
CAPÍTULO IV
**Implementación y Validación del Programa de Salud Sexual y
Reproductiva del Fondo de Población de Naciones Unidas, en
Adolescentes entre las Edades de 10 a 19 años que asisten
a las Instituciones Educativas Ubicadas en el Departamento
del Atlántico durante el Periodo 2016**

Rosa Isabel Fonseca Angulo
Yolanda Morales Castro

Universidad Simón Bolívar
Convocatoria 702 de 2014 Colciencias
“Formación de Capital Humano de Alto Nivel
para el Departamento del Atlántico”, 2017

Introducción

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política, o condición económica o social”, según la OMS (1946, p.1).

El derecho a la salud, que no solo involucran el acceso a una atención oportuna con calidad, sino también a determinantes ambientales y sociales de la salud, como el derecho a la educación, a la información, a la equidad, a la autonomía, entre otros, y como parte de los derechos humanos fundamentales están los derechos reproductivos, los que incluyen el acceso a la información, los servicios y el apoyo necesario para alcanzar una vida sexual y reproductiva plena y responsable, sin estigma ni discriminación de edad, género, etnia, estado civil, religión o condición socioeconómica.

Bajo la perspectiva de los Derechos Humanos, en el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva con siglas en español SSR, son relevantes las diferencias en lo que respecta al género y en él se expresan algunas de las mayores inequidades. Por eso la atención del proceso reproductivo exige considerar las diferencias culturales y roles asignados socialmente a hombres y la atención debe apuntar a la disminución de las inequidades entre mujeres y hombres, como mecanismo de reducción de los diferentes tipos y manifestaciones de violencia, que trasciende lo cultural. El orden fundado sobre la sexualidad es un orden de poder concretado en formas de vivir con oportunidades y restricciones diferentes.

Se puede determinar a la salud como la interacción de múltiples procesos que se manifiesta dependiendo del contexto cultural, entorno natural, nivel de desarrollo individual y social de regiones y países, dinámica que influye en el bienestar de las personas y su calidad de vida; por eso el sector educativo debe ejercer un papel de liderazgo y articulación de las diferentes iniciativas en los niveles locales, por lo que se hace necesario incorporar a todos los actores sociales en la planificación, ejecución y evaluación de la atención a niños, niñas y adolescentes.

A partir de lo anterior y en concordancia con la temática, se ha demostrado

que los embarazos precoces, los abortos en condiciones de riesgo, las infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por VIH, y la coacción y violencia sexuales son algunos de los problemas de salud sexual y reproductiva que afectan a los adolescentes y jóvenes (en edades entre 10 y 17 años) con una vida sexual activa.

Por lo tanto, dentro del contexto teórico científico de la presente investigación se trabajó inicialmente las características sociodemográficas de la población adolescente a nivel mundial, así mismo el reporte de algunas investigaciones que han venido abordando el tema de salud sexual y reproductiva en esta población.

En segunda instancia, se realiza un análisis acerca del nivel de evidencia científica y las políticas públicas que se han venido implementando para la aplicación de los programas educativos en salud sexual y reproductiva dirigidos a las y los adolescentes.

Esta investigación se realizó bajo el enfoque cualitativo, se utilizó un tipo de diseño cuasi-experimental, el cual consistió en aplicar una evaluación pre-test, donde se identificó el nivel de conocimiento y actitudes que tienen los adolescentes sobre la salud sexual y reproductiva, siguiendo en esta línea base de medición, se aplicó el programa de salud sexual y reproductiva del Fondo de Población de las Naciones Unidas a los adolescentes que tenían el permiso respectivo de sus padres, esto con el fin de dar cumplimiento al Comité de Ética de la Universidad Simón Bolívar.

Por último, se realizó una evaluación pos-test con la finalidad de dar cumplimiento al propósito de la investigación e identificar los efectos del programa educativo sobre la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) en adolescentes entre las edades de 10 a 19 años que asistieron al programa educativo.

Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud, con siglas en español OMS (2005), define la adolescencia como: “periodo de preparación para la edad adulta durante el cual se produce varias experiencias de desarrollo de suma importancia. Más allá de la maduración física y sexual, esas experiencias incluyen la transición hacia la independencia social y económica” (Párr. 3). Otros autores

la definen como una etapa entre la niñez y la edad adulta, que se inicia desde los diez años y termina a los diecinueve años, dividida en dos etapas: la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía ubicada entre los rangos de edad entre los 15 a 19 años (Pineda, 2002). En esta etapa la sexualidad es de gran importancia, esto es debido al cambio que en ese momento experimentan los adolescentes donde aparecen nuevas experiencias desde el ámbito psicológico, biológico y emocional (Huerta, 2005).

