porcentual de los adolescentes indígenas escolarizados, según medios en que le enseñaron educación sexual.	78
Gráfica 5. Distribución según rango de edad de inicio de las relaciones sexuales de los adolescentes indígenas escolarizados.	78
Gráfica 6. Distribución porcentual de los adolescentes indígenas escolarizados, que tienen compañero sexual estable.	79
Gráfica 7. Distribución porcentual sobre las ETS que conocen los adolescentes indígenas escolarizados.	79
Gráfica 8. Distribución porcentual sobre los métodos anticonceptivos que conocen los adolescentes indígenas escolarizados.	80
Gráfica 9. Distribución porcentual según métodos anticonceptivos que utilizan los adolescentes indígenas escolarizados.	81
Gráfica 10. Distribución porcentual según rango de tiempo en años en que utilizan métodos anticonceptivos los adolescentes indígenas escolarizados.	82
Gráfica 11. Distribución porcentual según frecuencia de uso de los métodos anticonceptivos los adolescentes indígenas escolarizados.	82
Gráfica 12. Distribución porcentual según percepción que tienen del uso de los métodos anticonceptivos los adolescentes indígenas escolarizados.	83

TABLA DE CONTENIDO

	pág.
ANEXO A. CUESTIONARIO	95
ANEXO B. CONSENTIMIENTO INFORMADO	99
ANEXO C. CONSENTIMIENTO PARENTAL	100
ANEXO D. ASENTIMIENTO INFORMADO	101
ANEXO E. AUTORIZACION DE LAS DIRECTRICES EDUCATIVAS.	102
ANEXO F. CRONOGRAMA	106
ANEXO G. PRESUPUESTO	107

INTRODUCCIÓN

Las estadísticas demuestran un incremento en la actividad sexual prematura, expresada especialmente en el predominio de madres adolescentes menores de 20 años a nivel de la cultura occidental, en la indígena el promedio es a un mayor. Colombia registra una de las mayores tasas de embarazo adolescente de América Latina, donde 1 de cada 5 adolescentes entre 15 y 19 años ha estado embarazada. De éstas, el 16% ya son madres y el 4% está esperando su primer hijo(1).

Existen métodos de planificación que se utilizan con el fin de evitar la concepción. Estos varían según el momento de uso, aplicación, forma, eficacia, mecanismo de acción, entre otros(2).

En las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 se indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1000 mujeres. Las tasas nacionales oscilan de 1 a 299 nacimientos por 1000 muchachas, siendo las más altas las del África Subsahariana(3).

De los adolescentes colombianos en las principales ciudades de Colombia, un 75% de menores de 20 años ya han empezado su vida sexual y se registran embarazos de 79 por cada 1000 personas. Las jóvenes ubicadas en zona rural registran su inicio en la actividad en un 85% y los embarazos son de 128 por cada 1000(4).

El presente estudio tuvo como propósito indagar sobre las conductas de salud sexual y reproductiva y sobre el uso de los métodos de planificación familiar.

Para el logro de los objetivos, se realizará un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal. Se aplicó una encuesta con los contenidos antes enunciados, a los estudiantes de comunidades indígenas que cursan los grados 10 y 11 grado de una institución educativa en el Municipio de Corinto Cauca.

Los resultados arrojados sobre conocimientos y prácticas en el uso de los métodos de anticoncepción (considerándolo un instrumento eficaz en la prevención de la infección de transmisión sexual y control de la natalidad), en jóvenes, permitieron brindar herramientas útiles para la intervención educativa, en este grupo poblacional específico. Estos resultados también son una herramienta importante en la ejecución de planes de acción que contribuyen en la generación de cambios en las conductas de los individuos, frente a su salud sexual, percepciones frente al uso de los métodos de planificación, para minimizar el impacto que conlleva, dado que son individuos que vienen de una cultura totalmente diferente a la nuestra, donde para las comunidades indígenas el uso de métodos anticonceptivos es una falta hacia sus ancestros, dado que su cosmovisión frente a la vida es muy diferente a la del individuo occidental. En el desarrollo de este trabajo investigativo se pudo conocer lo posición en que se encuentra este grupo poblacional frente al tema.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad(5).

Es importante tener en cuenta que los diferentes pueblos indígenas no necesariamente definen los ciclos de vida en días calendario. Como es el caso de las niñas que ya han menstruado son consideradas mujeres casaderas, basados en esa cosmovisión indígena, la adolescencia puede iniciar desde los 7 años en adelante, lo que para la cultura occidental esta etapa sería parte de la escolar(6).

Para el 2016, según Boletín de Prensa 261 del Ministerio de Salud y PROFAMILIA,

Colombia, obtiene la mejor tasa de embarazo adolescente en los últimos 20 años, de acuerdo con los resultados de la encuesta. La ENDS 2015 evidencia un incremento en los hogares personales: en 2010 eran el 9,5 %, para el 2015 representan el 11,2 %.

A partir de 2010, como lo confirman los hallazgos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2015, el porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años, madres o embarazadas del primer hijo o hija disminuyó pasando del 19,5 % en 2010 al 17,4 % en 2015(7).

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2015:

El porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años del quintil bajo de riqueza madres o embarazadas por primera vez es 5.8 veces el porcentaje observado en las adolescentes de la misma edad del quintil alto de riqueza; la prevalencia de la maternidad o primer embarazo entre las adolescentes con educación primaria es 5.2 veces la de aquellas con educación superior.

El mayor porcentaje de adolescentes madres o embarazadas, 41.8%, se encuentra entre las adolescentes con el menor nivel educativo (primaria), mientras que el menor porcentaje, 4.7%, se observa en las adolescentes del quintil más alto de riqueza. El porcentaje de adolescentes, mujeres y hombres, de 15 a 19 años que ha tenido un hijo o hija confirma el inicio más temprano del rol reproductivo en las mujeres que en los hombres. El 13.6% de las mujeres y el 1.5% de los hombres de 15 a 19 años ha tenido un hijo o hija.

El porcentaje de adolescentes, mujeres y hombres, de 15 a 19 años que ha tenido un hijo o hija disminuye a medida que mejoran las condiciones socioeconómicas, tanto en hombres como en mujeres: es mayor en la zona rural, en el quintil más bajo de riqueza, en menor nivel educativo y en las regiones menos desarrolladas. Sin embargo, el gradiente social es mucho más marcado en las mujeres que en los hombres. Por ejemplo, el porcentaje de mujeres adolescentes de 15 a 19 años de quintil más bajo de riqueza que son madres (22.7%) es 6.5 veces el porcentaje observado en las mujeres adolescentes de quintil más alto de riqueza (3.5%); mientras que la brecha por quintil de riqueza en los hombres es de solo 2.5 veces (2.8% vs 1.1%)(8).

Por otra parte, según el Perfil de Salud de la Población Indígena, y medición de desigualdades en salud. Colombia 2016:

Con respecto a los nacidos vivos entre 2008 y 2013 se han presentado 80.848 nacimientos en la población indígena y en promedio 13.475 nacimientos al año. Entre los dos periodos hubo un aumento en el número de nacimientos en un 28.76%. En cuanto al nivel de educación de la madre el 42,02% contaba con básica primaria. Los departamentos con mayor número de nacimientos en el periodo comprendido entre 2008 y 2013 son La Guajira, con 22.865 que corresponde al 28,28% del total de nacimientos y Cauca, con 14.229 equivalente al 17,60% de nacimientos.

Al analizar los datos teniendo en cuenta la edad de la madre se observa que en ambas poblaciones el inicio de la maternidad se da entre los 10 y los 14 años; sin embargo, en la población indígena en esta edad es dos veces mayor. En las dos poblaciones el pico de la maternidad está entre los 20-24 años(9).

Según el Ministerio de Salud y el Instituto de Bienestar Familiar, 2013:

Las estadísticas demuestran un incremento en la actividad sexual prematura, expresada especialmente en el predominio de madres adolescentes menores de 20 años a nivel de la cultura occidental, en la indígena el promedio es a un mayor. Una de cada cinco adolescentes entre 15 y 19 años ha estado alguna vez embarazada. De éstas, el 16% ya son madres y el 4% está esperando su primer hijo.

El 13% de las mujeres menores de 15 años ya ha iniciado una vida sexual activa. Las mujeres con menor educación inician en promedio a los 15 años, mientras que las de más educación lo hacen a los 18 años.

En promedio, la educación sexual inicia a partir de los 13 años de edad. Las mujeres que reciben educación sexual se embarazan menos a edades tempranas. Los adolescentes no tienen hijos con otros adolescentes, de acuerdo con la información que reporta el DANE, sólo el 0.8 % de los

adolescentes tienen relaciones con otros adolescentes. El restante, 99.2%, tienen hijos con adultos(10).

La tasa de mortalidad infantil registrada en áreas rurales es 1.5 veces más alta que en áreas urbanas, según la ENDS 2015. Se destacan las diferencias en la forma como se presenta la mortalidad infantil por pertenencia étnica. Las tasas más altas corresponden al grupo Rom, Palenqueros de San Basilio e Indígenas (160, 43 y 29 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 2014, respectivamente)(8).

El Embarazo en la Adolescencia es considerado actualmente como un problema de salud pública con una alta prevalencia en nuestro país. El embarazo en mujeres adolescentes representa un mayor riesgo de mortalidad y morbilidad tanto para la madre como para el hijo. Adicionalmente, se constituye en una trampa de pobreza, ya que la mayor parte de las veces hace que la madre interrumpa su educación para dedicarse a cuidar a su hijo. Esto, a nivel general termina constituyéndose en un obstáculo para el desarrollo de nuestro país(11).

En los últimos años se viene promoviendo en Colombia un interés particular por la educación sexual promovida especialmente por la Ley 115 expedida por el Ministerio de Educación Nacional. Los colegios han desarrollado proyectos encaminados a orientar este proceso. Algunas de sus acciones se han centrado en proporcionar información sobre los cambios anatómicos, fisiológicos, psicológicos, la utilización de los métodos de planificación familiar y el conocimiento de algunas enfermedades de transmisión sexual. Es de gran importancia conocer como la educación sexual es promovida en el ámbito indígena, ya que es visto que en la adolescencia ya encontramos familias conformadas con más de un hijo (7).

En razón a lo anterior, esta investigación pretende resolver el interrogante sobre:

¿Cuáles son los conocimientos y prácticas de métodos anticonceptivos en estudiantes indígenas de una institución educativa de Corinto Cauca, en el periodo 2019 A?

2. JUSTIFICACIÓN

Dado los preocupantes índices de fecundidad y natalidad en los últimos años en adolescentes y más aún en las zonas rurales, y en el Municipio de Corinto (Cauca) que no se escapa de esta realidad, se realizará este trabajo, con el fin conocer los conocimientos y prácticas sobre la utilización de métodos anticonceptivos en un grupo en particular de adolescentes.

La problemática de embarazo en adolescentes está determinada por un conjunto de factores relacionados en su mayoría con la posibilidad de ejercer de manera cabal los derechos sexuales y reproductivos, el acceso irrestricto a información de calidad y la vulnerabilidad social, su gran mayoría en personas de bajos recursos económicos, pero hay datos que nos demuestran que el índice se encuentra en cualquier nivel socioeconómico, y aun en el período del colegio (4).

Una de las principales razones de los embarazos no deseados en las adolescentes es la inmadurez con la que inicia su actividad sexual, sin la suficiente información sobre los cuidados que se deben tener en cuenta; no se encuentran en la capacidad de la toma de decisiones inteligentes, que no se perjudique a sí mismos como a los que los rodean, lo cual pueden llevar a los embarazos no deseado y con ello llevar a un matrimonio forzado, a una unión informal, a la discriminación social y familiar, etc. por ello para propiciar el conocimiento y el entendimiento y acorde con sus respectivas concepciones de la educación sexual. Tratar, socializar y analizar el tema del uso de métodos anticonceptivos, teniendo en cuenta la perspectiva del tema con el estudiantado, es muy importante respetar sus concepciones de vida. La sexualidad es un tema sobre el que existe diversidad de opiniones en nuestra sociedad. Se trata de una dimensión humana que conlleva aprendizajes, conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes, conductas y sentimientos profundos, que están íntimamente ligada a los valores, creencias y convicciones de la persona".

El tema de la anticoncepción es de gran importancia en el desarrollo sexual de los adolescentes. Es fundamental tener una información clara acerca de los métodos anticonceptivos, su uso, cuándo, cómo, cuidados, ventajas y desventajas, cómo se puede conseguir, a dónde deben acudir para ello Y construir una conciencia de compromiso, sensibilización y conocimiento, desde la cosmovisión, cultura, costumbres, sistemas de creencias, lograr que los jóvenes tomen decisiones autónomas, responsables y saludables que enriquezcan su proyecto de vida y vivan su sexualidad plenamente. A su vez, que repliquen lo aprendido con otros compañeros docentes".

El desarrollo de esta investigación se justifica, en la importancia que ella tiene para el desarrollo del conocimiento y las prácticas de métodos anticonceptivos en estudiantes de un colegio en Corinto (Cauca) grados 10 y 11 en el año 2019 A(12).

El desarrollo de esta investigación permitirá a la parte administrativa y docentes de la institución conocimientos adquiridos por los adolescentes con relación a la anticoncepción. A los estudiantes de enfermería les brindamos herramientas para abordar comunidades, permitiendo conocer su cultura y creencias y prácticas de anticoncepción.

Esta investigación será enriquecedora en el proceso de adquisición de experiencia con los estudiantes indígena adolescente. La investigación permite una proyección social y académica hacia la solución de problemas de interés en salud pública, relacionados con embarazo adolescente y métodos anticonceptivos en poblaciones vulnerables.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los conocimientos y prácticas de métodos anticonceptivos en estudiantes indígenas en Corinto, (Cauca) 2019 A.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir los aspectos sociodemográficos de la población de estudio.
- Establecer cuáles son los conocimientos sobre métodos anticonceptivos que tienen los adolescentes objeto de estudio.
- Identificar las prácticas más comunes que tienen los estudiantes frente al uso de los métodos anticonceptivos.

4. MARCO DE REFERENCIA

4.1 ESTADO DEL ARTE

Una investigación internacional realizada en Guatemala desde agosto del 2012 hasta febrero de 2013, donde se entrevistaron 122 mujeres indígenas entre 15 y 19 años para determinar la incidencia de embarazos e hijos no deseados durante su período fértil. Analizando sus principales características de cuáles son las causas y consecuencias en sus vidas. El 35,8 % de los embarazos fueron no deseados.

La causa más importante fue la falta de anticoncepción (47,6 %), seguida del coito forzado. El principal motivo de los embarazos no deseados fue la insuficiente edad, y sus principales consecuencias, el abandono de los estudios (16,3 %) y el matrimonio apresurado (12,2 %)(13).

Estudio sobre Conocimientos y comportamientos en salud sexual de estudiantes indígenas guatemaltecos residentes en una comunidad rural, 2014.

Objetivo: identificar conocimientos y comportamientos sobre salud sexual de estudiantes indígenas del instituto de Educación Media de Antigua Chiantala, de Guatemala. **Métodos:** se realizó una investigación descriptiva de corte transversal a una muestra aleatoria de 178 estudiantes de una comunidad rural indígena. Para la recogida de la información se utilizó un cuestionario diseñado a fines similares, adaptado y modificado al contexto sociocultural guatemalteco. **Resultados:** se observaron deficiencias acerca de conceptos tales como sexualidad, crecimiento, desarrollo, cómo se puede adquirir una Infección de Transmisión Sexual y un embarazo, entre otros aspectos. Tanto en hembras como en varones los conocimientos fueron evaluados de mal. Respecto a los comportamientos, solo un bajo porcentaje declaró haber iniciado las relaciones sexuales, aunque se

considera que el dato no refleja la realidad y hay problemas en la protección de las mismas. El método anticonceptivo más usado es el condón, aunque con un porcentaje menor al 50 %. **Conclusiones:** los estudiantes tienen insuficientes conocimientos y comportamientos de riesgos en relación con la sexualidad, matizados por tabúes, mitos, estereotipos y desinformación, donde las inequidades de género añaden un elemento negativo. Los resultados encontrados ratifican la situación desfavorable que presenta la población indígena de Guatemala en el área de la sexualidad, lo que constituye un grave problema de salud pública a resolver.

Palabras clave: sexualidad, adolescente, conocimientos, comportamientos.

En un artículo realizado en México en el 2014 sobre el uso de métodos anticonceptivos, indicó que está muy ligado con el nivel socioeconómico, cultural y tipo de población de mujeres. Determinar los factores asociados a la baja cobertura de planificación familiar en las Mujeres indígenas, en edades fértiles de 15 a 49 años, con vida sexual activa, de San Ildefonso, Amealco.

Estudio de casos y controles fueron 174, originarias y residentes de San Ildefonso con uso de planificación familiar y 174 más sin usos de métodos de planificación familiar. Mediante encuestas estructuradas por 17 preguntas, se obtuvo la información por encuestadores capacitados, previo consentimiento informado, se aplicó una encuesta al 100%. Se analizó la información en el programa dando como resultados: De 348 encuestadas, 174 casos y 174 controles de las variables sociodemográficas: casadas el 62.8 %, analfabetas 25%, ocupación al hogar 46 %, católicas el 89%, con más de 4 hijos el 47.8%.

De las variables relacionadas a los servicios de salud en San Ildefonso el 73.4% vive a menos de una hora del centro de salud, el 62.7% conocen el horario de atención, el 70% esperan más de 60 minutos para atención de planificación

familiar, el 71% no acude al centro de salud por su método y el 62.8% no saben que el programa de planificación familiar es gratuito. Las variables asociadas a la baja cobertura de planificación familiar, son: El no estar casadas (OR 2.95, p 0.00002, e IC 1.83-4.77), No saber de la gratuidad del programa de PF (OR 2.65, p 0.00002, e IC 1.68-4.21), el no acudir por método de PF (OR 13.9, p0.00002, e IC 7.44-26.62) (14).

En un estudio realizado también en México en base a la salud reproductiva de las mujeres de comunidades indígenas en el año 2013 tuvo como propósito analizar el estado de salud reproductiva y los conocimientos y prácticas que esta comunidad tiene con respecto a las del mundo occidental (7).

El estudio revela que tradicionalmente se encuentran más fecundidad indígena que en la nacional como tal. Debido a que las mujeres indígenas se casan a más temprana edad, tienen un mínimo conocimiento y control sobre los métodos de planificación. Están arraigados a un patrón cultural donde se les inculca el elevado tamaño familiar (7).

Una investigación realizada en Chile buscaba determinar el impacto sociocultural de las políticas públicas y la modernización en salud y educación en los pueblos aymaras en Chile, desde un enfoque cultural. Su intención es aproximarse al significado atribuido por las mujeres aymaras de Colchane a las políticas públicas en salud reproductiva y cómo impacta en su cosmovisión. La hipótesis es que las mujeres aymaras no se apropian de las políticas culturales en salud reproductiva porque no responden al sentido cultural que involucra el proceso reproductivo. Este trabajo quiso indagar sobre el sentido social y la construcción valórica tras estos procesos sociales y determinar cómo afecta a la incorporación de las políticas públicas(15).

En una investigación realizada a las comunidades que habitan a la ribera del río Amazonas con el objetivo de identificar los posibles factores de riesgo en la salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas gestantes, para planear, proyectar y evaluar el impacto de futuros programas de promoción y prevención. Se realizó una búsqueda activa-comunitaria (BAC) de todas las gestantes de las diecinueve comunidades indígenas de la zona, aplicación de encuesta de conocimientos-actitudes-prácticas, previo consentimiento informado y evaluación del riesgo de cada materna. Utilizando medidas de frecuencia y tendencia central(16).