Algunos consideran que la salud sexual y reproductiva en adolescentes no ha sido abordada de manera eficiente por los gobiernos a lo largo de la historia, a pesar del alto riesgo que esto representa, los países de bajos, medianos y altos ingresos han tenido una negligencia en el abordaje de este tema, uno de los principales desafíos que enfrentan los jóvenes a nivel mundial incluyen: embarazos no deseados, el rol de padres en edades tempranas, dificultad en el acceso de anticonceptivos, alto riesgo de Infección de Trasmisión Sexual (ITS) y Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), sin embargo, varios son los factores políticos, socioculturales y económicos que restringen el acceso a la información y servicios, esto actúa como una barrera para los jóvenes, debido a que no se proporciona información acerca de una sexualidad responsable y segura, algunas asociaciones han estado trabajando con miembros de organizaciones internacionales, para romper estas barreras y promover un programa de derechos en SSR a escala mundial (Morris & Rushwan, 2015).

Existen diferencias importantes entre los países del mundo, por ejemplo el porcentaje de embarazo en adolescentes es del 2 % en China, 18 % en Latinoamérica y el Caribe y más del 50 % en sub-Saharan África. Cerca de 16 millones de adolescentes entre las edades de 10 a 19 años se encuentran en embarazo cada año, los mayores registros provienen de los países de bajos y medianos ingresos, consecuentemente se han encontrado que las complicaciones del embarazo y el parto son consideradas la segunda causa de muerte entre los adolescentes y cerca de 3 millones de jóvenes se someten a abortos peligrosos (OMS, 2014).

En este sentido, estudios descriptivos realizados en las y los adolescentes jóvenes han venido analizando diferentes factores que influyen en el contexto, un ejemplo de este ha sido un estudio efectuado en Venezuela donde se identi-

ficó los componentes psicosociales para el diseño de una intervención educativa para “la prevención del embarazo, según la percepción de las y los jóvenes; inicialmente existe la necesidad de recibir educación sexual, que incluya no solo conocimientos específicos sobre sexualidad y salud reproductiva, sino también entrenamientos en habilidades sociales relacionadas con las conductas asertivas, los resultados analizados en la fase de evaluación indicaron que los adolescentes tienen poca experiencia sexual, manejan solo conocimientos básicos y mantienen creencias erróneas en torno al uso de medidas de protección” (Moreno, León & Becerra, 2006, p.787).

En México según un estudio realizado por Meave y Gómez (2008), identificó que las principales conductas sexuales que presentaron 402 adolescentes con edades entre 14 a 19 años que asistían a escuelas públicas del país, fueron: besos en labios (72), tomarse de la mano (68), caricias de la cara (46), abrazos (54,9), sexo oral (14,8), contacto homosexual (1,5), ningún acercamiento (4,8), besos apasionados (38,4), faja encima de ropa (30,4), y faja por debajo de la ropa (36). La edad media de la primera relación sexual reportada para el caso de los hombres fue de los 14,3 años y en mujeres fue de 16 años. Esto coincide con el estudio realizado por (Becher et al., 1999): donde reportó las conductas sexuales en estudiantes entre las edades de 13 a 18 años, residentes en la ciudad de Cali, Colombia, que cursaban de noveno a undécimo semestre, observaron que aproximadamente el 29,1 % de la población encuestada informó haber tenido su primera relación sexual entre las edades de 12 en hombres y 18 en mujeres; en este sentido, se puede observar que existe un inicio de la sexualidad a más temprana edad más en hombres que en mujeres.

Sin embargo, un estudio descriptivo transversal desarrollado en Bucaramanga con estudiantes entre las edades de 10 a 18 años, observó que la edad media de su primera relación sexual tanto para hombres como mujeres fue a los 13,7 años representado en 18,9 %; en este sentido, no se presentaron diferencias de edad según el sexo (Castillos, 2003, p.137).

Díaz, Torrente & Ramírez en 2011 en su estudio realizado con un grupo de adolescentes escolarizados en el municipio de Bello, Antioquia, entre las edades de 10 a 19 años, donde de igual manera participaron padres y docentes de la institución educativa, observaron que el 32 % de los encuestados ya había

experimentado sexarquia, de estos el 9 % fue a una edad menor de 10 años, el 28 % entre los 10 y 13 años, un 55 % entre los 14 y 16 años y el resto a edad mayor de 17 años, así mismo se encontró que el 17 % había tenido menos de dos compañeros sexuales, el 14 % tres o más compañeros sexuales y un 11 % presento antecedentes de embarazo, de estos el 58 % terminó en aborto y el 2,1 % refirió antecedentes de infección de transmisión sexual, así mismo en este mismo estudio se observó la falta de formación en temas de salud sexual y reproductiva en los padres de familia y docentes de las instituciones educativas.