A nivel nacional una investigación realizada en el departamento de Antioquia en el año 2014 en las mujeres Embera Chamibida de Cristianía con el objetivo de caracterizar la fecundidad comprándolo con otros estudios que se les ha realizado a los Chamibida, donde han documentado todas las modificaciones en los diferentes patrones reproductivos a lo largo de todo el tiempo y compararlo con las demás etnias y subgrupos de Antioquia.

Este texto tiene relevancia para la salud colectiva, pues aporta en la comprensión en cuestiones relacionadas con la vida y los derechos reproductivos de los pueblos indígenas y constituye un insumo para la formulación de políticas, programas y servicios de salud con pertinencia social y adecuación cultural. Se encontró una disminución de un 50,0% en la proporción de mujeres que tuvieron el primer parto antes de 15 años: en los años 90, 11,0% y en el año 2011, 4,8%; además, 20,7% de ellas habían tenido su primer hijo a los 30 años o más.

El promedio de partos hospitalarios fue 1,4, desplazando el parto domiciliario influenciado por la cercanía de las cabeceras municipales y por la adhesión a los programas estatales, idea impensable, para el subgrupo eyabida en los años 80. Entre los factores relacionados con los cambios culturales se destacan, la escasez

de territorio, las diferencias en el acceso a la educación y, la adhesión al sistema de salud occidental(17).

Otro estudio realizado en Colombia en el departamento de Boyacá en 115 mujeres mediante entrevistas durante los años 2014, 2015 y 2016 con el fin de presentar los resultados de un trabajo donde buscaron caracterizar aspectos de la fecundidad en lo tocante al calendario reproductivo, cuáles son las edades de la menarquia, de la entrada a la unión conyugal, de la primera gestación, del primer parto, así como acerca de los intervalos intergenésicos (tomados como períodos de ingravidez) y los tiempos de lactancia, con la ayuda del Hospital de Cubara que son los encargados en atender a esta comunidad u`wa (tunebo).

Con el anterior objetivo pretendían levantar información sobre calendario reproductivo y llamar la atención sobre la necesidad de que la atención a la salud, en general, y el cuidado de la salud reproductiva, en particular, se haga con base en los aspectos culturales específicos, en este caso de los pueblos(18).

A nivel nacional se realizó un estudio que tuvo como objetivo establecer la prevalencia de prácticas sexuales de riesgo en Colombia con base en la última Encuesta Nacional de Salud (ENS) y analizar su relación con características sociodemográficas (como el género, la edad, el nivel de escolaridad, el estado civil, el régimen de seguridad social en salud y la zona de residencia). Al respecto se encontraron dos situaciones de interés, aquellos que notificaron haber tenido dos o más parejas sexuales en el último mes y los que no usaron condón la última vez que tuvieron relaciones sexuales.

La primera situación fue más frecuente en los hombres, los solteros y separados y los que no tenían afiliación a la seguridad social; la segunda, fue más frecuente en

los hombres, los jóvenes de 18 a 24 años, solteros, con educación superior, y en aquellos sin afiliación a la seguridad social. Se registró en el 7 % de la muestra el consumo de alguna bebida alcohólica durante la última relación sexual, siendo más frecuente esta práctica en los hombres, los jóvenes de 18 a 24 años, solteros, sin educación básica y en quienes no tienen afiliación a la seguridad social. Asimismo, el consumo de alguna droga durante la última relación sexual (registrado por el 0,4 %) fue mayor en los hombres, en los rangos de edad de 18 a 24 años y de 55 a 69 años y en aquellos con educación básica secundaria. Los resultados indicaron además que es necesario promover el acceso equitativo e inducir la demanda hacia los servicios preventivos de salud sexual y reproductiva en el marco del sistema de salud vigente en Colombia, independientemente de la capacidad de pago de las personas afiliadas(19).

Con base a todos los estudios realizados leído e investigados es notorio el déficit de los conocimientos y prácticas en planificación familiar dentro de las comunidades indígenas, por diferentes razones como lo son: arraigos culturales, desinterés sobre el tema, lejanía de los centros de salud, mal proceso de acompañamiento de los trabajadores de la salud, entre otros.

4.2 MARCO CONCEPTUAL

Cuadro 1. Paralelo entre la concepción de la cultura occidental e indígena con relación a los conceptos de salud sexual y reproductiva.

Concepto	Cultura Occidental	Cultura indígena
Adolescencia	Es una etapa de la vida en la que hombres y mujeres experimentan cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales. La adolescencia se inicia con la pubertad y concluye cuando estos cambios alcanzan mayor estabilidad alrededor de los 19 años	Adolescente Nasa a los 7 años de edad, ya que debe tener este tiempo para obtener conocimientos maduros de la naturaleza y de su entorno en cuanto a las fases de la luna, los tejidos, lo artístico, porque a los 14 años podría conformar una familia debido a que a esta edad ha evolucionado su conocimiento y se podría catalogar como un ser adulto.(audio Tomado del Mayor del resguardo indígena de San Francisco en Toribio-Cauca)

Concepto	Cultura Occidental	Cultura indígena
Anticoncepción	Es la forma como se reducen de manera significativa las posibilidades de fecundación en mujeres fértiles, que sostengan relaciones sexuales de carácter heterosexual. Por otra parte los diversos métodos anticonceptivos contribuyen definitivamente en la toma de decisiones sobre el control de la natalidad, la prevención de embarazos, así como en la disminución del número de embarazos no deseados y embarazos en adolescentes	Es las prácticas que nuestra comunidad usan para evitar embarazos y enfermedades, claro está que para nuestra comunidad el uso es muy reducido, ya que nuestra cultura nos exige la fecundidad a temprana edad. (Audio Tomado del Mayor del resguardo indígena de San Francisco en Toribio-Cauca)
Costumbres	Se conoce como costumbres a aquellas todas acciones, prácticas y actividades que son parte de la tradición de una comunidad o sociedad y que están profundamente relacionadas con su identidad. Con su carácter único y con su historia.	Las costumbres en nuestros comuneros se basan en las enseñanzas que nos dejaron nuestros antepasados, basados en la "pacha mama" (madre tierra) que es quien se dictan las normas de convivencia dentro de nuestros resguardos. (Audio Tomado del Mayor del resguardo indígena de San Francisco en Toribio-Cauca)
Creencias	Una creencia es el sentimiento de certeza sobre el significado de algo. Es una afirmación personal que se considera verdadera. Las creencias, que en muchos casos son subconscientes, afectan la percepción que se tiene de sí mismo, de los demás, de las cosas y situaciones que rodean los individuos	Las creencias son todo eso que nuestros ancestros nos dejaron, todas esas historias fantásticas naturales con las cuales le podemos dar explicación a todos los cambios armoniosos de la tierra y de las actitudes de las personas. (Audio Tomado del Mayor del resguardo indígena de San Francisco en Toribio-Cauca)
Cultura	Es todo complejo que incluye el conocimiento, el arte, las creencias, la ley, la moral, las costumbres y todos los hábitos y habilidades adquiridos por el hombre no sólo en la familia, sino también al ser parte de una sociedad como miembro que es.	La cultura en nuestra comunidad es lo que nos rige como comuneros, es lo que le da sentido a nuestro vivir como indígenas. (audio Tomado del Mayor del resguardo indígena de San Francisco en Toribio-Cauca)
Familia	Se designa como familia al grupo de personas que poseen un grado de parentesco y conviven como tal. La palabra familia es de origen latín " <i>famulus</i> " que significa	En los indígenas el concepto de familia no es para solo ese núcleo que lleva tu misma sangre, como lo es para el occidental, aquí familia somos todos, todos somos

Concepto	Cultura Occidental	Cultura indígena
	“ <i>serviente o esclavo</i> ”, en virtud, de que antiguamente la expresión familia incluía los parientes y sirvientes de la casa del amo.	hermanos para nuestra cosmología. (audio Tomado del Mayor del resguardo indígena de San Francisco en Toribio-Cauca)
Hábitos	Se denomina hábito a toda conducta que se repite en el tiempo de modo sistemático. Debe quedar claro que un hábito no es una mera conducta asidua, sino que debe ser de un grado de regularidad que se confunda con la vida del individuo que lo ostenta. Por extensión, suele denominarse hábito al modo de vida de los presbíteros.	Son las conductas y actividades que cada comunero hace en su día a día. (audio Tomado del Mayor del resguardo indígena de San Francisco en Toribio-Cauca)
Planificación Familiar	Es la decisión libre, voluntaria e informada de las personas para elegir cuándo, cuántos y cada cuánto tiempo van a tener hijos, así como la decisión de los hombres y las mujeres de que puedan ejercer su derecho a elegir los métodos anticonceptivos que consideren pertinentes para planificar su familia.	La planificación familiar es aquella decisión no que tiene cada uno como persona, si no lo que nuestros espíritus quieran para nosotros, es por esto que es muy poco el uso de anticonceptivos, porque estaríamos faltando al plan de vida que nuestro espíritu tenga programado para cada uno. (Audio Tomado del Mayor del resguardo indígena de San Francisco en Toribio-Cauca)
Prácticas	Es una acción repetitiva que parte del conocimiento y del aprendizaje. Cuando una práctica o un estilo de hacer alguna cosa, se incorpora en la vida diaria a lo largo del tiempo, se dice que se ha convertido en un hábito.	Es casi igual que los hábitos, lo que realizamos ya sea en nuestra casa o en los trabajos. (Audio Tomado del Mayor del resguardo indígena de San Francisco en Toribio-Cauca)
Sexualidad	Conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológico-afectivas que caracterizan a cada sexo. Y por otro lado la sexualidad también es el conjunto de comportamientos, prácticas que se relacionan con la búsqueda del placer sexual y llegado el caso con la reproducción y que sin dudas marcaran al ser humano de manera determinante en todas y cada una de las fases del desarrollo.	Es el comportamiento sexual que tiene cada comunero, buscando su placer y el procrear en él. (audio tomado del Mayor del resguardo indígena de San Francisco en Toribio-Cauca)
Tradicición	La tradición es la comunicación de generación en generación de los	Es lo que venimos realizando de generación en generación, hoy en

Concepto	Cultura Occidental	Cultura indígena
	<p>hechos históricos acaecidos en un determinado lugar y de todos aquellos elementos socioculturales que se suceden en el mismo. Principalmente es la oralidad la manera en la cual se van transmitiendo y existiendo las tradiciones. Esta situación se dio especialmente en tiempos primitivos cuando la escritura no estaba desarrollada y era solamente la palabra hablada la única manera posible de comunicación.</p>	<p>día buscamos afianzar esas tradiciones porque nuestros adolescentes se han dejado llevar ya mucho de esa cultura occidental, un poco robótica y perezosa. Es claro que, en este momento, existen cambios que sí serían buenos para nuestra comunidad, pero queremos implementarlo poco a poco y sin dejar a un lado nuestra cultura.</p>

Fuente: **Elaboración propia de los autores y audio tomado del mayor del resguardo indígena de San Francisco en Toribio-Cauca, 2017- septiembre)**

4.3 MARCO TEÓRICO

4.3.1 Métodos de anticoncepción

Los métodos anticonceptivos son todos aquellos mecanismos utilizados voluntariamente, por el hombre, la mujer o la pareja, idealmente de común acuerdo, con el fin de evitar la concepción. Los métodos anticonceptivos varían según el momento de uso, aplicación, forma y eficacia, mecanismo de acción, entre otros. Los principales mecanismos de acción son los siguientes: impedir el contacto de los espermatozoides con el óvulo (barrera), impedir la liberación del óvulo (hormonales, modificando la condición del endometrio). Existen otros tipos de métodos que evitan la concepción de manera permanente mediante técnicas quirúrgicas (definitivos)(20)

4.3.1.1 Métodos de anticoncepción naturales

4.3.1.1.1 Métodos folclóricos

Son creencias populares que las personas tienen con la convicción que les ayudan a prevenir un embarazo, pero realmente no son efectivas ni tienen bases científicas(21).

4.3.1.1.2 Métodos Naturales

Los métodos naturales se basan en el funcionamiento del aparato reproductor del hombre y de la mujer para prevenir el embarazo; por lo tanto, no se emplea ningún mecanismo de protección externo al cuerpo. Por ejemplo, en el caso de la mujer se tienen en cuenta los días fértiles donde se produce la ovulación y hay mayor riesgo de embarazo. En el hombre el control de la eyaculación.

Estos métodos son poco confiables y pueden poner a las personas en riesgo no sólo de un embarazo no deseado sino de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) (22).

Ventajas:

- Son métodos seguros y precisos para conseguir el embarazo o postergarlo, se apoyan en una sólida base científica.
- No es necesario medicación.
- Son de bajo costo.
- Se centran en la mujer y su integridad.
- Permiten una relación interpersonal más profunda entre los esposos, basada en la comunicación, las decisiones compartidas y el respeto recíproco, fortalecen el matrimonio y, por tanto, la vida familiar (14).

Desventajas

- Se requiere de tiempo para llevarlo a cabo

- Ser precisos en las anotaciones.
- Llevar un control diario.
- Periodo de abstinencia, ya que para muchas parejas es muy largo (14).

Coito Interrumpido: Consiste en retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación lo que significa que el semen no quedará dentro de la mujer. Este método es de alto riesgo puesto que antes de la eyaculación el hombre arroja un líquido que contiene espermatozoides y que puede fecundar

Ritmo O Calendario: Consiste en registrar los ciclos menstruales durante un año para identificar cuáles son los días fértiles de la mujer en los que se corre mayor riesgo de embarazo. El método del ritmo implica evitar las relaciones sexuales coitales durante los días fértiles que son los días de la ovulación. Sólo funciona en mujeres con ciclos menstruales regulares.

Temperatura Corporal o Basal: Consiste en tomar la temperatura de la mujer todos los días, a la misma hora, en el mismo sitio del cuerpo (boca o axila), antes de levantarse de la cama, desde el primer día de la menstruación hasta la menstruación siguiente, para identificar los cambios que señalan los días de ovulación.

Normalmente la temperatura se encuentra entre 36 y 36.5 grados centígrados. Durante el día de la ovulación se eleva hasta 37 grados o más, permaneciendo elevada hasta la siguiente menstruación. El día del aumento de la temperatura de debe evitar la relación sexual.

Moco Cervical: Es un líquido que está en el cuello del útero, se vuelve cristalino y transparente semejante a una clara de huevo durante los días de ovulación, fecha en la que se deben evitar las relaciones sexuales coitales.

Lactancia Materna: Este método consiste en amamantar al bebé por lo menos cada tres horas desde el momento del nacimiento, más de cinco veces al día, lo que disminuye la probabilidad de la ovulación. Su eficacia es del 80 al 95 %, dependiendo de uso adecuado del método. Los métodos naturales presentan altas tasas de fracaso, por la dificultad que presentan en el aprendizaje, la disciplina y la reducción de la espontaneidad sexual(22).

4.3.1.2 Métodos de Barrera

Se llaman de barrera aquellos métodos químicos o mecánicos que interfieren en el encuentro de los espermatozoides con el óvulo. La eficacia varía de un método a otro. El condón y el diafragma ofrecen una protección del 93% mientras que los espermicidas protegen en un 85%.

El Condón: Cubierta fabricada en goma muy fina y delgada que se coloca sobre el pene desde el momento de la erección para que el semen no entre a la vagina. Es el único método que existe para prevenir las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH/SIDA. Por eso se considera un método de doble protección. Existen condones para el hombre y para la mujer. Éste último aún no está disponible en Colombia(22).

Ventajas

- No amerita prescripción médica.
- Ampliamente disponible y económico.
- Protege contra enfermedades de transmisión sexual (ETS) incluyendo HIV (SIDA).
- Puede usarse en combinación con espermicidas para aumentar la efectividad.
- Permite al hombre activamente en la Planificación familiar (16).

Desventajas

- No es en muchos casos bien aceptado por los hombres.
- Exige la motivación del hombre y que éste sepa usarlo correctamente ya que su uso incorrecto puede interferir en el acto sexual.
- Hay que hacer uso de un preservativo en cada coito.
- Irritación y reacciones alérgicas (raros) (16).

Diafragma: Es un pequeño elemento en forma de aro flexible, recubierto con un capuchón de látex en forma de copa. Se coloca en el fondo de la vagina de tal forma que cubra el cuello del útero para impedir que los espermatozoides lleguen a él. Antes de colocar el diafragma, éste debe impregnarse con jalea anticonceptiva para reforzar su efectividad (16).

Ventajas

- No causa complicaciones médicas.
- Protege contra las ETS bacterianas (16).

Desventajas

Exige motivación por parte de la mujer.

- Debe insertarse antes del coito y no remover mínimo en 6 horas.
- Para mayor seguridad debe usarse con espermicidas (16).

Espermicidas: Son sustancias químicas que destruyen los espermatozoides. Vienen en presentaciones de cremas, jaleas, espumas, óvulos o tabletas, que se aplican profundamente en la vagina minutos antes de la penetración(22).

Ventajas

- Disponible sin prescripción médica.
- Económicos.
- Protege contra ETS bacterianas.
- Debe utilizarse con otros métodos para mayor efectividad (16).

Desventajas

- Posible reacción alérgica.
- Exige motivación.
- Debe colocarse antes de cada coito (16).

4.3.1.3 Método mecánico

Dispositivo Intrauterino – DIU (T de cobre): Son dispositivos que el médico o la obstetra colocan dentro del útero de la mujer, quien así se protege de un embarazo por 10 años. Su eficacia es elevada e inmediata y la usuaria retorna a la fecundidad al ser retirado el DIU. Del 1 al 2% de mujeres lo expulsan en forma espontánea y no previene las ITS ni el VIH/Sida(23).

Contraindicaciones

- Mujeres con embarazo (posible o confirmado).
- Mujeres con sangrado genital anormal no investigado.
- Mujeres con múltiples parejas sexuales que no usen condón.
- Mujeres cuyas parejas tengan a su vez múltiples parejas sexuales.
- Mujeres con infección activa del tracto genital.

- Si las mujeres o sus parejas tienen un alto riesgo para ITS, se les debe sugerir otro método.
- Mujeres con enfermedad pélvica inflamatoria actual o reciente (3 meses)(23).

Ventajas

- Alta eficacia.
- Cinco años de duración. En algunos modelos se llega incluso a diez años.
- Fácil implantación y adaptación.
- Puede extraerse en cualquier momento.
- Es estéril, no provoca infecciones.
- No es abortivo.
- Es reversible, estableciéndose el ciclo normal y con posibilidad de embarazo de forma inmediata al ser retirado.
- No está contraindicado con la toma de medicamentos como barbitúricos o antibiótico.
- El DIU de cobre puede llevarse en periodo de lactancia, se puede insertar a las cuatro semanas del parto y después de un aborto.
- Puede utilizarse en el climaterio y durante un año después de la última menstruación.
- No es necesario periodo de descanso.
- El DIU hormonal puede curar en la fase inicial del cáncer de endometrio, según la Asociación Española de Ginecología y Obstetricia (AEGO).

Asimismo, está muy indicado en ciertas patologías ginecológicas como dismenorrea o hipermenorrea.

- Por su larga duración, es un método bastante barato (19).

Desventajas

- Tiene que ser insertado por un ginecólogo.
- Requiere controles ecográficos periódicos.
- Excepto en el hormonal, que presenta menstruaciones cortas y con poca cantidad, hay posibilidad de sangrados abundantes durante las reglas, que, además, pueden ser más dolorosas. Por ello es conveniente una vigilancia de las tasas de hierro y hemoglobina.
- Aunque de por sí el DIU es estéril, se ha comprobado una mayor sensibilidad del endometrio a las infecciones de transmisión sexual. Por ello, no es aconsejable para las mujeres con múltiples parejas sexuales.
- No puede utilizarse en casos de cáncer de útero, enfermedad pélvica inflamatoria y miomas si estos se presentan con sangrado importante.
- Dada su eficacia, el riesgo de embarazo ectópico es bajo, aumentando de forma importante en el caso de producirse la fecundación (19).

4.3.1.4 Métodos hormonales

Los métodos hormonales utilizan varios tipos de hormonas femeninas para prevenir la ovulación para que no pueda ser fertilizado por la esperma de un hombre. Otros cambios en el útero lo hacen aún más difícil para que se pueda desarrollar un embarazo (20).

Orales: Es una tableta que se toma una vez al día todos los días. Usualmente es una pastilla combinada de estrógeno y progestina, dos tipos de hormonas femeninas. En ocasiones, dependiendo de su historial médico, se le puede recetar la pastilla mini, la cual contiene solo progestina.

La pastilla anticonceptiva previene el embarazo primariamente al prevenir la ovulación, pero también afecta el forro del útero y la mucosidad cervical para que sea menos probable que la esperma fertiliza un huevo. La mayoría de pastillas contienen 21 pastillas activas y 7 pastillas que no contienen medicamento.

Las últimas 7 pastillas se proveen para que se mantenga en un régimen y para dejarle saber cuándo le toca empezar un paquete nuevo. Durante estas 7 pastillas es cuando puede esperar tener su periodo. Para que las pastillas sean lo más efectivas, es muy importante que no se le olvide ninguna pastilla y que se las tome a la misma hora todos los días (21).

Parche: Es un parche hecho de un material ligero y delgado que contiene estrógeno y progesterona. Los parches se aplican en diferentes sitios del cuerpo y las hormonas se absorben por la piel para prevenir que el ovario suelta un huevo. Cada parche dura 7 días y tiene que ser reemplazado cada semana por tres semanas consecutivas. En la cuarta semana no se usa el parche y es en esta semana cuando le llegara su periodo (21).

El anillo: Es un anillo flexible, suave y transparente que se pone dentro de la vagina y suelta una dosis baja de estrógeno y progestina. Es una dosis aún más baja que las pastillas o el parche. El anillo se queda dentro de la vagina por 3 semanas, luego se saca en la cuarta semana. Durante esta semana empezará su periodo. Este proceso se repite cada mes (21).

Inyectable: Contiene una hormona (progestina) que previene que se suelte un huevo. Es una inyección dada en el brazo o la nalga cada 12 semanas (3 meses).

La mayoría de mujeres tienen un periodo irregular o no tienen periodo alguno con el uso prolongado de la inyección. Puede causar aumento de peso (21).

Implante: Es un método anticonceptivo en forma de una varilla del tamaño de un cerillo y que contiene progestina (una hormona). Se coloca debajo de la piel en la parte superior del brazo por un proveedor médico. Ya insertado, suelta una pequeña dosis de progestina lentamente y continuamente. La progesterona previene que se suelte un huevo del ovario. Un embarazo no puede suceder si el huevo y la esperma no se unen. La progestina engrosa la mucosidad cervical lo que hace más difícil que la esperma llegue al huevo (21).

4.3.1.5 Métodos Irreversibles

Ligadura de trompas: Consiste en una operación sencilla para bloquear los conductos que comunican los ovarios con la matriz, impidiendo la unión entre el óvulo y los espermatozoides. Es un método definitivo (18).

Contraindicaciones

- Usuarías presionadas por el cónyuge o por alguna persona.
- Que no cuentan con información sobre este método.
- Se recomienda a las usuarias buscar información (18).

Vasectomía: Consiste en bloquear los conductos por donde pasan los espermatozoides, impidiendo su salida y evitando la unión con el óvulo. Este método es definitivo para los hombres que ya no desean tener más hijos (18).

Contraindicaciones

- No existe ninguna contraindicación absoluta, pero se debe diferir la intervención hasta que se corrijan las siguientes condiciones:
- Hernia
- Anemia severa
- Cardiopatía sintomática
- Diabetes
- Trastornos hemorrágicos
- Infecciones del aparato genital
- Entre otros (18).

4.3.2 El embarazo en adolescentes

Datos y cifras

- Unos 16 millones de muchachas de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos.
- Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo.
- Cada año, unos 3 millones de muchachas de 15 a 19 años se someten a abortos peligrosos.
- Los bebés de madres adolescentes se enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años (18).

En las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 se indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1000 muchachas. Las tasas nacionales oscilan de 1 a 299 nacimientos por 1000 muchachas, siendo las más altas las del África Subsahariana.

.Algunas adolescentes planean y desean su embarazo, pero en muchos casos no es así. Los embarazos en la adolescencia son más probables en comunidades pobres, poco instruidas y rurales. En algunos países, los embarazos fuera del matrimonio no son raros. En cambio, algunas muchachas pueden recibir presión social para contraer matrimonio y, una vez casadas, para tener hijos.

En países de ingresos medianos y bajos más del 30% de las muchachas contraen matrimonio antes de los 18 años, y cerca del 14% antes de los 15 años (16).

Algunas muchachas no saben cómo evitar el embarazo, pues en muchos países no hay educación sexual. Es posible que se sientan demasiado cohibidas o avergonzadas para solicitar servicios de anticoncepción; puede que los anticonceptivos sean demasiado caros o que no sea fácil conseguirlos o incluso que sean ilegales.

Aun cuando sea fácil conseguir anticonceptivos, las adolescentes activas sexualmente son menos propensas a usarlos que las mujeres adultas. Puede que las muchachas no puedan negarse a mantener relaciones sexuales no deseadas o a oponerse a las relaciones sexuales forzadas, que suelen ser sin protección (16).

4.3.3 Qué es conocimiento

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo.

El conocimiento tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y concluye finalmente en la razón. Se dice que el conocimiento es una relación entre un sujeto y un objeto. El proceso del conocimiento involucra cuatro elementos: sujeto, objeto, operación y representación interna (el proceso cognoscitivo) (18).

4.3.4 Qué es prácticas

Práctica es un concepto con varios usos y significados. La práctica es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos. Por ejemplo: *“Tengo todos los conocimientos teóricos necesarios, pero aún no he logrado llevarlos a la práctica con éxito”, “Dicen que un científico chino logró demostrar teorías milenarias en la práctica”*.

Una persona práctica, por otra parte, es aquella que piensa y actúa de acuerdo a la realidad y que persigue un fin útil. Se puede decir que alguien posee esta cualidad cuando es capaz de resolver situaciones imprevistas sin perder el control, basándose en los recursos de los cuales dispone e ideando soluciones sin necesidad de un conocimiento previo (18).

4.3.5 Vida sexual en adolescentes colombianos

Un 75% de los adolescentes de las principales ciudades de Colombia (Bogotá, Cali, Medellín y Barranquilla) menores de 20 años ya han empezado su vida sexual. A diferencia de los jóvenes ubicados en zonas aledañas que registran su inicio en la actividad en un 85%, según la última Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Profamilia se comprobó que las zonas urbanas y rurales manejan grandes diferencias en el tema sexual.

La sexualidad precoz hace que los embarazos en adolescentes aumentan en las zonas urbanas se registran 79 por cada 1000 personas, mientras que en el ámbito rural se eleva a 128.

La tasa de natalidad de las ciudades es diferente a las veredas, en la urbe nacen dos hijos en promedio, mientras que la zona rural registra el doble de nacimientos. Desde 1998 se ha disminuido el número de embarazos, de 136 mil a 112 mil en la actualidad. Sin embargo, siendo los adolescentes el grupo más vulnerable con respecto a la población en general, la encuesta de demografía y salud reportó un aumento del 10% al 15%, teniendo en cuenta que hace seis años estaba entre un 5% y 7%(4).

4.3.6 ¿Qué es la adolescencia indígena?

- Una construcción moderna: etapa pre-productiva en preparación para llegar a ser lo que la norma social indica: adulto/a productivo/a, con familia sin asuntos pendientes con la ley: “buen ciudadano y ciudadana”
- El punto de contacto entre por lo menos dos generaciones
- En el centro de la transmisión de valores culturales y relaciones sociales: un síntoma del mundo contemporáneo(24)

4.3.7 ¿Quiénes son los y las adolescentes indígenas?

- Un grupo heterogéneo
- Tienen su edad en común (10/12-18 años UNICEF)
- Viven en circunstancias diferentes y con necesidades diversas, no es un solo grupo sino muchos
- Buscan el valor de lo social en la relación de sí mismos con el entorno
- La persona comienza a asumir su independencia y autonomía frente al medio social: reacciona ante la discrecionalidad y la arbitrariedad (19).

4.3.8 Intervenciones de enfermería

Para prevenir el embarazo en adolescentes y fomentar el uso de los diferentes métodos anticonceptivos, las intervenciones por parte del profesional de enfermería deben estar orientadas a:

- Permitir a las adolescentes ser partícipes de la elaboración de las políticas de salud sexual y reproductiva, con la finalidad de lograr articular la política y la realidad sentida por la adolescente, lo cual permite empoderamiento alrededor de su sexualidad para la toma de decisiones responsables, autónomas y saludables (2).
- Adelantar acciones para que las mujeres adolescentes conozcan y se apropien de sus deberes y derechos en salud sexual y reproductiva (2).
- Brindar educación sexual y reproductiva a las adolescentes, enmarcada dentro de una formación que tenga bases en los aspectos afectivos y morales, lo cual permite dar sentido y responsabilidad en el ejercicio de la sexualidad (2).
- Brindar asesoría en salud sexual y reproductiva, tanto en las instituciones de salud como de educación; dicha educación debe estar soportada y reforzada por la familia, los medios de comunicación, el personal de salud, grupos culturales, religiosos y centros de atención integral a adolescentes; debe estar dirigida a contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los adolescentes, a promover su salud integral, buscando desarrollar un pensamiento crítico que permita adquirir actitudes positivas frente a la sexualidad y a la toma de decisiones sobre el cuidado de su cuerpo (2) .
- Capacitar permanentemente a todo el personal de salud que brinda orientación a la población adolescente, buscando lograr personal altamente calificado y capacitado para brindar atención integral a este grupo poblacional (2).

- Brindar educación oportuna, veraz y clara a la adolescente, a fin de ayudar a incrementar los conocimientos en salud sexual y reproductiva, generar actitudes para una sexualidad sana, postergar el inicio de la actividad sexual, promover prácticas sexuales protegidas y contribuir a una cultura que favorezca la sexualidad libre y sin riesgos (2).
- Divulgar información confiable sobre las características, ventajas y efectos secundarios de los distintos métodos de anticoncepción, así como verificar el entendimiento de la misma, partiendo de lo establecido en los derechos sexuales y reproductivos (2).
- Ofrecer servicios amigables a la población adolescente, servicios donde predomine la confianza, donde los jóvenes se sientan escuchados y sientan que su intimidad está siendo protegida (2).

4.4 TEORISTA

La teorista Orem define su modelo como una teoría general de enfermería del autocuidado y en relaciona con el problema de presente trabajo de investigación del conocimientos y prácticas de métodos anticonceptivo en estudiantes indígenas, de Corinto, Cauca. Explica del concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

Esta teoría nos da una orientación de lo que se quiere lograr con los objetivos planteados en el trabajo. Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana

Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud (2).

4.5 MARCO ÉTICO Y BIOÉTICO

4.5.1 Marco ético internacional

4.5.1.1 Declaración de Helsinki

El presente trabajo de investigación se rige éticamente por la normativa de Helsinki, difundido por La Asociación Médica Mundial (AMM) este es el documento internacional más conocido con relación a la investigación en seres humanos, en el cual ha sido incluido también la investigación del material humano y la información que lo identifique. Conforme al mandato de la AMM, la Declaración está destinada principalmente a los médicos. Aunque esta asociación solicita a otros involucrados en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios (inclusive personal sin vínculo de formación en las ciencias médicas y de salud). A continuación, se expondrán unos principios básicos de la declaración de Helsinki que se adaptan más a nuestra investigación para sustentar lo dicho anteriormente.

- La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.
- Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.
- Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.
- La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificada apropiadamente.
- Los grupos que están presentados en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación(25).

4.5.2 Principios bioéticos universales

Beneficencia: Se refiere a la obligación ética de lograr los máximos beneficios y de reducir al mínimo el daño y la equivocación (relación riesgo/beneficio). Este principio da origen a normas, para que los riesgos de la investigación sean razonables frente a los beneficios previstos, que el diseño de la investigación sea acertado y que los investigadores sean competentes, tanto para realizar la investigación como para salvaguardar el bienestar de las personas que participan

en ella; en relación con el principio de beneficencia, es éticamente fundamental respecto a la investigación en seres humanos, la validez en cuanto a que el sujeto acepte su participación conociendo los riesgos predecibles y que estos no sean mayores que el riesgo mínimo. Entra entonces, el concepto del poder de decisión que tiene la persona en la elección de su propio beneficio, al aceptar o rechazar ser sujeto de investigación y en relación con su capacidad de sujeto competente.

No maleficencia: ("No hagas daño") ocupa un lugar preponderante en la tradición de la ética médica, y protege contra daños evitables a los participantes en la investigación.

Autonomía: Exige que a las personas que estén en condiciones de deliberar acerca de sus metas personales se les respete su capacidad de autodeterminación, y la protección de las personas cuya autonomía está menoscabada o disminuida, lo que requiere que a quienes sean dependientes o vulnerables se los proteja contra daños o abuso.

Justicia: Se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que es moralmente correcto y apropiado, de dar a cada persona lo que le corresponde; en la ética de la investigación con seres humanos, es especialmente aplicable el principio aristotélico de la justicia distributiva, que exige la distribución equitativa tanto de los costos como de los beneficios de la participación en actividades de investigación. La equidad puede ser vista de distintas maneras, pero parece más cercana a nuestra visión solidaria de la sociedad el "dar a cada cual según su necesidad". Las diferencias que puedan ocurrir en esa distribución se justifican sólo si se basan en distinciones que sean pertinentes desde el punto de vista moral, como lo es la vulnerabilidad(26).

4.4.4 Unesco (Declaración universal sobre los derechos humanos)

Artículo 12

Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales injerencias o ataques.

Artículo 26

1. Toda persona tiene derecho a la educación. La educación debe ser gratuita, al menos en lo concerniente a la instrucción elemental y fundamental. La instrucción elemental será obligatoria. La instrucción técnica y profesional habrá de ser generalizada; el acceso a los estudios superiores será igual para todos, en función de los méritos respectivos.

2. La educación tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana y el fortalecimiento del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales; favorecerá la comprensión, la tolerancia y la amistad entre todas las naciones y todos los grupos étnicos o religiosos; y promoverá el desarrollo de las actividades de las Naciones Unidas para el mantenimiento de la paz(27). (27)

4.4.5 Informe Belmont (Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación)

Es de vital importancia manejar un código de principios éticos y bioéticos, por ello hemos tomado como referencia los siguientes criterios:

A. Principios éticos básicos. La expresión “principios éticos básicos” se refiere a aquellos criterios generales que sirven como base para justificar muchos de los preceptos éticos y valoraciones particulares de las acciones humanas. Entre los principios que se aceptan de manera general en nuestra tradición cultural, tres de ellos son particularmente relevantes para la ética de la experimentación con seres humanos: Los principios de respeto a las personas, de beneficencia y de justicia.

1. Respeto a las personas: El respeto a las personas incluye por lo menos dos convicciones éticas. La primera es que todos los individuos deben ser tratados

como agentes autónomos, y la segunda, que todas las personas cuya autonomía está disminuida tienen derecho a ser protegidas. Consiguientemente el principio de respeto a las personas se divide en dos prerequisites morales distintos: el prerequisite que reconoce la autonomía, y el prerequisite que requiere la protección de aquellos cuya autonomía está de algún modo disminuida. (28)

2. Beneficencia: Se trata a las personas de manera ética no sólo respetando sus decisiones y protegiéndolas de daño, sino también esforzándose en asegurar su bienestar. Esta forma de proceder cae dentro del ámbito del principio de beneficencia. El término “beneficencia” se entiende frecuentemente como aquellos actos de bondad y de caridad que van más allá de la obligación estricta. En este documento, beneficencia se entiende en sentido más radical, como una obligación. Dos reglas generales han sido formuladas como expresiones complementarias de los actos de beneficencia entendidos en este sentido: (1) No causar ningún daño, y (2) maximizar los beneficios posibles y disminuir los posibles daños.

3. Justicia: ¿Quién debe ser el beneficiario de la investigación y quién debería sufrir sus cargas? Este es un problema que afecta a la justicia, en el sentido de “equidad en la distribución”, o “lo que es merecido”. Se da una injusticia cuando se niega un beneficio a una persona que tiene derecho al mismo, sin ningún motivo razonable, o cuando se impone indebidamente una carga. Otra manera de concebir el principio de justicia es afirmar que los iguales deben ser tratados con igualdad. Sin embargo, esta afirmación necesita una explicación ¿Quién es igual y quién es desigual?

4. Aplicaciones: La aplicación de los principios generales de la conducta que se debe seguir en la investigación nos lleva a la consideración de los siguientes requerimientos:

- Consentimiento Informado,

- Valoración De Beneficios Y Riesgos,
- Selección De Los Sujetos De Investigación.

Consentimiento informado. El respeto a las personas exige que se dé a los sujetos, en la medida de sus capacidades, la oportunidad de escoger lo que les pueda ocurrir o no. Se ofrece esta oportunidad cuando se satisfacen los criterios adecuados a los que el consentimiento informado debe ajustarse. Aunque nadie duda de la importancia del mismo, con todo, existe una gran controversia sobre la naturaleza y la posibilidad de un consentimiento informado. Sin embargo, prevalece de manera muy general el acuerdo de que el procedimiento debe constar de tres elementos:

- Información,
- Comprensión
- Voluntariedad.

Información. La mayoría de códigos de investigación contienen puntos específicos a desarrollar con el fin de asegurar que el sujeto tenga la información suficiente.

Estos puntos incluyen: el procedimiento de la investigación, sus fines, riesgos y beneficios que se esperan, procedimientos alternativos (cuando el estudio está relacionado con la terapia), y ofrecer al sujeto la oportunidad de preguntar y retirarse libremente de la investigación en cualquier momento de la misma.

Se han propuesto otros puntos adicionales, tales como la forma en que se debe seleccionar a los sujetos, la persona responsable de la investigación, etc.(28)

4.6 MARCO ÉTICO NACIONAL

4.6.1 Resolución N°. 008430 DE 1993

El trabajo de investigación está regido bajo la resolución 8430 de 1993, Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la Investigación en salud.

TITULO I. Disposiciones generales.

Artículo 1. Las disposiciones de estas normas científicas tienen por objeto establecer los requisitos para el desarrollo de la actividad investigativa en salud.

TITULO II. De la investigación en seres humanos.

Capítulo 1. DE LOS ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION EN SERES HUMANOS.