La mayor proporción de adolescentes embarazadas a temprana edad se ubica en las zonas rurales, la región del país con mayor reporte de adolescentes en embarazo es la región Caribe donde 16 % son madres y un 4 % de ellas están embarazadas, en la región pacífica el 17 % son madres y 3 % se encuentra en etapa de embarazo, por último en la región de la Orinoquía-Amazonía se registró que un 23 % son madres y un 5 % están embarazadas (Pro-familia, 2010).

En Atlántico, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) registró al 31 de mayo de 2013, un promedio mensual de 560 nacimientos de madres con edades entre los 15 y 19 años. Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2010, muestra que el 17 % de los adolescentes y jóvenes entre 15 y 19 años son madres o se encuentran embarazadas de su primer hijo. Los municipios de Malambo, Soledad y Sabanalarga tienen el porcentaje más alto de embarazo adolescente.

Según cifras entregadas en el primer semestre de 2010 por la Secretaría de la Mujer, 35 de cada 100 adolescentes en Malambo quedan embarazadas, el índice alcanza el 35 %. Los embarazos se registran entre los 14 y 19 años. En 2011 se reportaron en Sabanalarga 188 embarazos en adolescentes. Para el 2012, la cifra aumentó a 366. En 2013, hasta junio, se reportaron 142 (Secretaría de la Mujer - Gobernación del Atlántico, 2014).

La población adolescente es especialmente vulnerable a los riesgos relacionados con conductas sexuales, dado que se trata de un periodo de maduración en el que experimentar forma parte de esta etapa evolutiva, el embarazo en adolescentes y la maternidad a temprana edad están asociados al fracaso

escolar, el deterioro de la salud física y mental, el aislamiento social, la pobreza y otros factores relacionados (González, Vásquez, Urturi, Rodríguez & González, 2015, p.217).

De acuerdo a lo anteriormente establecido nos planteamos la siguiente pregunta problema:

¿Cuáles son los efectos de un programa educativo sobre la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) en adolescentes entre las edades de 10 a 19 años que asisten a las instituciones educativas públicas ubicadas en el departamento del Atlántico durante el periodo 2016?

Objetivos

Objetivo General

Establecer los efectos del programa educativo sobre la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) en adolescentes entre las edades de 10 a 19 años que asisten a las instituciones educativas públicas ubicadas en el departamento del Atlántico durante el periodo 2016.

Objetivos Específicos

- Caracterizar sociodemográficamente la población interés de este estudio.
- Identificar el nivel de conocimientos, actitudes y creencias en salud sexual y reproductiva de los adolescentes entre las edades de 10 a 19 años a través del pre-test.
- Aplicar un programa educativo sobre Salud Sexual y Reproductiva dirigido a las y los adolescentes que asisten a las instituciones educativas públicas.
- Identificar los efectos del programa sobre la Salud Sexual y Reproductiva sobre los conocimientos, actitudes y creencias en las y los adolescentes participantes del estudio.

Justificación

La adolescencia se caracteriza por tratarse de un periodo de desarrollo y crecimiento, particularmente en el área emocional y la sexualidad (González et al., 2015, p.222), de igual manera existen factores externos que pueden

influnciar negativa o positivamente el comportamiento de las y los adolescentes y la manera como estos se aborden determinan su Salud Sexual y Reproductiva al igual que su vida socioafectiva.

Según el UNFPA (2005), afirma que “trabajar para promover la Salud Sexual y Reproductiva de las/los adolescentes y reducir la pobreza implica analizar las estrategias implementadas desde su incidencia en los determinantes sociales de la salud, en este sentido se requiere de alguna manera transformar los contextos en los que transita la vida de las/os jóvenes, con estrategias promotoras de desarrollo integral, acceso a servicios, educación” (p.5).

Por lo tanto, la aplicación de los programas de Salud Sexual y Reproductiva en las escuelas, se convierte en el espacio pertinente para promover los programas que fomenten comportamientos y decisiones saludables para los adolescentes, el cual parte desde el contexto familiar, cultural, educativo y ambiental en que se desarrollan (Rengifo, Córdoba & Serrano, 2012). Vale la pena decir, que estos autores han establecido que las actitudes son excelentes predictores de comportamiento que asumen las personas, “las cuales pueden ser intervenidas o modificadas mediante acciones psicológicas y educativas que promuevan comportamientos positivos en los jóvenes” (Grajales & Cardona, 2012, p.78).

Teniendo en cuenta este contexto y la problemática derivada del manejo inadecuado de esta temática en la población mencionada, el Ministerio de la Protección Social formuló en 2003 la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, que busca promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población, enfatizando en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, así como en el estímulo de los factores protectores. Sus metas apuntan entre otras, a la reducción del embarazo adolescente, la prevención y atención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), como el VIH y el SIDA, entre otros (Ministerio de Protección Social, 2003).

Por lo tanto, es propósito de la investigación establecer los efectos del programa de salud sexual y reproductiva acerca la población adolescente sobre sus conductas de riesgo.