Artículo 5. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

Artículo 6. La investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a los siguientes criterios:

- a) Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.
- b) Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.
- c) Se realizará solo cuando el conocimiento que se pretende producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.
- d) Deberá prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos (mínimos), los cuales no deben, en ningún momento, contradecir el artículo 11 de esta resolución.

- e) Contará con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución.
- f) Deberá ser realizada por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de una entidad de salud, supervisada por las autoridades de salud, siempre y cuando cuenten con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.
- g) Se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización: del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación; el Consentimiento Informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución.

Artículo 7. Cuando el diseño experimental de una investigación que se realice en seres humanos incluya varios grupos, se usarán métodos aleatorios de selección, para obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo, y demás normas técnicas determinadas para este tipo de investigación, y se tomarán las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación.

Artículo 8. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Artículo 11. Para efectos de este reglamento las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías:

- a) Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza

ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

- b) Investigación con riesgo mínimo: Son estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, electrocardiogramas, pruebas de agudeza auditiva, termografías, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, recolección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimientos profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml en dos meses excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a grupos o individuos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico y registrados en este Ministerio o su autoridad delegada, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos que se definen en el artículo 55 de esta resolución.
- c) Investigaciones con riesgo mayor que el mínimo: Son aquellas en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas, entre las que se consideran: estudios radiológicos y con microondas, estudios con los medicamentos y modalidades que se definen en los títulos III y IV de esta resolución, ensayos con nuevos dispositivos, estudios que incluyen procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre mayor al 2% del volumen

circulante en neonatos, amniocentesis y otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que empleen métodos aleatorios de asignación a esquemas terapéuticos y los que tengan control con placebos, entre otros.

Artículo 14. Se entiende por Consentimiento Informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Artículo 15. El Consentimiento Informado deberá presentar la siguiente, información, la cual será explicada, en forma completa y clara al sujeto de investigación o, en su defecto, a su representante legal, en tal forma que puedan comprenderla.

- a) La justificación y los objetivos de la investigación.
- b) Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito incluyendo la identificación de aquellos que son experimentales.
- c) Las molestias o los riesgos esperados.
- d) Los beneficios que puedan obtenerse.
- e) Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
- f) La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.
- g) La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se creen perjuicios para continuar su cuidado y tratamiento.

- h) La seguridad que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.
- i) El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando.
- j) La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución responsable de la investigación, en el caso de daños que le afecten directamente, causados por la investigación.
- k) En caso de que existan gastos adicionales, éstos serán cubiertos por el presupuesto de la investigación o de la institución responsable de la misma.

Artículo 16. El Consentimiento Informado, del sujeto pasivo de la investigación, para que sea válido, deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Será elaborado por el investigador principal, con la información señalada en el artículo 15 de ésta resolución.
- b) Será revisado por el Comité de Ética en Investigación de la institución donde se realizará la investigación.
- c) Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación.
- d) Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su defecto. Si el sujeto de investigación no supiere firmar imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe.
- e) Se elaborará en duplicado quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o su representante legal.

Parágrafo primero. En el caso de investigaciones con riesgo mínimo, el Comité de Ética en Investigación de la institución investigadora, por razones justificadas, podrá autorizar que el Consentimiento Informado se obtenga sin formularse por escrito y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador de la obtención del mismo.

De las investigaciones a grupos subordinados.

Artículo 45. Se entiende por grupos subordinados los siguientes: estudiantes, trabajadores de los laboratorios y hospitales, empleados y miembros de las fuerzas armadas, internos en reclusorios o centros de readaptación social y otros grupos especiales de la población, en los que el Consentimiento Informado pueda ser influenciado por alguna autoridad.

Artículo 46. Cuando se realicen investigaciones en grupos subordinados, en el Comité de Ética en Investigación, deberá participar uno o más miembros de la población de estudio, capaz de representar los valores morales, culturales y sociales del grupo en cuestión y vigilar:

- a) Que la participación, el rechazo de los sujetos a intervenir o retiro de su consentimiento durante el estudio, no afecte su situación escolar, laboral, militar o la relacionada con el proceso judicial al que estuvieren sujetos y las condiciones de cumplimiento de sentencia del caso.
- b) Que los resultados de la investigación no sean utilizados en perjuicio de los individuos participantes.
- c) Que la institución investigadora y los patrocinadores se responsabilicen del tratamiento médico de los daños ocasionados y, en su caso, de la indemnización que legalmente corresponda por las consecuencias perjudiciales de la investigación(29).

4.6.2 Leyes, Decretos o Resoluciones a nivel Nacional que se refieran al tema sobre el cual se va a investigar.

4.6.2.1 Constitución Política de Colombia

Entre los artículos que se refieren a la promoción de los estilos y hábitos de vida saludables (práctica regular de la actividad física, alimentación saludable y el control del consumo de tabaco) en la Constitución Política de Colombia de 1991 se resaltan los siguientes:

Artículo 48. Señala que la salud de la población colombiana es una responsabilidad directa del Estado, cuya accesibilidad le corresponde garantizar a las distintas autoridades, sectores sociales, económicos públicos y privados.

Artículo 49. Determina que corresponde al Estado garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud; de la misma manera establece que toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

Artículo 79. Establece que todas las personas tienen derecho a gozar de un ambiente sano.

Artículo 95. Señala que son deberes de la persona y del ciudadano, entre otros: velar por la conservación de un ambiente sano(30).

Normas sobre ambiente saludable y actividad física.

Ley 181 de 1995 (artículo 3, numeral 5): Dispone como uno de los objetivos del Estado garantizar el acceso de las personas a la práctica del deporte y la recreación, fomentar la creación de espacios que faciliten la actividad física, el deporte y la recreación como hábito de salud y mejoramiento de la calidad de vida y el bienestar social.

Ley 1098 de 2006. Ley de Infancia y Adolescencia: Estipula que los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho al descanso, esparcimiento, al juego y demás actividades recreativas propias de su ciclo vital y a participar en la vida cultural y las artes.

Decreto 2771 DE 2008. Por el cual se crea la Comisión Nacional Intersectorial para la coordinación y orientación superior del fomento, desarrollo y medición de impacto de la actividad física.

Establece la Comisión Nacional Intersectorial para la Coordinación y Orientación Superior del Fomento, Desarrollo y Medición de Impacto de la Actividad Física (CONIAF), integrada por el Ministerio de la Protección Social, el Ministerio de Educación Nacional, el Ministerio de Cultura y el Instituto Colombiano del Deporte Coldeportes. Las entidades vinculadas se comprometen con la coordinación y desarrollo de las estrategias para la promoción de estilos de vida saludables, prevención y control de ECNT y la coordinación, formulación, gestión, ejecución y evaluación de programas y proyectos intersectoriales y comunitarios dirigidos a promover la Actividad física y los estilos de vida saludables a nivel nacional y territorial.

Artículo 49 de la Constitución Política, corresponde al Estado garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Ley 1122 de 2007, estableció en **sus artículos 32 y 33** que la salud pública está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país.

Resolución N°0429 DE 2016

Artículo 1°. De la Política de Atención Integral en Salud- PAIS. El objetivo de la PAIS está dirigido hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución.⁴¹

Artículo 2°. Marco estratégico de la Política de Atención Integral en Salud. El marco estratégico de la PAIS se fundamenta en la atención primaria en salud- APS, con enfoque de salud familiar y comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial para los distintos territorios y poblaciones.⁴¹

Artículo 3°. Modelo Integral de Atención en Salud-MIAS La PAIS establece un modelo operacional que, a partir de las estrategias definidas, adopta herramientas para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población, bajo condiciones de equidad, y comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los integrantes del sistema, en una visión centrada en las personas.

Artículo 5°. Componentes del Modelo integral de Atención en Salud- MIAS-. El MIA cuenta con diez componentes: A continuación, se mencionaran las más relacionadas con el trabajo de investigación.

Caracterización de la Población. Cada integrante, dentro de sus competencias, debe organizar las poblaciones según el curso de vida y los grupos de riesgo que pueden afectar la salud de las personas, de manera que la planeación de los servicios que se le prestará a la población sea coherente con sus necesidades y con las metas propuestas en el Plan Nacional de Salud Pública 2012-2021 (PDSP).

Regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud, RIAS. Las RIAS integran las intervenciones individuales y colectivas que realizan los diferentes integrantes dentro de sus competencias, las cuales deben adaptarse a los ámbitos territoriales y a los diferentes grupos poblacionales. Para el efecto, se definen tres tipos de rutas: Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud; Rutas de Grupo de Riesgo; Rutas de eventos Específicas de Atención.

4.7 MARCO LEGAL Y DISCIPLINAR

4.7.1 Ley 266 de 1996 de enero 25)

Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de Colombia, DECRETA:

CAPITULO I: Del objeto y de los principios de la práctica profesional

Artículo 1. Objeto. La presente Ley reglamenta el ejercicio de la profesión de enfermería, define la naturaleza y el propósito de la profesión, determina el ámbito del ejercicio profesional, desarrolla los principios que la rigen, determina sus entes rectores de dirección, organización, acreditación y control del ejercicio profesional y las obligaciones y derechos que se derivan de su aplicación.

Artículo 2. Principios de la práctica profesional. Son principios generales de la práctica profesional de enfermería, los principios y valores fundamentales que la Constitución Nacional consagra y aquellos que orientan el sistema de salud y seguridad social para los colombianos.

Son principios específicos de la práctica de enfermería los siguientes:

1. Integralidad. Orienta el proceso de cuidado de enfermería a la persona, familia y comunidad con una visión unitaria para atender sus dimensiones física, social, mental y espiritual.

2. Individualidad. Asegura un cuidado de enfermería que tiene en cuenta las características socioculturales, históricas y los valores de la persona, familia y comunidad que atiende. Permite comprender el entorno y las necesidades individuales para brindar un cuidado de enfermería humanizado, con el respeto debido a la diversidad cultural y la dignidad de la persona sin ningún tipo de discriminación.

3. Dialogicidad. Fundamenta la interrelación enfermera - paciente, familia, comunidad, elemento esencial del proceso del cuidado de enfermería que asegura una comunicación efectiva, respetuosa, basada en relaciones interpersonales simétricas, conducentes al diálogo participativo en el cual la persona, la familia y la comunidad expresan con libertad y confianza sus necesidades y expectativas de cuidado.

4. Calidad. Orienta el cuidado de enfermería para prestar una ayuda eficiente y efectiva a la persona, familia y comunidad, fundamentada en los valores y estándares técnico - científicos, sociales, humanos y éticos.

La calidad se refleja en la satisfacción de la persona usuaria del servicio de enfermería y de salud, así como en la satisfacción del personal de enfermería que presta dicho servicio.

5. Continuidad. Orienta las dinámicas de organización del trabajo de enfermería para asegurar que se den los cuidados a la persona, familia y comunidad sin interrupción temporal, durante todas las etapas y los procesos de la vida, en los períodos de salud y de enfermedad.

Se complementa con el principio de oportunidad que asegura que los cuidados de enfermería se den cuando las personas, la familia y las comunidades lo solicitan, o cuando lo necesitan, para mantener la salud, prevenir las enfermedades o complicaciones.

Parágrafo. La práctica de enfermería se fundamenta en general en los principios éticos y morales y en el respeto de los Derechos Humanos.

CAPITULO II De la naturaleza y ámbito del ejercicio

Artículo 3. *Definición y propósito.* La enfermería es una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son la persona, la familia y la comunidad, con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influye en la salud y en el bienestar.

El ejercicio de la profesión de enfermería tiene como propósito general promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud, aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a una vida digna de la persona.

Artículo 4. *Ámbito del ejercicio profesional.* El profesional de enfermería ejerce su práctica dentro de una dinámica interdisciplinaria, multi-profesional y transdisciplinaria, aporta al trabajo sectorial e intersectorial sus conocimientos y habilidades adquiridas en su formación universitaria y actualizada mediante la experiencia, la investigación y la educación continua.

El profesional de enfermería ejerce sus funciones en los ámbitos donde la persona vive, trabaja, estudia, se recrea y se desarrolla, y en las instituciones que directa o indirectamente atienden la salud.

Artículo 23. Vigencia. Esta Ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias(31).

4.7.2 Ley 911 de 2004 (octubre 5).

Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones.

TITULO I DE LOS PRINCIPIOS Y VALORES ÉTICOS, DEL ACTO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA

CAPITULO I

Artículo 1°. El respeto a la vida, a la dignidad de los seres humanos y a sus derechos, sin distinciones de edad, credo, sexo, raza, nacionalidad, lengua, cultura, condición socioeconómica e ideología política, son principios y valores fundamentales que orientan el ejercicio de la enfermería.

Artículo 2°. Además de los principios que se enuncian en la Ley 266 de 1996, capítulo I, artículo 2°, los principios éticos de Beneficencia, No-Maleficencia, Autonomía, Justicia, Veracidad, Solidaridad, Lealtad y Fidelidad, orientarán la responsabilidad deontológica - profesional de la Enfermería en Colombia.

CAPITULO II. Condiciones para el ejercicio de la enfermería.

Artículo 6°. El profesional de enfermería deberá informar y solicitar el consentimiento a la persona, a la familia, o a los grupos comunitarios, previa realización de las intervenciones de cuidado de enfermería, con el objeto de que conozcan su conveniencia y posibles efectos no deseados, a fin de que puedan manifestar su aceptación o su oposición a ellas. De igual manera, deberá proceder cuando ellos sean sujetos de prácticas de docencia o de investigación de Enfermería.

TITULO III RESPONSABILIDADES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA PRÁCTICA

CAPITULO I. De las responsabilidades del profesional de enfermería con los sujetos de cuidado

Artículo 9°. Es deber del profesional de enfermería respetar y proteger el derecho a la vida de los seres humanos, desde la concepción hasta la muerte. Asimismo, respetar su dignidad, integridad genética, física, espiritual y psíquica.

La violación de este artículo constituye falta grave.

Parágrafo: En los casos en que la ley o las normas de las instituciones permitan procedimientos que vulneren el respeto a la vida, la dignidad y derechos de los seres humanos, el profesional de Enfermería podrá hacer uso de la objeción de conciencia, sin que por esto se le pueda menoscabar sus derechos o imponérsele sanciones.

Artículo 10. El profesional de enfermería, dentro de las prácticas de cuidado, debe abogar por que se respeten los derechos de los seres humanos, especialmente de quienes pertenecen a grupos vulnerables y estén limitados en el ejercicio de su autonomía.

Artículo 12. En concordancia con los principios de respeto a la dignidad de los seres humanos y a su derecho a la integridad genética, física, espiritual y psíquica, el profesional de enfermería no debe participar directa o indirectamente en tratos crueles, inhumanos, degradantes o discriminatorios. La violación de este artículo constituye falta grave.

CAPITULO III. De la responsabilidad del profesional de enfermería con las instituciones y la sociedad.

Artículo 24. Es deber del profesional de enfermería conocer la entidad en donde preste sus servicios, sus derechos y deberes, para trabajar con lealtad y contribuir al fortalecimiento de la calidad del cuidado de enfermería, de la imagen profesional e institucional.

CAPÍTULO IV De la responsabilidad del profesional de enfermería en la investigación y la docencia.

Artículo 29. En los procesos de investigación en que el profesional de enfermería participe o adelante, deberá salvaguardar la dignidad, la integridad y los derechos de los seres humanos, como principio ético fundamental. Con este fin, conocerá y aplicará las disposiciones éticas y legales vigentes sobre la materia y las declaraciones internacionales que la ley colombiana adopte, así como las declaraciones de las organizaciones de enfermería nacionales e internacionales.

Artículo 30. El profesional de enfermería no debe realizar ni participar en investigaciones científicas que utilicen personas jurídicamente incapaces, privadas de la libertad, grupos minoritarios o de las fuerzas armadas, en las cuales ellos o sus representantes legales no puedan otorgar libremente su consentimiento. Hacerlo constituye falta grave(32).

4.7.3 Compendio de normatividad de los resguardos indígenas en Colombia en relación con la información estadística

Contexto Constitucional Étnico Colombiano: En la década de 1990 el Estado colombiano alcanzó desarrollos legislativos y normativos, y suscribió la firma de tratados internacionales exigibles para garantizar y demostrar el compromiso de promover y proteger la diversidad étnica cultural del país.

4.7.4 Ley 1098 de 2006. Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia

Artículo 44: Obligaciones complementarias de las instituciones educativas; numeral 10, orientar a la comunidad educativa para la formación en la salud sexual y reproductiva y la vida en pareja.

Artículo 46: Obligaciones especiales del Sistema de Seguridad Social en Salud, numeral 7, el cual dice: garantizar el acceso gratuito de los adolescentes a los servicios especializados de salud sexual y reproductiva(33).

4.7.5 Ley 115-Ley general de educación

Artículo 13: Objetivos comunes de todos los niveles. Nota de, la cual dice: Desarrollar una sana sexualidad que promueva el conocimiento de sí mismo y la autoestima, la construcción de la identidad sexual dentro del respeto por la equidad de los sexos, la afectividad, el respeto mutuo y prepararse para una vida familiar armónica y responsable.

Artículo 14: Enseñanza obligatoria. Nota e, la cual dice que todos lo es establecimientos educativos ya sea públicos o privados deben cumplir con la educación sexual, impartida en cada caso de acuerdo con las necesidades psíquicas, físicas y afectivas de los educandos según su edad(34).

4.7.6 Resolución 0769 de 2008

Por medio de la cual se adopta la actualización de la norma técnica para la atención en planificación familiar a hombres y mujeres(35).

4.7.7 Política nacional de salud sexual y reproductiva

Este documento presenta la política nacional de salud sexual y reproductiva (SSR). Parte de una conceptualización de la SSR, de acuerdo con lo planteado en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) y la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994) que, a su vez, incorporan la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud.

Así mismo, incluye un análisis de la situación de SSR en Colombia, en el cual se muestra la relación entre SSR, derechos sexuales y reproductivos (DSR) y

desarrollo, y se precisan los principales problemas en los temas prioritarios en torno a los cuales gira la propuesta: maternidad segura, planificación familiar, salud sexual y reproductiva de los adolescentes, cáncer de cuello uterino, infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/SIDA y violencia doméstica y sexual.

La política también retoma diversos antecedentes jurídicos y políticos, nacionales e internacionales, que respaldan la propuesta estratégica incluida, entre los que se destacan: las conferencias mundiales convocadas por la Organización de Naciones Unidas, particularmente la de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), y la Constitución Nacional y sus desarrollos, entre otros.

El planteamiento básico es que los DSR son parte de los derechos humanos y, por lo tanto, deben trabajarse desde esta perspectiva, al igual que desde la perspectiva que reconoce que la salud es un servicio público(36).

4.8 MARCO CONTEXTUAL

Para un mayor reconocimiento de la institución educativa ubicada en el municipio de Corinto (Cauca) desarrollamos una investigación donde se hace la caracterización del lugar en el que vamos a desarrollar nuestro trabajo de grado.

4.8.1 La institución educativa

La institución Educativa Carmencita Cardona de Gutiérrez se haya ubicada en el nororiente del municipio de Corinto (Cauca) y está conformada por 15 sedes, con los niveles de preescolar, primaria, secundaria y media, localizadas en tres (Rionegro, Quebraditas, Media naranja) de los seis corregimientos que conforman el municipio.