Marco Teórico

Adolescencia y la sexualidad

La adolescencia es la etapa del desarrollo que se caracteriza por cambios físicos, mentales, emocionales y sociales, presentándose entre las edades de 10 a 12 años y se extiende hasta los 19 años (Arcila Rivera, 2002, p.139). Montalvo (2014) afirma que la adolescencia, “es considerada como una etapa de cambio entre la infancia y la edad adulta, caracterizada por intensas transformaciones corporales y psicológicas, debido a este tipo de cambios los y las adolescentes presentan dudas relacionadas con la transformación de su cuerpo y la sexualidad” (p.403). La OMS (2016) define la adolescencia “como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años” (Párrafo 1).

Según la definición utilizada por las Naciones Unidas, la población joven es aquella entre los 15 y 24 años de edad, mientras que la Organización Mundial de la Salud define la población adolescente como aquella entre 10 y 19 años. Sobre esta base, los jóvenes son aquellos entre 10 y 24 años de edad. Por otro lado, la Convención sobre los Derechos del Niño considera niño a toda persona menor de 18 años; UNICEF promueve la vigencia de los principios y derechos en los menores de edad.

Este ciclo de la vida se encuentra dividido en dos etapas: la adolescencia temprana que va desde los 10 a 14 años y la adolescencia tardía que se encuentra entre los 15 a 19 años (Pineda Pérez & Aliño Santiago, s.f.).

La primera etapa de la adolescencia se caracteriza por el desarrollo y crecimiento acelerado e inicio de los cambios en la pubertad y los caracteres secundarios, donde se presentan preocupaciones por parte del adolescente de los cambios físicos y el aumento del interés sexual, así mismo la búsqueda de independencia y cambios conductuales y emotividad son algunos de los cambios presentes en este tipo de etapa (Pineda Pérez & Aliño Santiago, s.f.).

En la segunda etapa de la adolescencia, se observa que el crecimiento físico empieza a estabilizarse al igual que los niveles hormonales, a esta edad se incorporan y se aceptan los caracteres sexuales, es decir, han integrado la experiencia sexual a la relación afectiva (Arcila Rivera, 2002, p.135).

Por otra, el cerebro en el adolescente continúa desarrollándose y reorgani-

za su capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumentando notablemente la habilidad para analizar, se adquiere mayor confianza en su identidad y en las opiniones, en algunos casos la temeridad en la adolescencia es un rango presente en la temprana y mediana adolescencia y declina en la adolescencia tardía (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - Unicef, 2011).

En este sentido, en la sexualidad de los y las adolescentes existen condiciones para ejercer la función erótica y la función reproductora, los altos niveles de hormonas sexuales, estrógeno y progesterona en mujeres y en los hombres testosterona en sangre, son algunos de los cambios que se presentan en esta etapa.

El concepto de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1975) sobre la sexualidad alude a

La integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medio que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor. (p.6)

Pero existen diferencias genéricas en el comportamiento sexual, estas son más evidentes desde la adolescencia (Arcila Rivera, 2002, p.135). Sin embargo, en algunos casos la curiosidad y el desconocimiento sexual acompañan las vivencias sexuales de la adolescencia, siendo el origen de numerosas situaciones conflictivas. Muchos jóvenes llegan a su primera relación sexual para saber ¿qué es eso? ¿Cómo se hace? o ¿Qué se siente? (Arcila Rivera, 2002, p.135).

Arcila Rivera (2002) afirma lo siguiente:

La masturbación es una práctica frecuente a esta edad, así mismo son frecuentes las prácticas sexuales entre jóvenes del mismo sexo, quienes al llegar la madurez serán en su gran mayoría heterosexuales, esto puede ser debido a que en este periodo es de gran motivación sexual, los jóvenes aún se encuentran más a gusto con personas del mismo sexo, o porque tienen dificultad para entablar relaciones con personas del sexo contrario, o en algún caso recurren a la homosexualidad para afrontar problemas no sexuales. (p.153)

Sin embargo, otros autores consideran lo contrario afirmando que la nueva concepción de diversidad sexual reconoce la sexualidad como una cons-

trucción social y psicobiológica, que va mucho más allá de la genitalidad, la diversidad sexual incluye diversos estados intersexuales, los cuales se ubican como parte de un continuo, que va más allá del tradicional esquema que nos ubica entre dos extremos excluyentes de ser hombre o ser mujer (Vargas, 2013, p.141).

La Dimensión Sociocultural de la sexualidad, dentro de este modelo la sexualidad es una forma de ser el mundo y es también una manera de ser con los demás, implica la relación, la interacción, la expresión del afecto y la comunicación humana, por lo tanto tiene que ver con la forma de relacionarlos como individuos que viven en la sociedad (Almeida, 2013, p.11).

Por último, se encuentra la Dimensión Ética de la sexualidad, donde los ideales, las creencias religiosas, las opciones morales y los valores influyen en la interpretación y explicación de la sexualidad humana, como algo bueno o malo (Almeida, 2013, p.11). Bajo este modelo existen aun los estereotipos sexuales, son creencias generalmente aceptadas y poco cuestionadas que podrían contribuir a cómo los hombres y las mujeres debemos expresar nuestra sexualidad. Según un estudio descriptivo correlacional realizado por Orengo-Aguayo y Pérez-Jiménez (2012), identifica cuántos hombres y mujeres heterosexuales en Puerto Rico endosaban ciertos estereotipos acerca de la sexualidad masculina y femenina y explora la relación entre el endoso de estos estereotipos sexuales y las actitudes hacia el condón masculino y su uso en relaciones sexuales vaginales, en este se aplicaron dos escalas, una sobre sexualidad masculina y otra sobre sexualidad femenina a un grupo de 429 personas heterosexuales, los resultados reportados en esta investigación sostienen que los hombres endosaron estereotipos sexuales masculinos y femeninos más que las mujeres y que estos tienden a tener una visión más conservadora respecto a la sexualidad femenina que la que tienen sobre su propia sexualidad. Las mujeres, por otra parte, tienden a ver su propia sexualidad y la sexualidad masculina en términos menos estereotipados y más equitativos. También encontramos que a mayor endoso de creencias tradicionales sobre la sexualidad masculina y femenina, peor la actitud hacia el uso del condón masculino. Sin embargo, el endosar estereotipos sexuales masculinos y/o femeninos no se relacionó con el uso del condón. Estos hallazgos contradicen

la literatura que sugiere que estos estereotipos sexuales y de género resultan en conductas sexuales de alto riesgo, lo cual tiene implicaciones importantes que conlleva a que los y las adolescentes presenten conductas de riesgos, tales como: las relaciones sexuales sin el uso del condón, prácticas sexuales con penetración, poca preocupación hacia la atención sanitaria en acciones de prevención como la realización de citología para la detección de cáncer de cuello uterino en parejas adolescentes de elevado riesgo, carencias de grupos de apoyo, falta de comunicación, sentimientos de dependencia, sentimiento de frustración, felicidad y soledad, sentimientos de tristeza (García, Romero, Gaquín & Hernández, 2015, p.218).

Estos factores favorecen el inicio de la actividad sexual en una etapa precoz de la vida, generando que el adolescente abandone su núcleo familiar cercano, ocurrencia de las relaciones sexuales en lugares y condiciones desfavorables, cambios frecuentes de parejas o múltiples parejas en tiempo simultáneo, práctica de violencia como estilo de vida, conductas sociales censurables por la sociedad (García et al., 2015, p.218).

Se estima que aproximadamente, casi el 35 % de la carga mundial de enfermedades tiene su origen en la adolescencia, la segunda causa de muerte entre esta población es por causa del VIH (OMS, 2010).

La incidencia de infección de transmisión sexual en el norte de Europa fue de 225/100.000 años persona, la edad, el uso del condón y el consumo de sustancia psicoactivas son factores de riesgo que inciden sobre la conducta del adolescente, esto genera la necesidad de un enfoque integrado de salud pública (Davoren, Hayes, Horgan & Shiely, 2014, p.276). Los adolescentes en esta región tienen múltiples parejas sexuales, lo cual se asocia positivamente con un diagnóstico de infección bacteriana, la edad y el género influyen en el riesgo y el tipo de infección que presentan en este grupo (Shiely, Hayes & Horgan, 2014, p.30).

En 2013 había un estimado de 110 millones de ITS entre los hombres y mujeres residentes en los Estados Unidos, más del 20 % de las ITS se presentan en los adolescentes de 15 a 24 años y aproximadamente 19,7 millones de infecciones incidentes ocurrieron en los Estados Unidos. Casi el 50 % de aquellas, es decir, 9,8 millones fueron adquiridos por las mujeres y hombres

que se encontraban entre los 15 a 24 años, las infecciones por Virus del Papiloma Humano, muchas de estas Infecciones de Transmisión Sexual son asintomáticas y esto hace que se presente el contagio de múltiples ITS en las y los adolescentes (Satterwhite et al., 2008).

La literatura ha reportado que las y los adolescentes presentan altas tasas de ITS, pero este riesgo es más alto entre los grupos de adolescentes que consumen alcohol y drogas, convirtiéndose en una población prioritaria para la intervención (Diclemente, 2009).

Existe poca información acerca de la prevalencia e incidencia de los adolescentes que viven con VIH en Latinoamérica, se estima que el 0,3 % con edades de 15 a 24 años se encuentran infectados, siendo más frecuente entre los hombres que en las mujeres (García, Bayer & Cárcamo, 2014, p.146).