Doce de estas sedes cuentan con salas de sistemas y servicio de internet las 24 horas dotadas por COMPARTEL y COMPUTADORES PARA EDUCAR, VALLENPAZ, INSTITUCION con 95 computadores beneficiando a 62 docentes, 1311 estudiantes y más las personas de la comunidad de cada una de las veredas donde se encuentran estas sedes que hacen uso de ellas en las horas de la tarde. Estas sedes fueron construidas con el esfuerzo y orientación de sus líderes, comenzando con la escuela de Media naranja en los años 50 y la última la del Playón al final de los años 80 del siglo pasado.

Históricamente esta zona ha sido sitio de paso y de vivienda de la comunidad indígena Páez o Nasa. En los años 20 y 30 llegan los primeros colonos mestizos procedentes del norte del Valle, centro del Cauca, Antioquia y Tolima. El sistema de producción hasta los años 70 fue la hacienda de terraje. La violencia política que ha caracterizado a nuestro país no ha sido ajena en esta zona y por ser sitio montañoso y de difícil acceso ha sido zona de influencia de grupos armados al margen de la ley y en la utilización de cultivos ilícitos.

A comienzos de los años 90 y después del periodo violento de la conformación del CRIC cuyos inicios estuvieron en el municipio de Corinto, el cabildo indígena comienza una serie de talleres con los docentes y la comunidad con el fin de sensibilizar sobre la importancia de impartir una educación acorde con las necesidades y características de los pobladores de esta zona. En el año de 1994 con la aparición de la ley 115 y su decreto reglamentario 1860 se reúnen docentes, comunidad, directivas de las escuelas y colegio y el cabildo indígena del municipio con el fin de establecer acuerdos para la implementación de una educación que llenara las expectativas de todos. (30)

Misión: Somos una Institución Educativa oficial donde formamos personas integrales en: conocimientos, competencias, valores, habilidades, actitudes y saberes comunitarios. Orientamos educación formal en sus modalidades agropecuaria y académica a niños, jóvenes y adultos, para que ayuden a proponer

alternativas de solución a problemas ambientales, sociales, culturales, económicos y políticos, haciendo uso de estrategias pedagógicas como las tecnologías de la información y comunicación (TIC). Con ello se busca fortalecer el bienestar de las comunidades de los corregimientos de Rionegro, Quebraditas y Media naranja del municipio de Corinto Cauca, o del lugar donde vivan. (30)

Visión: Nuestra Institución Educativa se proyecta en la formación de líderes comunitarios con expectativas profesionales y empresariales que estén orientados por valores dinamizadores como la responsabilidad personal y social, el respeto, el trabajo y la convivencia, que les permita llevar a la práctica procedimientos, medios y estrategias enseñadas como las tecnologías de la información y la comunicación (TIC). Nuestros principios son democráticos y pluralistas con proyección comunitaria(37).

5. METODOLOGÍA

5.1 DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación corresponde a un estudio tipo cuantitativo diseño transversal descriptivo que permitirá describir las características sociodemográficas, conocimientos, creencias, prácticas y actitudes asociadas a los usos y costumbres de los adolescentes indígenas, además que los datos recolectados no podrán tener cambio alguno, es decir que no habrá manipulación sobre ellos. Transversal porque existirán diferentes variables y será dado en un momento determinado del tiempo. Con este tipo de estudio se tendrá un abordaje más completo del problema de investigación planteado para lograr al final la respuesta de los objetivos deseados. La investigación del estudio está proyectada para realizarse el primer semestre del año 2019(38).

5.2 POBLACIÓN OBJETIVO O DE MUESTRA

La población universo del estudio corresponde a 66 estudiantes matriculados en los grados, décimo y undécimo para el I semestre del 2019 en una institución pública del municipio de Corinto (Cauca).

5.3 DISEÑO DE MUESTREO Y TAMAÑO DE MUESTRA

Se tomará el 100% de la población objeto de estudio son 66 estudiantes matriculados en los grados, décimo y undécimo de la institución educativa pública. Para este estudio se consultará a través de una encuesta a la totalidad de estudiantes.

5.3.1 Criterios de Inclusión

- Estudiantes matriculados en los grados décimo y undécimo de la institución educativa pública.

- Personas que participarán voluntariamente en el estudio firmando el consentimiento informado y el asentimiento
- Hijos de las personas que firmen el asentimiento.

5.3.2 Criterios de exclusión:

- Estudiantes con permisos al momento de la encuesta
- Estudiantes ausentes durante el momento de la aplicación de la encuesta. Por motivos de incapacidad médica
- Estudiantes con alguna discapacidad

5.4 DEFINICIONES DE VARIABLES

En la siguiente tabla se relacionan las variables dependientes como conocimientos, creencias y prácticas, y las variables independientes como los aspectos socio demográfico

5.4.1 DESCRIPCIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

Cuadro 2. Variables Sociodemográficas

Variable	Definición	Tipo de variable	Nivel de Medición	Código
Edad	Define un rango de edades en que se encuentran los entrevistados.	Cuantitativa	Continua	15-19 años
Genero	conjunto de características diferenciadas que cada sociedad asigna a hombres y mujeres	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino
Resguardo indígena	son una institución legal y sociopolítica de carácter especial, conformada por una o más comunidades indígenas	Cuantitativo	nominal	grupos
Composición familiar	un grupo de personas unidas por vínculos de parentesco, ya sea consanguíneo, por matrimonio o adopción que viven juntos por un período indefinido de tiempo	cuantitativo	nominal	Padre- madre Padre Madre Otros

Cuadro 3. Conocimientos en métodos anticonceptivos

Variable	Definición	Tipo de variable	Nivel de Medición	Código
Conocimiento Sobre Educación Sexual	Proceso que ocurre a lo largo de la vida mediante el cual el individuo va adquiriendo y modificando conocimientos, actitudes y valores respecto de la sexualidad en todas sus manifestaciones	Cualitativa	Nominal	Si - No
Fuente De Información	Forma en que adquirió el conocimiento o aprendió sobre educación sexual	Cualitativa	Nominal	Personas, TV, lectura, colegio.
Enfermedades De Transmisión Sexual	Infecciones que se transmiten fundamentalmente, aunque no de forma exclusiva, por contacto sexual	Cualitativa	Nominal	Si – No
Conocimiento Sobre Enfermedades De Trasmisión Sexual	Conocimientos previos del individuo acerca de enfermedades de trasmisión sexual y sus consecuencias	Cualitativa	Nominal	Si - No
Método Anticonceptivo De Elección	Es la forma como cada individuo de acuerdo a sus conocimientos y elementos de juicio elige un método específico de anticoncepción	Cualitativa	Nominal	-Coito interrumpido -Ritmo o calendario -Temperatura corporal o basal -Lactancia materna -Moco cervical - El condón -Diafragma Espermicidas -La "T" - Orales -Parche -Anillo - Inyectable -La pila - Ligadura de trompas - Vasectomía
Relaciones Sexuales	Conjunto de comportamientos que realizan al menos dos personas con el objetivo de dar y/o recibir placer sexual.	Cualitativa	Nominal	Si - No
Parejas Sexuales	Número de parejas sexuales	Cuantitativa	Continua	
Tiempo De Uso Métodos anticonceptivos	Tiempo que transcurre desde el momento que se inicia la planificación familiar hasta el actual	Cuantitativa	Nominal	Años Meses Días
Pareja Estable	Es el Individuo que tiene una relación tanto sentimental como sexual de manera permanente y continuada con una sola persona	Cualitativa	Nominal	Si - No

5.5 INSTRUMENTO

La técnica que se aplicará para la recolección de datos será una encuesta utilizando instrumentos así:

Para la recolección de la información se determinó la técnica de un cuestionario donde se tendrá en cuenta los objetivos de la investigación, el marco referencial y la revisión de varios trabajos de investigación. El cuestionario contendrá 15 preguntas, con 4 preguntas abiertas y 11 cerradas, donde se desea conocer las variables sociodemográficas, los conocimientos y las prácticas en el uso de los métodos anticonceptivos ver **ANEXO A**

Se realizará una prueba piloto a aproximadamente 10 estudiantes de un colegio público de la zona con el fin de evaluar el instrumento y realizar los ajustes finales al mismo.

Las encuestas serán aplicadas por las propias investigadoras del presente estudio. El cuestionario empleado se realizó entre el tutor y los estudiantes basándose en los objetivos de la investigación.

5.6 FASES DEL PROCESO INVESTIGATIVO

FASE 1: El estudio se llevará a cabo en un Colegio en el Municipio de Corinto Cauca en el año 2019, Solicitamos una entrevista con el Sr. Rector del colegio en donde se explica sobre el trabajo de tesis/investigación que se relaciona con el conocimiento y prácticas de utilización de métodos anticonceptivos entre los estudiantes de los grados 10 y 11, en donde se solicitó una autorización para llevar a cabo dicho trabajo, desglosándole cual es el objetivo, y cómo se realizará.

FASE 2: Posteriormente se realizará una reunión con los docentes, para coordinar cómo será la forma de la recolección de los datos. También se realizará una reunión con los padres de familia para explicar los objetivos de la investigación y

solicitar el asentimiento informado, de manera tal que puedan participar los estudiantes menores de edad, previo conocimiento y autorización de sus padres (ver anexo 2). Para el caso de los mayores de edad se deberá firmar el consentimiento informado directamente por el estudiante (ver anexo 3).

FASE 3: Durante el proceso de recolección de la información se dará orientación a los Estudiantes sobre los objetos del estudio y se procederá a la aplicación del

Cuestionario auto administrativo entre aquellos que accedieron a participar y hayan Sido debidamente autorizados por sus padres.

FASE 4: El trabajo Se somete a revisión del jurado, se realizan ajustes en caso de requerirlos y se sustenta ante los jurados seleccionados, docentes del programa de enfermería y personas invitados

5.7 PLAN DE ANÁLISIS

Después de recopilar la información obtenida a través de la entrevista, se realizará la tabulación en una base datos de Excel. Por medio de técnicas de estadística descriptiva se producirán los resultados según los objetivos del estudio.

Para las variables cualitativas se realizarán tablas de frecuencia en las cuales se estarán disponibles los porcentajes para cada una de las categorías de éstas variables, acompañados con sus respectivos intervalos de confianza. La información resultante se complementará con gráficos de barras o tortas según el caso.

Para las variables cuantitativas se estimarán las medidas de tendencia central con la media y la mediana acompañada con sus respectivas medidas de dispersión, como la desviación estándar o el rango intercuartílico. Estos resultados se acompañarán con histogramas o gráficos de dispersión.

5.8 RESULTADOS ESPERADOS

Disponer de un informe de resultados en el que se logre caracterizar socio demográficamente a los estudiantes en estudio, reconocer los conocimientos que cada estudiante tiene a cerca de los métodos de planificación, cuáles son sus creencias culturales frente al tema y las prácticas que ellos como adolescentes indígenas usan y reconocen para su autocuidado.

5.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La ética como realidad vivida es una parte integral del mismo proceso de actuación de los seres humanos y de sus formaciones. Pero cada persona, organización y sociedad vive la ética de acuerdo con su naturaleza y situación en la vida. El diseño y desarrollo de esta investigación se realiza teniendo en cuenta los principios bioéticos establecidos para la investigación.

Según los artículos 10 y 11 de la Resolución 08430, se clasifica esta investigación, como un estudio **RIESGO MÍNIMO**. El artículo 11 de la resolución 08430 especifica el estudio sin riesgo “Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.” Dado que la recolección de información se apoyará en un cuestionario y no se realizará ninguna intervención o modificación de variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, la presente investigación se clasifica en ésta categoría.

La clasificación de una investigación sin riesgo acoge el principio de **no maleficencia** enmarcado en el contexto ético del presente estudio.

De acuerdo con el artículo 5° de la resolución 08430 “En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.” Como parte del principio de **beneficencia**, los individuos en el estudio, aunque no reciben remuneración económica por su participación, recibirán estrategias educativas en las que logre ser un profesional competente en la presente investigación.

Según el artículo 6 de la resolución 08430 “La investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a los siguientes criterios:

- Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.
- Deberá prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos (mínimos), los cuales no deben, en ningún momento, contradecir el artículo 11 de esta resolución.
- Contará con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución.
- Se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización: del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación; el consentimiento Informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución.”

Con base en el anterior artículo, y acogiendo las criterios establecidos en los artículos 14 y 15 se ha diseñado el formato de **consentimiento informado** (ver anexo 1), donde se dio a conocer el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación autorizara la participación en el mismo; de igual manera se tendrá siempre la libertad de continuar o retirarse de la investigación en cualquier etapa del estudio, y se mantendrá la confidencialidad de la información del sujeto de

investigación. De ésta manera cada persona tendrá la **autonomía** de decidir si participará del estudio o no.

Finalmente, y de acuerdo con artículo 8 de la resolución 08430 según el cual “En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice”; en este estudio se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requirieran y este lo autorice. Las encuestas serán codificadas por las autoras del estudio. De ésta manera se garantiza la confidencialidad de la información.

Esta investigación será presentada al comité de ética de la Universidad Santiago de Cali, en donde esperamos la autorización para la realización de la misma.

El desarrollo de la investigación en el plantel educativo se llevará a cabo con la aprobación del rector de dicha Institución Educativa.

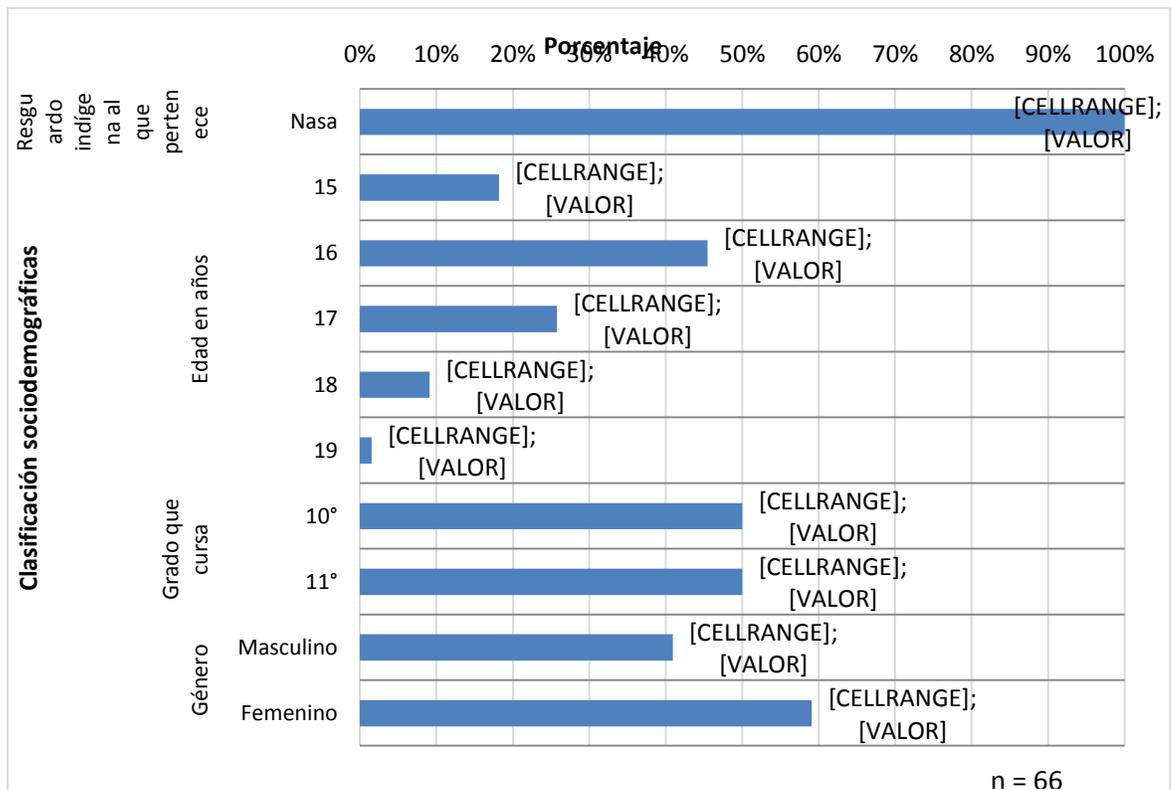
Se respetará la autonomía y confidencialidad de cada persona, donde no se recogerá los nombres, la investigación no representa riesgos para la salud o la vida, y participaron aquellos estudiantes que firmaron el consentimiento para dicho proceso y/o asentimiento de los padres en aquellos casos de estudiantes menores de 18 años ver **ANEXO B** y **ANEXO C** .

Para el desarrollo de la presente investigación se cuenta con la autorización de las respectivas directivas de la institución educativa. (Ver **ANEXO D** y **ANEXO E**).

6. RESULTADOS

6.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:

Gráfica 1. Clasificación sociodemográfica de los adolescentes indígenas.

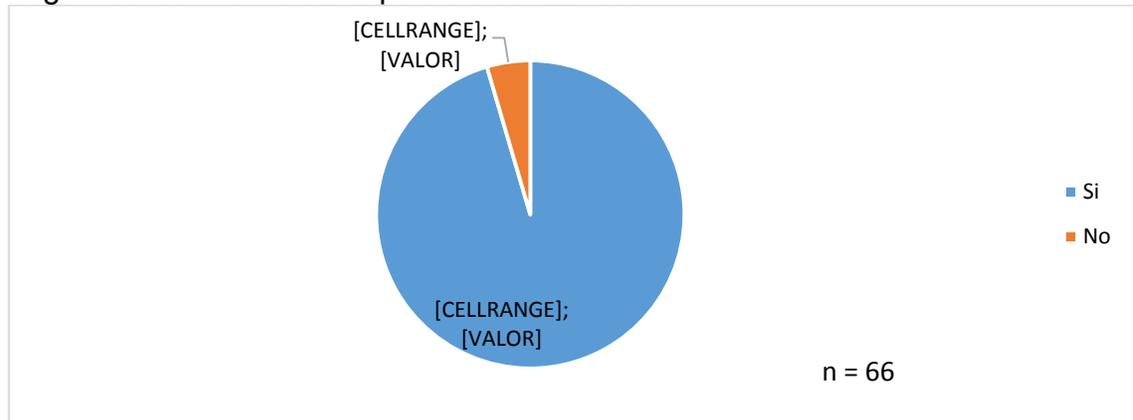


Fuente: Conocimientos y prácticas de métodos anticonceptivos en estudiantes indígenas, corinto (cauca), 2019A

En la **Gráfica 1**, se observa que los 66 estudiantes (100%) pertenecen a la comunidad indígena Nasa, el mayor número 30(45%) se concentra en la edad de 16 años, seguido de 17 estudiantes (26%) con edad de 15 años, de 18 años 6 estudiantes (9%) y 1 estudiante (2%) de 19 años. En cuanto al grado que cursan se observa que se encuentran en grados noveno y décimo distribuidos en proporciones iguales 33 (50%) cada uno. Finalmente, se observa que el mayor número de estudiantes son del sexo femenino 39(59%) el resto pertenecen al sexo masculino 27(41%).