Un estudio analizó las características de un grupo de adolescentes entre las edades de 12 a 21 años residentes en Brasil, Argentina y México, encontró que el 58 % de los participantes adquirieron el VIH a través de transmisión vertical, es decir de la madre al hijo, el 65 % fue a través de relaciones sexuales, 20 % mediante transfusión de sangre y 8 % fueron por causas desconocidas (Santos et al., 2011). En Colombia, las infecciones de transmisión sexual constituyen un grave problema de salud pública debido a que anualmente se reportan aproximadamente 98.423 casos, de los cuales 23 % son de carácter ulcerativo, lo que aumenta la probabilidad de infección de VIH. Durante el periodo 2011 se reportaron en promedio 13.000 casos de adolescentes entre las edades de 10 a 19 años por una ITS, las infecciones en menores de 14 años en su mayoría son debido a abuso sexual, de los cuales 992 casos corresponden a sífilis, 2.788 casos con diagnóstico de gonorrea, 1.313 casos de clamidia, 1.222 casos de chancro blando y 1.279 de hepatitis B (Ministerio de Salud, 2011).

Según estudios realizados en la ciudad de Medellín durante el periodo 2009 al 2010, se observó que el 41,3 % de los y las adolescentes no usaron condón en la última relación sexual, 30,4 % tenía historia de tres o más parejas sexuales, en las mujeres se identificó Virus del Papiloma Humano (VPH) en el 27,9 %, infección por *Chlamydia trachomatis* en un 11,6 %, vaginosis bacteriana en el 44,2 %, en el caso de los hombres se presentó en el 7,8 % de los casos uretritis no gonococcica (Tamayo et al., 2011).

Tamayo Acevedo (2011) afirman que:

En Colombia solo son objeto de vigilancia en salud pública el VIH/Sida, Hepatitis B, Hepatitis C y sífilis congénitas, no son incluidas en el sistema de vigilancia las infecciones tales como: clamidias, tricomicosis, VPH y vaginosis bacteriana, esto se agrava con los pocos estudios reportados en materia de salud sexual sobre factores de riesgo, factores protectores, determinantes sociales, determinantes culturales y económicos que influyen en la salud sexual de las y los adolescentes. (p.9)

Por otra parte, en las mujeres la principal causa de consulta ginecológica de las adolescentes es la dismenorrea, debido a que esta representa una carga para la salud pública, es una de las principales causas de ausentismo escolar y es responsable significativamente de la disminución de la calidad de vida en los escolares, a pesar de su alta prevalencia y los efectos negativos asociados, muchos adolescentes no buscan atención médica (De Sanctis, Soliman, Else-dfy, Soliman & El Kholly, 2017).

Por otra parte, en Colombia la distribución demográfica de la población ubicada entre los 10 a 19 años según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2015), se encuentra de la siguiente manera: el 22 % de las mujeres y el 23,2 % de los hombres están ubicados en las edades de 13 a 19 años, es decir, la proporción de adolescentes y jóvenes es superior en el caso de los hombres que en el de las mujeres.

En algunas regiones del país, se ha registrado un 40,5 % en índices de inasistencia o abandono escolar, tres de cada cuatro mujeres jóvenes que alcanzaron la educación secundaria completa no están estudiando, dentro de las principales causas de abandono se encuentra que el 6,9 % de las mujeres quedaron embarazadas, 1,8 % manifestó que tenía que cuidar los niños, 1,8 % se casó y el 5,1 % no quiso estudiar, esto demuestra la dificultad que tienen las adolescentes para entrar a la universidad (Ministerio de Salud, 2015). En Colombia en el 2010 se registró una mayor proporción de embarazo a temprana edad en mujeres con nivel educativo bajo en un 89,3 % de los casos registrados, solo el 17,5 % había alcanzado estudios de secundaria o más. Es decir, la asistencia escolar y el clima educativo actúan como un factor protector sobre los embarazos a temprana edad.

Otros autores han confirmado que los y las adolescentes con niveles de conocimiento bajo acerca de la Salud Sexual y Reproductiva, son más vulnerables a tener conductas de riesgo especialmente en aquellos que están iniciando su experiencia sexual (Deán, Mitchell, Stewart & Debattista, 2017).

Un estudio realizado en 499 adolescentes en Brasil identificó que existe un bajo nivel de conocimiento sobre los temas relacionados con la anatomía y fisiología del aparato reproductor, por lo tanto los debates generados por los cambios presentes en la adolescencia constituyen una iniciativa imprescindible (Godby, Ferraz, Salles, Salomé & Fonseca, 2014, p.371).