6.2 VARIABLES DE CONOCIMIENTO

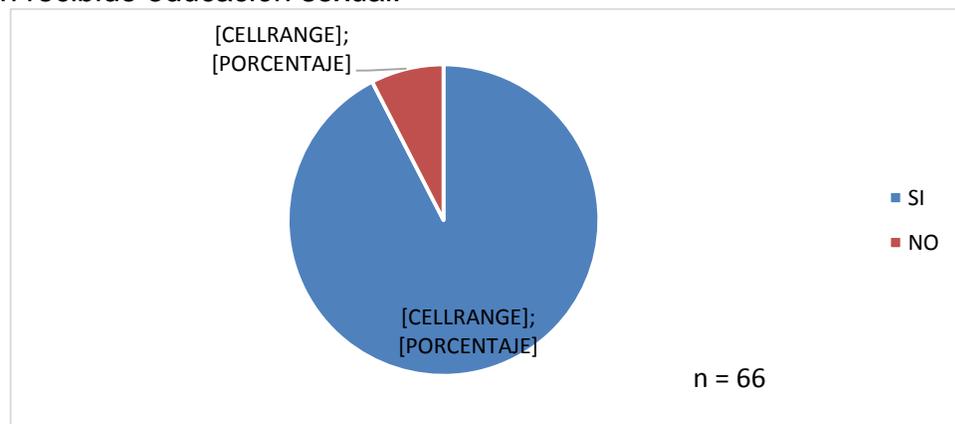
Gráfica 2. Distribución porcentual de los adolescentes indígenas escolarizados, según conocimiento de la palabra sexualidad.



Fuente: Conocimientos y prácticas de métodos anticonceptivos en estudiantes indígenas, corinto (cauca), 2019^a

Con respecto al conocimiento de la palabra sexualidad, 63 estudiantes (95%) afirman que la conocen, como se observa en la gráfica 2. Solamente 3 estudiantes (5%) dicen no conocerla.

Gráfica 3. Distribución porcentual de los adolescentes indígenas escolarizados, que han recibido educación sexual.



Fuente: Conocimientos y prácticas de métodos anticonceptivos en estudiantes indígenas, corinto (cauca), 2019^a

Según se observa en la gráfica 3, 61 estudiantes (92%) reconocen que han recibido educación sexual, 5 (8%) dicen que no.

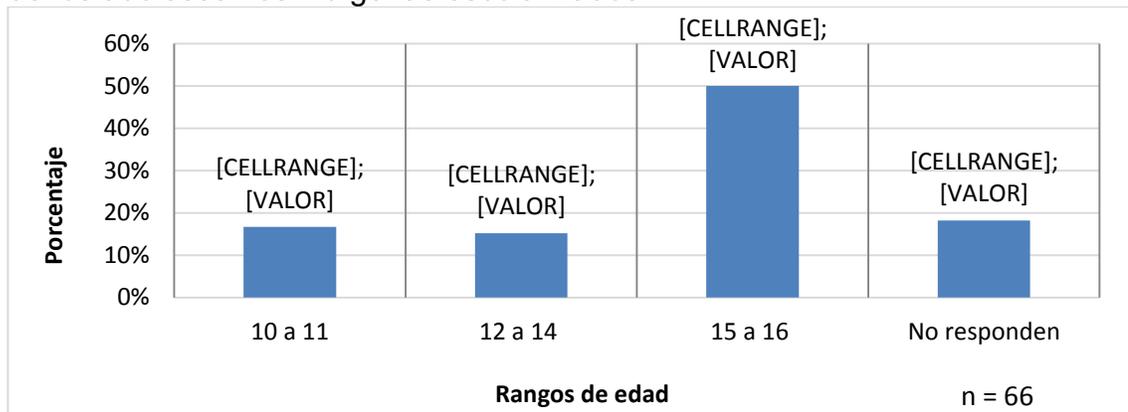
Gráfica 4. Distribución porcentual de los adolescentes indígenas escolarizados, según medios en que le enseñaron educación sexual.



Fuente: Conocimientos y prácticas de métodos anticonceptivos en estudiantes indígenas, corinto (cauca), 2019^a

En la Gráfica 4, se observa que 32 (48%) de los estudiantes han recibido educación directamente de los padres, que otro 48%(32) han recibido información por otros medios como los amigos 11(17%), la televisión y el psicólogo1(2%) cada uno y todos los medios anteriores 13(20%). 2(3%) dicen no haber recibido educación por ninguno de los medios mencionados.

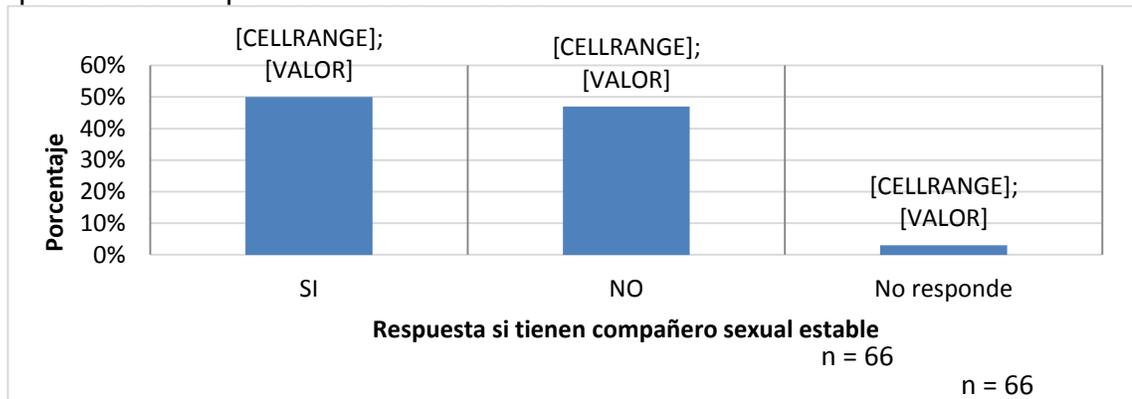
Gráfica 5. Distribución según rango de edad de inicio de las relaciones sexuales de los adolescentes indígenas escolarizados.



Fuente: Conocimientos y prácticas de métodos anticonceptivos en estudiantes indígenas, corinto (cauca), 2019A

El 50% de los estudiantes (11) dio inicio a sus relaciones sexuales entre los 15 y 16 años, el 32% (21) dicen haber iniciado entre los 10 y 11 17%(11) y entre 12 y 14 15%(10). El resto 18%(12) no responde.

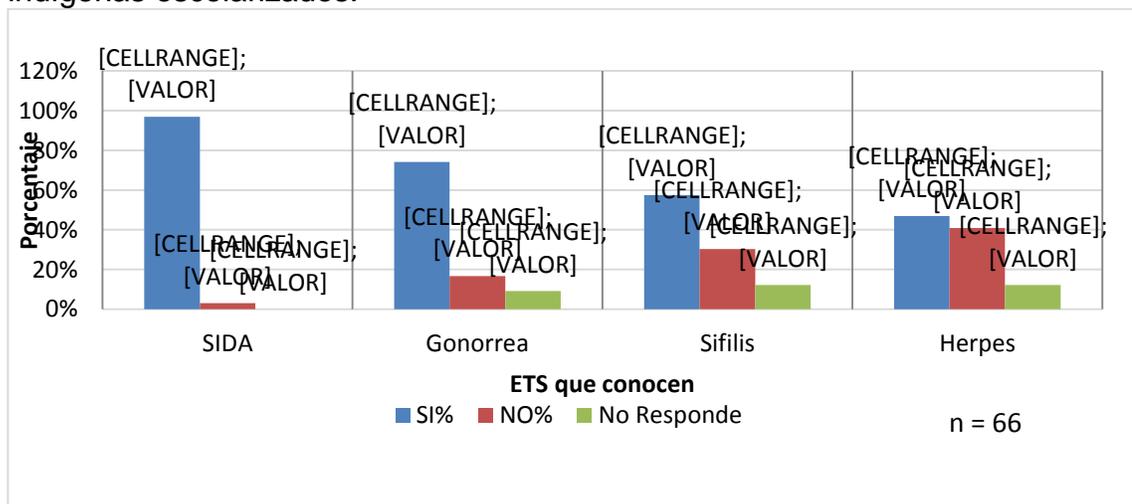
Gráfica 6. Distribución porcentual de los adolescentes indígenas escolarizados, que tienen compañero sexual estable.



Fuente: Conocimientos y prácticas de métodos anticonceptivos en estudiantes indígenas, corinto (cauca), 2019 A.

En la Gráfica 6, se observa que 33 estudiantes (50%) tienen pareja sexual estable, entre tanto el 50% restante dicen no tener o no responde.

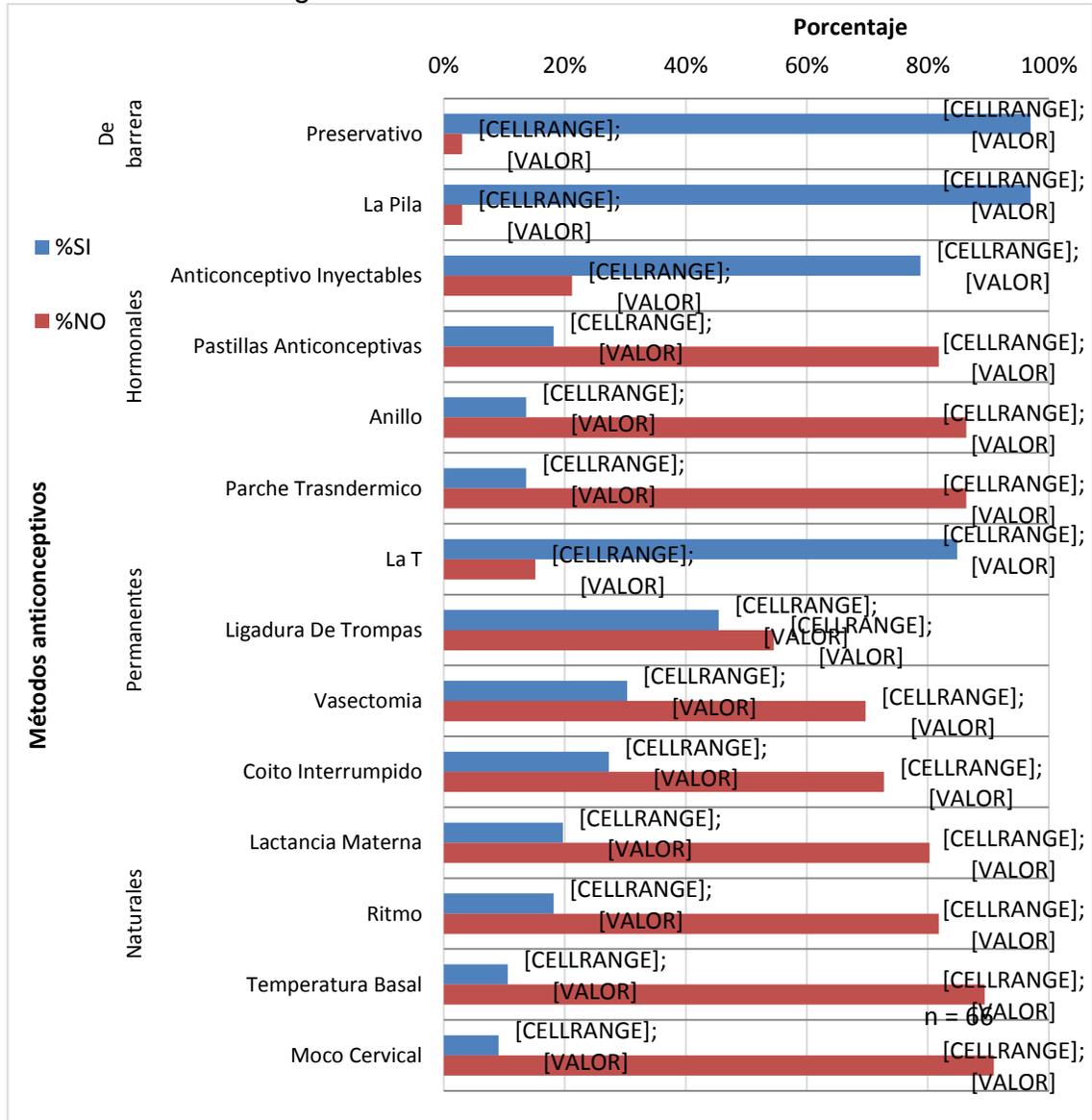
Gráfica 7. Distribución porcentual sobre las ETS que conocen los adolescentes indígenas escolarizados.



Fuente: Conocimientos y prácticas de métodos anticonceptivos en estudiantes indígenas, corinto (cauca), 2019 A.

La enfermedad de que mayor conocimiento tienen los estudiantes, según se observa en la Gráfica 7, es el SIDA 97%(64), seguida de la Gonorrea 74%(49), la Sífilis 58%(38) y el Herpes 47% (31). Es de resaltar que la enfermedad que más desconocen es el Herpes con un 53%(39) que no la conocen o no responden.

Gráfica 8. Distribución porcentual sobre los métodos anticonceptivos que conocen los adolescentes indígenas escolarizados.



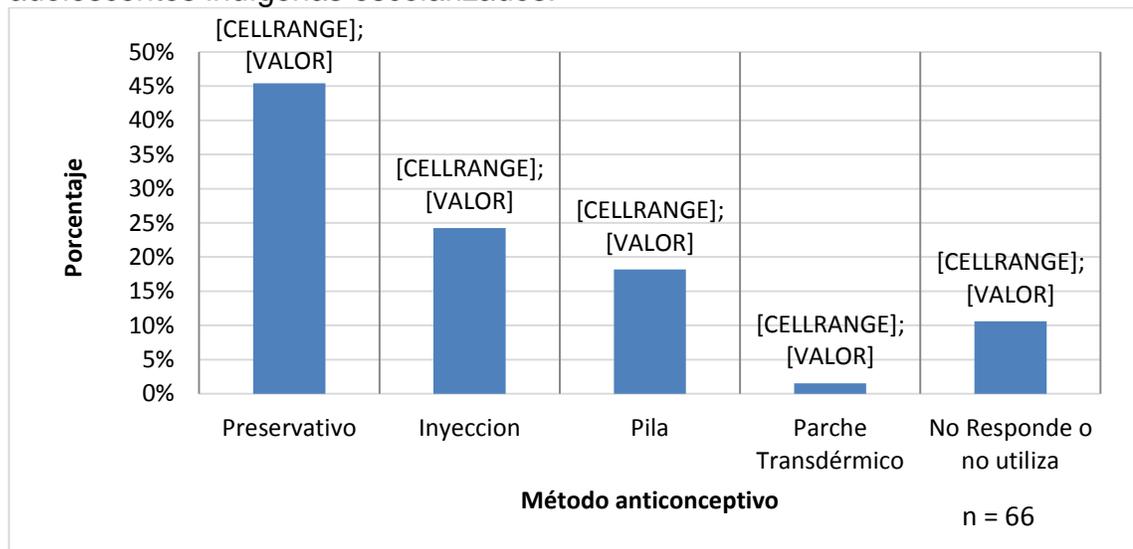
Fuente: Conocimientos y prácticas de métodos anticonceptivos en estudiantes indígenas, corinto (cauca), 2019^a

Dentro de los resultados del estudio arrojó que 97%(64) de los estudiantes dicen conocer sobre los métodos anticonceptivos. En la Gráfica 8, se observa que dentro de los métodos que más conocen los adolescentes dentro de los de barrera el único que conocen es el preservativo 97%(64), dentro de los hormonales los que más conocen son la Pila 97%(64) y los anticonceptivos inyectables 79%(52) y

dentro de los permanentes la T (85%(56). Es importante resaltar que la mayoría de los métodos hormonales, a excepción de los inyectables, tienen prácticamente un desconocimiento total que va desde el 70%(46), hasta el 91%(60). Respecto a los naturales, se puede observar un alto desconocimiento entre el 70% y el 91%.

6.3 VARIABLES DE PRACTICA Y USO.

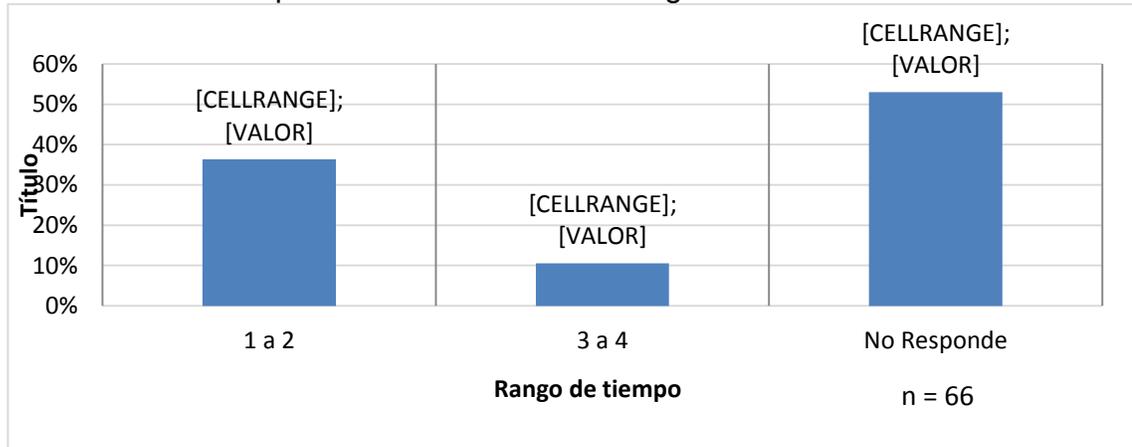
Gráfica 9. Distribución porcentual según métodos anticonceptivos que utilizan los adolescentes indígenas escolarizados.



Fuente: Conocimientos y prácticas de métodos anticonceptivos en estudiantes indígenas, corinto (cauca), 2019^a

El preservativo, es el método anticonceptivo más utilizado por los adolescentes 30(45%), le sigue en menor uso la inyección con 16(24%) y la pila 12(18%). Por último, el parche transdérmico con un uso muy reducido 1(2%). El 11% restante (7) no responde o no los usan.

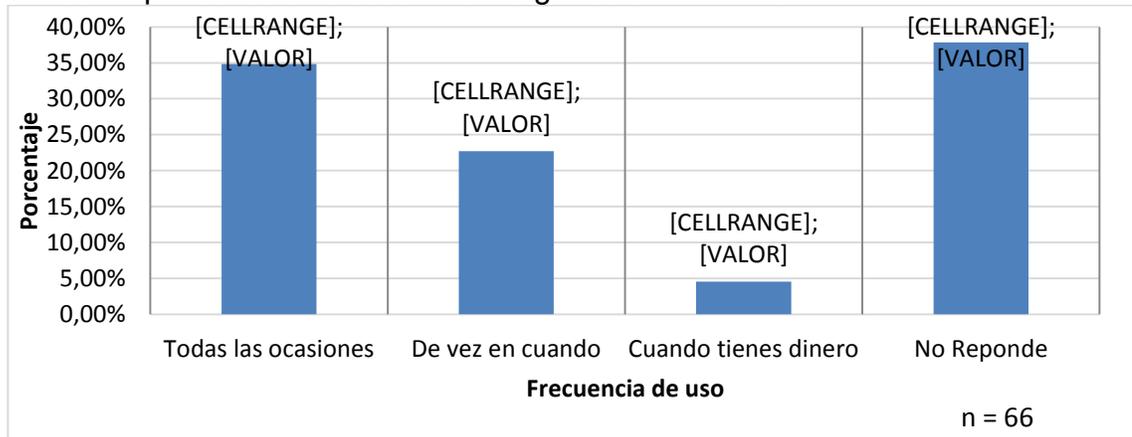
Gráfica 10. Distribución porcentual según rango de tiempo en años en que utilizan métodos anticonceptivos los adolescentes indígenas escolarizados.