De igual manera, en México una investigación reportó en una cohorte de 120 adolescentes, cuyo conocimiento fue calificado como medio en el 60,8 % de los encuestados y bajo en el 23,3 %, es decir, a pesar que reconocían los tipos de ITS no contaban con información de calidad acerca del uso de los métodos anticonceptivos y las formas de transmisión de las ITS. En este sentido, es necesario mejorar la calidad de información sobre el uso adecuado de los métodos anticonceptivos, lo que se espera, repercuta positivamente en la salud sexual y reproductiva de la población (Sánchez, Mendoza & Ponces, 2015, p.35).

En Cuba, al analizar los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva en una cohorte de adolescentes entre las edades de 14 a 16 años, se observó que el 94,7 % identificó las diferentes infecciones de transmisión sexual, el 58,3 % reconoce tres métodos anticonceptivos o más (Montalvo, 2014, p.403).

Otros estudios realizados en la ciudad de Valparaíso, Chile, reportaron que el 92,8 % de los adolescentes tiene conocimiento acerca del uso y métodos anticonceptivos y que solo el 1 % de los adolescentes que habían recibido educación sexual en sus respectivos colegios se había embarazado (González, Molina & Luttgés, 2015).

Investigaciones similares han venido evaluando el nivel de información y la percepción sobre algunos temas de salud reproductiva a través de una encuesta que incluía 34 preguntas generales acerca de la salud sexual y reproductiva en 478 hombres entre las edades de 10 a 58 años del municipio del Valle de Aburrá ubicado en Antioquia, Colombia, reportando que el 58,6 % de los hombres encuestados iniciaron las relaciones sexuales entre los 13 y 18

años de edad, 97,9 % tiene algún conocimiento acerca de las infecciones de transmisión sexual, 76,2 % afirmó no haber visitado a un asesor profesional antes de elegir un método anticonceptivo, los resultados de la encuesta alertan acerca de la necesidad de adoptar acciones que involucren a los hombres en temas básicos como la planificación familiar, el número de hijos deseados y la protección frente a las infecciones de transmisión sexual (Rengifo Reina, Córdoba Espinal & Serrano Rodríguez, 2012).

De la misma forma, se reportó que en un estudio realizado en la ciudad de Cali, Colombia, en un grupo de adolescentes entre las edades de 10 a 19 años se observó que el 90,5 % de los estudiantes habían recibido información de educación sexual por parte de sus padres, para el 26,7 % de los adolescentes el sexo seguro significa solo usar preservativos, en cuanto a las prácticas de sexualidad el 42 % expresó haber tenido relaciones sexuales con edad promedio de 13 años, el mecanismo de protección más utilizado es el condón (Rengifo Reina et al., 2012).

A su vez se ha reportado que a pesar que los adolescentes tengan conocimientos relacionados con su sexualidad, esto no impide que inicien su vida sexual tempranamente y/o aumenten la probabilidad de usar condón o anticonceptivos cuando empiezan a tener una vida sexual activa (Rengifo et al., 2012).

Por otra parte, los y las adolescentes reciben información con respecto a su salud sexual en la mayoría de los casos por parte de sus padres, y solo un 17 % obtiene información de los amigos (Montalvo, 2014, p.403). A su vez un estudio realizado por Betancur, Villamizar y Torres (2015), en la ciudad de Bucaramanga reportó que las principales fuentes donde los adolescentes reciben información sobre Salud Sexual y Reproductiva, en la mayoría de los casos han sido los padres y hermanos quienes se la brindan, el 25 % afirma que los profesores y un 28 % eligió el Internet y las redes sociales.

Uso de métodos anticonceptivos

Esta práctica ha venido aumentado en muchas partes del mundo, especialmente en Asia y América Latina, pero sigue siendo baja en al África subsahariana. A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado

ligeramente, de un 54 % en 1990 a un 57,4 % en 2015. A escala regional, la proporción de mujeres entre 15 y 49 años de edad que usan algún método anticonceptivo ha aumentado mínimamente o se ha estabilizado entre 2008 y 2015. En África pasó de 23,6 % a 28,5 %; en Asia, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente de un 60,9 % a un 61,8 %, y en América Latina y el Caribe el porcentaje ha permanecido en 66,7 % (OMS, 2017, párrafo 1).

Sin embargo, algunos autores consideran que es necesario mejorar los conocimientos y las actitudes de nuestros adolescentes puesto que estos siguen incurriendo en errores graves. Además, “en varios estudios se ha observado que más de la mitad de los adolescentes esperan un tiempo para usar métodos de protección después de su primera experiencia, muchas veces porque la situación surgió de forma inesperada” (Ortega, Sevilla & de Burgos, 2008, p.257).

En este sentido, recurren frecuentemente a los anticonceptivos de emergencia o la anticoncepción post-coital, estos se pueden utilizar para prevenir el embarazo en los primeros cinco días después de la relación sexual. Están diseñados para ser utilizados después del coito sin protección, en los casos de violaciones, cuando no se ha usado ningún método anticonceptivo, error de cálculo en los periodos de abstinencia o expulsión de un dispositivo intrauterino (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2014).