Fuente: Conocimientos y prácticas de métodos anticonceptivos en estudiantes indígenas, corinto (cauca), 2019^a

Según la Gráfica 10, el 36%(24) de los estudiantes los han usado entre 1 y 2 años y el 11%(7) llevan entre 3 y 4 años, el resto 53%(35) no responde.

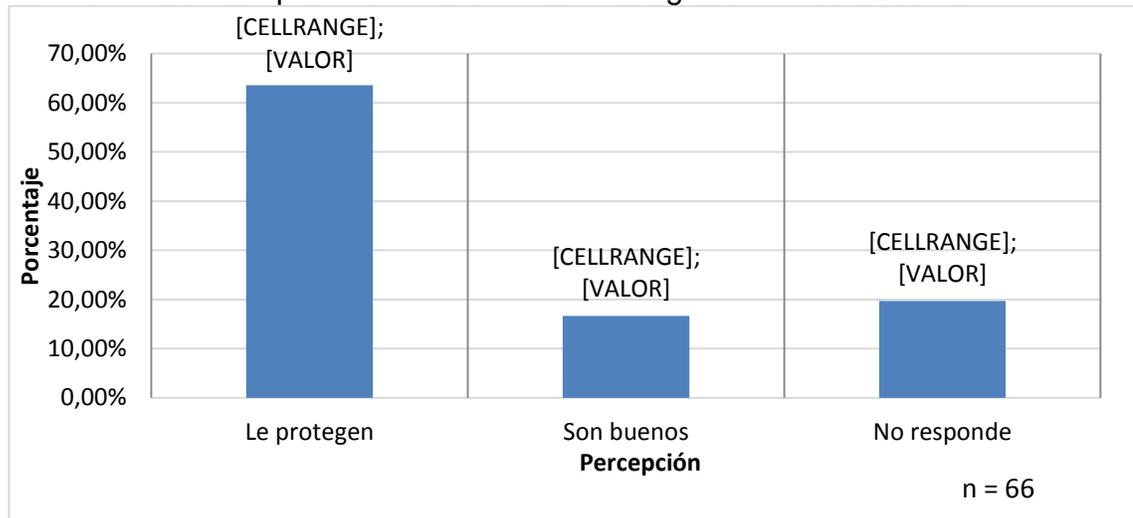
Gráfica 11. Distribución porcentual según frecuencia de uso de los métodos anticonceptivos los adolescentes indígenas escolarizados.



Fuente: Conocimientos y prácticas de métodos anticonceptivos en estudiantes indígenas, corinto (cauca), 2019^a

El 34,85%(23) de los estudiantes afirma que usa los métodos anticonceptivos en todas las ocasiones, el 22,73%(15) dice que de vez en cuando y 4,55%(3) dicen que cuando tienen dinero. El 37,88%(25) restante no responde.

Gráfica 12. Distribución porcentual según percepción que tienen del uso de los métodos anticonceptivos los adolescentes indígenas escolarizados.



Fuente: Conocimientos y prácticas de métodos anticonceptivos en estudiantes indígenas, corinto (cauca), 2019 A.

Según Gráfica 12, el 63,64%(42) asegura que el uso de los métodos anticonceptivos les protege mientras que el 16,67%(11) dice que son buenos y el 19,70% no responde.

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar los conocimientos y prácticas de métodos anticonceptivos de estudiantes pertenecientes 100% a la comunidad indígena Nasa del municipio de Corinto, (Cauca) 2019 A, Colombia, describir los aspectos sociodemográficos, establecer cuáles sus conocimientos sobre métodos anticonceptivos e identificar las prácticas más comunes que tienen frente al uso de los métodos anticonceptivos.

Participaron 66 estudiantes en edades comprendidas entre los 15 y 19 años, de los grados 10 y 11, previa explicación, que firmaron el consentimiento para dicho proceso y/o asentimiento de los padres en aquellos casos de estudiantes menores de 18 años con la autorización de la respectiva autoridad indígena y de las directivas de la institución educativa.

Aspectos sociodemográficos

Se logró establecer una edad promedio de 16 años, el mayor número de estudiantes 71% se encuentran entre los 16 y 17 años. Con respecto al sexo, el mayor número de participantes fueron mujeres 59%.

En torno al conocimiento sobre métodos anticonceptivos

Se estableció que el (95%) conoce la palabra sexualidad, el 92% ha recibido educación sexual, caso contrario a un estudio sobre conocimientos y comportamientos en salud sexual de estudiantes indígenas guatemaltecos residentes en una comunidad rural que presenta una situación crítica respecto a los insuficientes conocimientos de los estudiantes indígenas sobre sexualidad(39).

El 48% ha recibido educación directamente de los padres, 48% ha recibido información por otros medios (amigos, televisión y psicólogo). Es importante reconocer que en la formación de los niños, niñas y adolescentes los padres tienen un papel muy importante, además de los profesores los padres deben tener conceptos claros sobre sexualidad para poder transmitírselos a sus hijos y así crear en ellos una seguridad y una libertad para que en el momento de tratar estos temas no sientan pena o temor, y por lo tanto puedan despejar dudas en forma correcta(40)

El 65% inició sus relaciones sexuales entre los 12 y 16 años y el 32% entre los 10 y 11 17%(11), caso contrario en relación con el estudio con los guatemaltecos el 75% no ha tenido relación(39), además es frecuente entre ellos tener más de una pareja sexual en el año a diferencia del presente estudio donde el 50% de los estudiantes tiene pareja sexual estable.

De igual forma, en el estudio de Guatemala, muestra una situación desfavorable en la identificación de las ITS, pues el 87 % las señaló de forma incorrecta(39), mientras que los estudiantes de Corinto Cauca dicen tener conocimientos de enfermedades como el SIDA 97%, la Gonorrea 74%, la Sífilis 58% y el Herpes 47%.

Dentro de los métodos de barrera el único que conocen es el preservativo 97%, dentro de los hormonales la Pila 97% y los anticonceptivos inyectables 79%, dentro de los permanentes la T 85%. Es importante resaltar que la mayoría de los métodos hormonales, a excepción de los inyectables son prácticamente desconocidos desde el 70%(46), hasta el 91%. Respecto a los naturales, se puede observar un alto desconocimiento entre el 70% y el 91%.

Frente de los métodos anticonceptivos

Frente de los métodos anticonceptivos el de más uso es el preservativo 45%, el 36% lleva entre 1 y 2 años usándolo y el 11% entre 3 y 4 años. El 34,85% usa los métodos anticonceptivos en todas las ocasiones, el 22,73% dice que de vez en cuando y 4,55% cuando tienen dinero. En relación al uso de métodos anticonceptivos los hallazgos de este estudio en relación con el estudio El efecto del uso de métodos anticonceptivos en la transición a la adultez entre los jóvenes de Chiapas, 2010 el porcentaje de uso de condón correspondió a los indígenas (76.7%)(41). El 63,64% asegura que los métodos anticonceptivos les protege mientras que el 16,67% dice que son buenos.

CONCLUSIONES

Aspectos sociodemográficos

Se logró establecer edad promedio de 16 años y mayor número de participantes mujeres.

En torno al conocimiento sobre métodos anticonceptivos

- Los resultados arrojados evidencian que la mayoría de los estudiantes adolescentes tienen conocimiento sobre la sexualidad, en gran parte han adquirido a través de sus padres
- Inician relaciones sexuales a edad temprana y tienen pareja sexual estable.
- Reflejan poco conocimiento sobre Enfermedades de Transmisión Sexual ya que conocen de muy pocas enfermedades

En lo que se refiere al uso de los métodos anticonceptivos

- la evaluación que se hizo de sus conocimientos muestra que una parte considerable de ellos conocen un solo método de barrera, el preservativo, dentro de los hormonales únicamente la pila y los inyectables. Sin embargo, su saber es muy limitado en el resto de los métodos anticonceptivos.
- Acorde a los resultados y según la teoría de Orem el conocimientos y prácticas de métodos anticonceptivo en estudiantes indígenas, de Corinto, Cauca hacen dudar de sus prácticas de autocuidado al tener un inicio de relaciones sexuales a edad temprana y su saber limitado en gran parte de los métodos anticonceptivos.

RECOMENDACIONES

- Crear escenarios de participación tanto de los padres como de los adolescentes, que les permita generar un conocimiento conjunto más profundo sobre la sexualidad.
- Se recomienda utilizar estrategias como la educación de pares, el uso de los medios de comunicación masiva y de las nuevas tecnologías de información para la transmisión conocimiento sobre Enfermedades de Transmisión Sexual.
- Se recomienda a la institución educativa sensibilizar a los estudiantes para que acudan a su EPS y ser ingresados al programa de planificación familiar y así reclamar los métodos de planificación familiar ya que un 65% no planifica por escasos recursos económicos.
- Es indispensable que los estudiantes de Enfermería, continúen elaborando proyectos de investigación donde se incluyan temáticas en torno a la salud sexual y reproductiva en este tipo de comunidades.
- Se recomienda a la institución brindar educación sexual desde la primaria ya que los resultados del trabajo evidencia inicio de actividad sexual desde temprana edad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mendoza Tascón LA, Claros Benítez DI, Peñaranda Ospina CB. Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. junio de 2016 [citado 1 de septiembre de 2018];81(3):243-53. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v81n3/art12.pdf>
2. Jiménez Monroy DI, Vilchis Dávila E. Nivel de conocimientos acerca de los métodos anticonceptivos que tienen los alumnos de una secundaria Mexiquense [Internet] [Trabajo de grado para obtener el título de licenciada en Enfermería]. [Toluca, México]: Universidad Autónoma del Estado de México. Facultad de Enfermería y Obstetricia; 2016 [citado 1 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/66316/TESIS%20%286%29-split-merge.pdf?sequence=3>
3. Organización Mundial de la Salud OMS. Adolescent pregnancy [Internet]. El embarazo en la adolescencia. 2018 [citado 24 de agosto de 2018]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
4. Castillo Lenis P. Vida sexual prematura en adolescentes colombianos. ELESPECTADORCOM [Internet]. 9 de marzo de 2008 [citado 24 de agosto de 2018];1. Disponible en: <https://www.elespectador.com/noticias/salud/articulo-vida-sexual-prematura-adolescentes-colombianos>
5. Fernández Blánquez M. Embarazo no deseado en la adolescencia [Internet] [Trabajo de grado para optar al título de Enfermera]. [La Almería, España]: Universidad de Almería; 2013 [citado 13 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://repositorio.ual.es:8080/bitstream/handle/10835/2530/Trabajo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. Manrique M, Benjumea S, Rodríguez I, Nieto B, Calvo SF, Botero ES, et al. Los pueblos indígenas en Colombia. Derechos, Políticas y Desafíos. Niñez, adolescencia y... [Internet]. Bogotá D.C., Colombia: Gente Nueva; 2003. 91 p. Disponible en: <https://www.unicef.org/colombia/pdf/pueblos-indigenas.pdf>
7. República de Colombia, Ministerio de Salud, Profamilia. Ministerio de Salud y Profamilia entregan resultados de la ENDS 2015 [Internet]. Bogotá D.C., Colombia; 2016 dic [citado 14 de agosto de 2018]. Report No.: 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Ministerio-de-Salud-y-Profamilia-entregan-resultados-de-la-ENDS-2015.aspx>

8. República de Colombia, Ministerio de Salud, Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Tomo 1 [Internet]. Bogotá (Colombia); 2015 [citado 14 de octubre de 2018] p. 430. Disponible en: <http://profamilia.org.co/docs/ENDS%20%20TOMO%20I.pdf>
9. República de Colombia, Ministerio de Salud. Perfil de Salud de la Población Indígena, y medición de desigualdades en salud. Colombia 2016 [Internet]. Bogotá (Colombia); 2016 [citado 14 de octubre de 2018] p. 135. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Perfil-salud-pueblos-indigenas-colombia-2016.pdf>
10. República de Colombia, Ministerio Salud y de la Protección Social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF. Cifras Embarazo Adolescente en Colombia [Internet]. Bogotá (Colombia); 2013. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/embarazo-adolescente/anexo-cifras-embarazo-adolescente-en-colombia-documentoICFB-jul-2013.pdf>
11. República de Colombia, Ministerio Salud y de la Protección Social. Observatorio Nacional e Intersectorial del Embarazo Adolescente ONIEA Colombia [Internet]. Bogotá (Colombia): Ministerio de Salud; 2013 ago [citado 14 de octubre de 2018] p. 39. (Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales en Salud ROSS). Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCF/l/ross-embarazo-adolescentes-oniea.pdf>
12. República de Colombia, Unicef Colombia. Estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años [Internet]. Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer; 2014 [citado 14 de octubre de 2018] p. 62. Disponible en: <http://www.equidadmujer.gov.co/Documents/Estrategia-prevencion-embarazo-adolescencia.pdf>
13. López de la Cruz Y. El arraigo del embarazo indeseado y sus fatídicas consecuencias en las culturas indígenas centroamericanas. Rev Cuba Obstet Ginecol [Internet]. junio de 2010 [citado 23 de septiembre de 2018];36(2):13-20. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-600X2010000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
14. Mata Maqueda I. Factores asociados a la baja cobertura de planificación familiar en mujeres indígenas, en edad fértil, con vida sexual activa, de San Ildefonso, Amealco [Internet] [Tesis de Maestría]. [Querétano, México]:

- Universidad Autónoma de Querétaro; 2014 [citado 15 de octubre de 2018].
Disponibile en:
http://www.lareferencia.info/vufind/Record/MX_546fb4c5c097e6f5c2cd59659cac06b8
15. Valdebenito C, Rodríguez M, Hidalgo A, Cárdenas U, Lolas F. Salud intercultural: impacto en la identidad social de mujeres aimaras. Acta Bioét [Internet]. 2006 [citado 18 de octubre de 2018];12(2):185-91. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-569X2006000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 16. Acosta Infante Y, Segura O. Expectant indigenous mothers in the shores of the amazon, colombia, 2009: knowledge, attitude and practices. Investig Andina [Internet]. abril de 2011 [citado 18 de octubre de 2018];13(22):108-20. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0124-81462011000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=es
 17. Valencia González AM, Valencia Cortés ÉM, Arias Valencia MM, Múnera Gaviria HA. Reproductive calendar of the Zenú and Embera indigenous peoples of the Eyabida and Chamibida subgroups from Antioquia (Colombia). Investig Educ En Enferm [Internet]. diciembre de 2015 [citado 24 de octubre de 2018];33(3):395-405. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-53072015000300002&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 18. Arias-Valencia MM. Calendario reproductivo en mujeres indígenas u'wa (Tunebo) de Boyacá, Colombia. Papeles Poblac [Internet]. 2013 [citado 24 de octubre de 2018];19(75):159-81. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252013000100007
 19. Varela Arévalo MT, Correa Sánchez D, Arrivillaga Quintero M, Zapata Ossa H de J, Hoyos Hernández PA, Tovar Cuevas LM. Prevalencia de prácticas sexuales de riesgo en población adulta de Colombia. Rev Cuba Salud Pública [Internet]. diciembre de 2011 [citado 15 de noviembre de 2018];37(4):472-81. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000400011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 20. Marcoteorico.galeon.com. Métodos de Planificación Familiar [Internet]. s.f. [citado 30 de octubre de 2018]. Disponible en: <http://marcoteorico.galeon.com/>
 21. Álvarez J. Métodos de planificación familiar [Internet]. 1 Consideraciones para seleccionar un método de planificación. 2012 [citado

- 24 de octubre de 2018]. Disponible en:
<http://planificacionfamiliarjab.blogspot.com/>
22. Colombia.com. Métodos Naturales - Métodos Anticonceptivos - Vida Sana [Internet]. s.f. [citado 24 de abril de 2019]. Disponible en:
<https://www.colombia.com/vida-sana/metodos-anticonceptivos/naturales/>
 23. República del Perú, Ministerio de Salud. Métodos Anticonceptivos [Internet]. Ministerio de Salud - Planificación Familiar «Derecho de todas y todos». [citado 30 de noviembre de 2018]. Disponible en:
<https://www.minsa.gob.pe/Especial/2012/planfam/metodos.asp>
 24. Unicef. Adolescencia indígena [Internet]. s.f. [citado 24 de abril de 2019]. Disponible en:
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:qh2dpDCt9B8J:ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/mas/adolescente/ANEXOS/Presentaciones%2520ponentes/AdolescenciaIndigena.pdf+&cd=2&hl=es-419&ct=clnk&gl=co>
 25. WMA - The World Medical Association. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. 1964. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
 26. Ferro M, Molina Rodríguez L, Rodríguez G WA. La bioética y sus principios. Acta Odontológica Venez [Internet]. junio de 2009 [citado 22 de abril de 2019];47(2):481-7. Disponible en:
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0001-63652009000200029&lng=es&nrm=iso&tIng=es
 27. Unesco. La Declaración Universal de Derechos Humanos [Internet]. Naciones Unidas. 2015 [citado 25 de octubre de 2018]. Disponible en:
<https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
 28. Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos. El informe Belmont. principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación comisión nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento [Internet]. Estados Unidos: Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos; 1979 abr [citado 24 de octubre de 2018] p. 11. Disponible en:
<http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
 29. República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 008430 de 1993 - [Internet]. 1993 p. 19. Disponible en:

https://www.disanejercito.mil.co/direccion_sanidad_ejercito_nacional/institucional/prensa_comunicaciones/parametrizacion/144317

30. República de Colombia, Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombia [Internet]. 1991. Disponible en: https://www.procuraduria.gov.co/guiamp/media/file/Macroproceso%20Disciplinario/Constitucion_Politica_de_Colombia.htm
31. República de Colombia, Congreso de la República. Ley 266 de 1996 [Internet]. 1996 p. 8. Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-105002_archivo_pdf.pdf
32. Congreso de la República de Colombia. Ley 911 de 2004 [Internet]. 2004 p. 15. Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf
33. Congreso de la República de Colombia. Ley 1098 de 2006. Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia [Internet]. 2006. Disponible en: <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/1673639>
34. República de Colombia, Congreso de la República. Ley 115- de febrero 8 de 1994. Ley general de educación [Internet]. 1994. Disponible en: <https://www.unicef.org.co/sitan/3-derecho-a-la-ciudadania/ley-115-de-1994>
35. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Resolución 0769 de 2008. Por medio de la cual se adopta la actualización de la Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres [Internet]. 2008 p. 31. Disponible en: https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/R_MPS_0769_2008.pdf
36. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Salud Pública. Política nacional de salud sexual y reproductiva [Internet]. 2003 [citado 15 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POL%C3%8DTICA%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20SEXUAL%20Y%20REPRODUCTIVA.pdf>
37. I.E. Carmencita Cardona de Gutiérrez. Institución educativa Carmencita Cardona de Gutiérrez Rionegro Corinto Cauca [Internet]. 2009. Disponible en: ftp://ftp.unicauca.edu.co/cuentas/cpe/docs/Cauca/Posters/Corinto/I.E%20carmencita%20cardona%20de%20gutierrez/Plan_Gesti%F3n_articulaci%F3n_TIC.pdf

38. Vásquez Hidalgo I. Tipos de estudio y métodos de investigación [Internet]. GestioPolis. 2005 [citado 24 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://www.gestiopolis.com/tipos-estudio-metodos-investigacion/>
39. Calvillo Paz C, Rodríguez Cabrera A. Conocimientos y comportamientos en salud sexual de estudiantes indígenas guatemaltecos residentes en una comunidad rural. Rev Cuba Med Gen Integral [Internet]. diciembre de 2014 [citado 24 de abril de 2019];30(4):467-80. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000400008
40. Nieto Díaz NC. Perspectiva de un grupo de adolescentes sobre el proyecto de educación sexual que reciben en una institución educativa distrital localidad de Suba [Internet] [Trabajo de grado para optar al título de Enfermera]. [Bogotá (Colombia)]: Pontificia Universidad Javeriana Facultad de Enfermería, Departamento de Enfermería en Salud Colectiva; 2008 [citado 24 de abril de 2019]. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/9708/tesis25-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
41. Ávila Sánchez M de J, Jáuregui Díaz JA. El efecto del uso de métodos anticonceptivos en la transición a la adultez entre los jóvenes de Chiapas, 2010. Espac ID [Internet]. octubre de 2015 [citado 25 de abril de 2019];4(9). Disponible en: http://www.espacioimad.unach.mx/articulos/num9/espacioimad9_metodos_anticonceptivos.php

ANEXOS

ANEXO A. CUESTIONARIO



CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ESTUDIANTES INDÍGENAS EN CORINTO (CAUCA)

OBJETIVO: Indagar como comprenden las distintas prácticas sexuales, estudiantes indígenas desde su construcción sociocultural.

Gracias por participar en esta investigación, le recordamos que la información es confidencial, responda de acuerdo a los usos y costumbres de la comunidad a la cual pertenece.

FECHA _____

CUESTIONARIO

1. ¿A qué resguardo indígena perteneces? _____
2. ¿Cuántos años tienes?
3. ¿Qué grado cursas?
4. ¿Qué sexo eres?
Masculino (Hombre) __ Femenino (Mujer) __
5. ¿Conoces la palabra sexualidad?
Sí__ No__

6. ¿Te han enseñado educación sexual?

Sí__ No__

7. ¿Quién te enseñó, habló o de quien escuchaste sobre educación sexual?

a. Amigos

b. Padres __ Mamá __ Papá

c. Televisión

d. Lectura

e. Colegio

f. Todas las anteriores

g. Ninguno

h. Otro ¿Cuál? _____

8. ¿Cuándo fue la primera vez que tuvo relaciones sexuales?

a. 10-11 años

b. 12-14 años

c. 15-16 años

9. ¿Tienes compañera (o) estable?

Sí__ No__

10. ¿Conoces sobre las enfermedades de transmisión sexual?

Sí__ No__

11. ¿Conoces alguna de estas enfermedades de transmisión sexual que existen

en el mundo? SI NO

Sida _____ _____

Gonorrea _____ _____

Sífilis _____ _____

Herpes _____ _____

12. ¿Sabes que son los métodos anticonceptivos? (si la respuesta es SI, marque con una X cuales conoces de los que se describen a continuación):

SI___ NO __

- Coito interrumpido _____
- Ritmo o calendario _____
- Temperatura corporal o basal _____
- Lactancia materna _____
- Moco cervical _____
- El Condón _____
- Diafragma _____
- Espermicidas _____
- La "T" _____
- Orales _____
- Parche _____
- Anillo _____
- Inyectable _____
- La pila _____
- Ligadura de trompas _____
- Vasectomía _____
- Otra
- ¿Cual? _____

13. ¿Si utilizas alguno de los métodos anteriores, ¿Cuál te gusta más)

Escríbelo: _____

¿Desde hace cuánto lo usas?

- a. 1 a 2 años
- b. 3 a 4 años

14. ¿Con que frecuencia lo utiliza?

- a. En todas las ocasiones
- b. Cuando tienes dinero
- c. De vez en cuando

15. ¿Piensas que estos métodos son buenos o malos?

- a. Te protege
- b. Te enferma
- c. No sirve
- d. Es dañino
- e. Son buenos
- f. Son malos
- g. No te gustan

Observaciones: _____

ANEXO B. CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI FACULTAD DE SALUD PROGRAMA DE ENFERMERÍA

ACEPTACIÓN COMITÉ FECHA: _____ SESIÓN _____ CÓDIGO JURADO _____

Yo _____ mayor de edad, identificado con CC. N° _____

_____ acepto libre y voluntariamente a participar del trabajo de investigación

titulado: **“CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN**

ESTUDIANTES INDÍGENAS EN CORINTO (CAUCA)”, realizado por las estudiantes del programa

enfermería: **Maira Alejandra Perdomo Orteaga** cc: 1061018383 cel: 3226711105 correo:

maiperdomo01@gmail.com ; **Natalia Giraldo Obando** cc: 1144069708 cel: 3502916268 correo:

nagio1504@gmail.com ; y **Wilson Cortes Santana** cc:1004510736 cel: 3156909368 correo:

wilcorsant1012@hotmail.com

Dirigido por la docente **Viviana Rivera Romero** cc: 31571850 cel: 3016518911 correo:

viviana.rivera00@usc.edu.co .

Los estudiantes y docente que realizarán el estudio me han explicado claramente que el objetivo

del estudio es: Determinar los conocimientos y prácticas de métodos anticonceptivos en

estudiantes indígenas en corinto (cauca) y sobre los pasos para cada el cumplimiento de cada

objetivo y como debo de participar:

•Se realizará una serie de preguntas por medio de una encuesta sobre los conocimientos previos acerca de los métodos anticonceptivos y la vida sexual de cada uno.

•me explicaron también que puedo retirarme del estudio cuando crea conveniente, o ser retirado sin repercusión alguna. A su vez sé que no utilizarán mi nombre, sino que se utilizarán códigos o número de identificación y los resultados obtenidos los sabrán los investigadores y yo. Los resultados obtenidos serán única y exclusivamente para este fin investigativo.

•Sé que el beneficio de este trabajo es para: el proceso de formación de los estudiantes de enfermería de la universidad Santiago de Cali, en ningún momento habrá remuneración económica.

•Se me ha informado que no me ocasionarán riesgos físicos, morales, mentales, emocionales y sociales, ni ahora ni a futuro.

•A su vez, me comentaron que utilizarán todas las normas de bioseguridad pertinentes; seré tratado con equidad-igualdad y respeto y se me responderá a cualquier duda que se me presente en cualquier momento de la investigación.

Al firmar este documento reconozco que he leído y entendido el documento y el trabajo que realizarán.

Comprendiendo estas explicaciones, doy mi consentimiento para la realización

de: **“CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ESTUDIANTES INDÍGENAS EN CORINTO (CAUCA)”** y firmo a continuación:

NOMBRE PARTICIPANTE _____

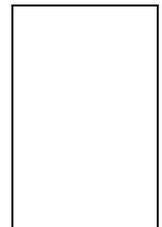
FIRMA _____

C.C.: _____

FIRMA DE EL-LOS TESTIGO(S) _____

(ESCRIBIR DEBAJO DE LA FIRMA LA RELACIÓN CON EL PARTICIPANTE)

FIRMA DE LOS INVESTIGADORES Y DIRECTOR DEL TRABAJO.: _____



ANEXO C. CONSENTIMIENTO PARENTAL

UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA

ACEPTACIÓN COMITÉ FECHA: _____ SESIÓN _____ CÓDIGO JURADO _____

Yo _____ cc _____ de _____ padre de _____ de la INSTITUCION EDUCATIVA CARMENCITA CARDONA DE GUTIERREZ, acepto libre y voluntariamente a que mi hij@ participe del trabajo de investigación titulado: **“CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ESTUDIANTES INDÍGENAS EN CORINTO (CAUCA)”**, realizado por las estudiantes del programa enfermería: **Maira alejandra Perdomo Orteaga cc: 1061018383 cel: 3226711105 correo: maiperdomo01@gmail.com** ; **Natalia Giraldo Obando cc: 1144069708 cel: 3502916268 correo: nagio1504@gmail.com** ; y **Wilson Cortes Santana cc:1004510736 cel: 3156909368 correo: wilcorsant1012@hotmail.com**
Dirigido por la docente **Viviana Rivera Romero cc: 31571850 cel: 3016518911 correo: viviana.rivera00@usc.edu.co** .

Las estudiantes y docente que realizarán el estudio me han explicado claramente que el objetivo del estudio es: Determinar los conocimientos y practicas de metodos anticonceptivos en estudiantes indígenas en corinto (cauca) y sobre los pasos para el cumplimiento de cada objetivo, asi como mi hij@ debe participar:

- Se realizará una serie de preguntas por medio de una encuesta sobre los conocimientos previos acerca de los métodos anticonceptivos y la vida sexual de cada uno.
- me explicaron también que se puede retirar del estudio a mi hijo, cuando los investigadores, él o yo; creamos conveniente sin repercusión alguna. A su vez sabemos que no utilizarán el nombre de mi hij@, sino que se utilizarán códigos o número de TI y los resultados obtenidos los sabrán los investigadores, mi hij@ y yo, para el proceso de formación de los estudiantes de enfermería de la universidad santiago de cali Los resultados obtenidos serán única y exclusivamente para este fin investigativo.
- Sé que el beneficio de este trabajo es formativo en ningún momento habrá remuneración económica.
- Se me ha informado que no se ocasionarán riesgos físicos, morales, mentales, emocionales y sociales, ni ahora ni a futuro.
- A su vez, me explicaron que utilizarán todas la normas de bioseguridad pertinentes; será tratado con equidad-igualdad y respeto y se responderá a cualquier duda que se nos presente en cualquier momento de la investigación.

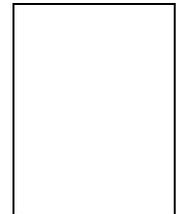
Al firmar este documento reconocemos que hemos leído y entendido la totalidad del trabajo y de la participación. Comprendiendo estas explicaciones, doy mi consentimiento para la realización de **“CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ESTUDIANTES INDÍGENAS EN CORINTO (CAUCA)”** y firmo a continuación:

NOMBRE DEL PADRE _____ FIRMA DEL PADRE _____
C.C: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL MENOR _____

FIRMA DE TESTIGO(S) _____
(ESCRIBIR DEBAJO DE LA FIRMA LA RELACIÓN CON EL PARTICIPANTE)

FIRMA DE LOS INVESTIGADORES Y DIRECTOR DEL TRABAJO.: _____



ANEXO D. ASENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA

ACEPTACIÓN COMITÉ FECHA: _____ SESIÓN _____ CÓDIGO JURADO _____

Yo _____, MENOR de edad, identificado con T.I. N° _____, con autorización de mis padres, acepto libre y voluntariamente a participar del trabajo de investigación titulado: “**CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ESTUDIANTES INDÍGENAS EN CORINTO (CAUCA)**”, realizado por las estudiantes del programa enfermería: **Maira Alejandra Perdomo Orteaga** cc: 1061018383 cel: 3226711105 correo: maiperdomo01@gmail.com ; **Natalia Giraldo Obando** cc: 1144069708 cel: 3502916268 correo: nagio1504@gmail.com ; y **Wilson Cortes Santana** cc: 1004510736 cel: 3156909368 correo: wilcorsant1012@hotmail.com

Dirigido por la docente **Viviana Rivera Romero** cc: 31571850 cel: 3016518911 correo: viviana.rivera00@usc.edu.co.

Las estudiantes y docente que realizarán el estudio me han explicado claramente que el objetivo del estudio es: Determinar los conocimientos y practicas de metodos anticonceptivos en estudiantes indígenas en corinto (cauca) y sobre los pasos para cada el cumplimiento de cada objetivo. Se me ha explicado claramente mi participación:

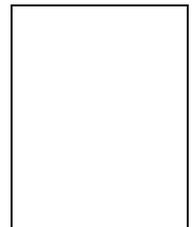
- Se realizará una serie de preguntas por medio de una encuesta sobre los conocimientos previos acerca de los métodos anticonceptivos y la vida sexual de cada uno.
- Me explicaron también que puedo retirarme o ser retirado del estudio y no habrán problemas por ello, ni afectará a ninguna persona que participe del estudio, tampoco a la institución a la que pertenezco. A su vez sé que no utilizara mi nombre, sino que se utilizarán códigos o número de T.I y los resultados obtenidos los sabrán los investigadores, mis padres y yo para el proceso de formación de los estudiantes de enfermería de la universidad santiago de cali. Los resultados obtenidos serán única y exclusivamente para este fin investigativo.
- Sé que el beneficio de este trabajo es formativo, en ningún momento habrá remuneración económica.
- Se me ha informado que no se ocasionarán riesgos físicos, morales, mentales, emocionales y sociales, ni ahora ni a futuro.
- A su vez, me explicaron que utilizarán todas la normas de bioseguridad pertinentes; seré tratado con igualdad de condiciones y respeto. Se me responderá cualquier duda que se me presente en durante la investigación.

He oído –he leído y entendido el documento. Al firmar reconozco que comprendo perfectamente su contenido. Acepto participar y firmo a continuación:

NOMBRE _____ FIRMA DEL MENOR : _____
TI: _____

FIRMA DEL TESTIGO _____ (huella para testigo)

FIRMA DE LOS INVESTIGADORES Y DIRECTOR DEL TRABAJO.: _____



ANEXO E. AUTORIZACION DE LAS DIRECTIVAS DE LAS INSTITUCIONES

DEPARTAMENTO DEL CAUCA
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN Y CULTURA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA
"CARMENCITA CARDONA DE GUTIÉRREZ"
RESOLUCIÓN No. 0453 DE ABRIL 26 DE 2004
DANE No. 219212000690

NIVELES DE PREESCOLAR, BÁSICA PRIMARIA,
BÁSICA SECUNDARIA, MEDIA TÉCNICA,
Y EDUCACIÓN PARA JÓVENES Y ADULTOS.
MODALIDADES AGROPECUARIA Y ACADÉMICA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA PÚBLICA DE CARÁCTER MIXTO,
CALENDARIO A, JORNADA MAÑANA Y SABATINA

Rionegro Corinto Cauca, 17 de octubre de 2018.

SEÑORA:
MARTHA E. CIFUENTES ORTIZ
DIRECTORA
PROGRAMA ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI

Respetuoso saludo.

La Institución Educativa Carmencita Cardona de Gutiérrez AUTORIZA a los estudiantes GIRALDO OBANDO NATALIA con código 1144069708, PERDOMO ORTEGA MAIRA ALEJANDRA con código 1061018383 y CORTES SANTANA WILSON con código 1004510736 del programa de enfermería de la universidad Santiago de Cali para la aplicación del proyecto "CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ESTUDIANTES INDÍGENAS EN CORINTO CAUCA" con la tutoría de la docente Viviana Rivera Romero.

Atentamente:


LIC. ESP. Fabio Prado Hurtado
Rector institución Educativa

Luz Nelly _____

MISIÓN: formamos personas integras en conocimientos, valores, habilidades, actitudes y saberes comunitarios. Orientamos educación formal en sus modalidades agropecuaria y académica, con ello se busca fortalecer el bienestar de las comunidades.
VISION: se proyecta en la formación de líderes comunitarios con expectativas profesionales y empresariales que estén orientados por valores dinamizadores como la responsabilidad personal y social, el respeto, el trabajo y la convivencia.

17/10/2018 12:44 p.m.

Corregimiento de Rionegro, Vereda Rionegro, Municipio de Corinto
Cel 321-8014881 314-8739867 321-8024698 Email carmencitacardona@yahoo.es



Santiago de Cali, 16 de octubre de 2018



Doctor
FABIO PRADO
Rector
I. E. Carmencita Cardona de Gutiérrez
Corinto, Cauca

Asunto: Solicitud autorización

Cordial Saludo,

En el proceso de formación de los estudiantes de Enfermería, la investigación juega un papel muy importante, pues a través de ella refuerzan los conocimientos y se accede a nuevos saberes que fortalecen nuestro que hacer disciplinar, dicho proceso finaliza con la sustentación de trabajo de grado, requisito indispensable para poder optar título de enfermera/o de los estudiantes matriculados en la Universidad Santiago de Cali.

Por tal fin, comedidamente solicito su colaboración para que se autorice a los estudiantes GIRALDO OBANDO NATALIA con código 1144069708, PERDOMO ORTEGA MAIRA ALEJANDRA con código 1061018383 y CORTES SANTANA WILSON con código 1004510736, del Programa de Enfermería de la Universidad Santiago de Cali, para la aplicación de anteproyecto titulado **“CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ESTUDIANTES INDÍGENAS EN CORINTO CAUCA”** con la tutoría de la docente Viviana Rivera Romero.

Agradezco de antemano la colaboración que les puedan brindar a nuestros estudiantes en su formación profesional.

Atentamente,


MARTHA E. CIFUENTES ORTIZ
Directora
Programa Enfermería



Calle 5a Carrera 62 Campus Pampalinda A.A. 4102 / Teléfono: PBX 5183000
web: www.usc.edu.co / Nit. 890.303.797-1 / Santiago de Cali - Colombia



Santiago de Cali, 16 de octubre de 2018



Doctor
FABIO PRADO
Rector
I. E. Carmencita Cardona de Gutiérrez
Corinto, Cauca

Asunto: Solicitud autorización

Cordial Saludo,

En el proceso de formación de los estudiantes de Enfermería, la investigación juega un papel muy importante, pues a través de ella refuerzan los conocimientos y se accede a nuevos saberes que fortalecen nuestro que hacer disciplinar, dicho proceso finaliza con la sustentación de trabajo de grado, requisito indispensable para poder optar título de enfermera/o de los estudiantes matriculados en la Universidad Santiago de Cali.

Por tal fin, comedidamente solicito su colaboración para que se autorice a los estudiantes GIRALDO OBANDO NATALIA con código 1144069708, PERDOMO ORTEGA MAIRA ALEJANDRA con código 1061018383 y CORTES SANTANA WILSON con código 1004510736, del Programa de Enfermería de la Universidad Santiago de Cali, para la aplicación de anteproyecto titulado **“CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ESTUDIANTES INDÍGENAS EN CORINTO CAUCA”** con la tutoría de la docente Viviana Rivera Romero.

Agradezco de antemano la colaboración que les puedan brindar a nuestros estudiantes en su formación profesional.

Atentamente,


MARTHA E. CIFUENTES ORTIZ
Directora
Programa Enfermería



Calle 5a Carrera 62 Campus Pampalinda A.A. 4102 / Teléfono: PBX 5183000
web: www.usc.edu.co / Nit. 890.303.797-1 / Santiago de Cali - Colombia

ANEXO F. CRONOGRAMA

Actividades	Seminario de investigación II 2018 a					Electiva II 2018 B						2019 A			
	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr
investigación y planteamiento del problema	X	X										x			
Introducción y justificación		X	X									x			
Objetivos: General y específico		X	X	X	X										
Marco teórico, marco contextual y marco conceptual			X	X	X	x						x			
Marco jurídico y marco ético				X	X										
Desarrollo del aspecto metodológico					X										
Población y muestra					X										
Criterios de selección de la muestra							X	X							
Presentación de propuesta al comité de ética										x				x	
Recolección de información														x	
Análisis														x	X
Revisión y ajustes											x	x	x	x	X
Sustentación															
Socialización con la institución															
Tutorías con la asesora	X	X	X	X			X	X		x	x	X	X	X	X

ANEXO G. PRESUPUESTO

Actividad	Valor Unitario	Cantidad	Total
Investigadoras	3'000.000	3	6'000.000
Papelería	70000	1	70.000
Internet	80000	1	80.000
Docente-tutor	528000	1	528.000
Transportes	600000	2	1'200.000
Total			7'878.000

El presupuesto de la investigación será cubierto por los recursos propios de los investigadores, el cual se repartirá de forma equitativa para cada uno, lo que nos permitirá realizar satisfactoriamente el trabajo de investigación propuesto.