Estudios realizados en la ciudad de Sao Paulo, Brasil, en mujeres mayores de 15 años que habían iniciado su vida sexual, ingerían anticonceptivos de emergencia y quienes utilizaron este tipo de método para planificar sufrieron consecuencias en sus organismos, tales como: irregularidad en el ciclo menstrual, depresión y estado de ánimo variable, realmente son pocos los adolescentes que están informados sobre la utilización adecuada de los métodos anticonceptivos de emergencia (Chofakian et al., 2014).

Estudios han reportado que conocer a alguien que ya había usado el método o dar información acerca de sus métodos de uso, indicaciones y contraindicaciones mostró un efecto significativo en el uso, parece que las conversaciones, respecto al uso de la anticoncepción de emergencia en las relaciones sociales,

como el grupo de parejas jóvenes, tienen mayor influencia sobre la utilización del método que el propio conocimiento (Chofakian et al., 2016).

En otro estudio realizado en hombres adolescentes sobre el uso de métodos contraceptivos, se observa que el conocimiento es limitado con respecto a la anticoncepción centrada en la responsabilidad solo al género femenino, se constató que es necesario eliminar prejuicios y permitir a la población masculina la expresión de sus miedos y ansias para que se sienta acogida en los servicios de salud y participe más fuertemente en los procesos de planificación familiar y sexualidad segura (Da Silva Soares et al., 2014).

Embarazo en la adolescencia

Cerca de 16 millones de adolescentes entre las edades de 15 a 19 años y aproximadamente un millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría de estos embarazos se presentan en países de bajos y medianos ingresos (OMS, 2014). En América Latina y el Caribe se registra la segunda tasa más alta de embarazos en el mundo, aproximadamente 31,38 % de las mujeres de la región han tenido un embarazo antes de cumplir los 20 años, casi el 20 % de los nacimientos vivos en la región son de madres adolescentes (Unicef, 2014).

Dentro de los principales factores de riesgo se encuentra la falta de control prenatal que presentan las adolescentes durante el embarazo, es decir, menos de seis consultas prenatales o baja adhesión a las conductas, así mismo existe un mayor riesgo de nacimiento prematuro cuando se presenta nueva gestación en la adolescencia (Thomazini, Wysocki, Da Cunha, Da Silva & Torreglosa, 2016).

Peláez Mendoza (2011) afirma que:

El embarazo no deseado cobra cada año un alto precio a la salud de la mujer, el cual es significativamente mayor en las adolescentes. Resulta paradójico que en pleno siglo XXI muchos profesionales de la salud desconozcan o no posean toda la información necesaria relativa a la anticoncepción de emergencia, más aún conociendo que este método utilizado de forma correcta y temprana puede reducir notablemente la incidencia de embarazos no deseados y por tanto del aborto y sus secue-

las, por lo que la anticoncepción de emergencia puede ser de gran utilidad en la preservación y promoción de la salud sexual y reproductiva, e incluso por la elevación de la calidad de vida de la mujer y la familia cubana. (p.399)

El embarazo precoz trae nuevas experiencias a la vida de las mujeres embarazadas que necesitan apoyo de la familia, control prenatal y educación en salud, que les permita enfrentarse a esta nueva etapa de la vida (Cabral Farias et al., 2015).

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 3 millones de adolescentes se someten a abortos peligrosos, los bebés de madres adolescentes se enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir que los nacidos de mujeres entre las edades de 20 a 24 años (OMS, 2014).

La tasa media de natalidad en adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1.000 adolescentes, las tasas nacionales oscilan entre 1 a 299 nacimientos por 1.000, siendo la tasa más alta en África subsahariana, este es uno de los principales factores que contribuye a la mortalidad materna infantil y al círculo de enfermedades y pobrezas (OMS, 2014).

En América Latina, según la UNFPA (2015), afirma cada día 20.000 niñas menores de 18 años ya han tenido su primer hijo en países en desarrollo, esto es aproximadamente 7,3 millones de partos por año y si se incluyen todas las gestaciones, el número de embarazos en adolescentes es mucho mayor (Párrafo 1).

De acuerdo con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe con siglas en español CEPAL (2013), la maternidad en las adolescentes está por encima de 20 % en América Latina y esta variable se encuentra en estrecha relación con las condiciones económico-sociales de este grupo humano (Párrafo 1).

Algunos padres adolescentes planean y desean el embarazo, pero en la mayoría de los casos sucede lo contrario, este se presenta en un gran porcentaje, se observa en comunidades pobres, pocos instruidas y rurales.

De igual manera, Thomazini, Wysocki, Da Cunha, Da Silva y Torreglosa (2016) afirman que “la adhesión a los programas de control prenatal en madres

adolescentes, la educación de programa relacionados con la anticoncepción y planificación familiar en los adolescentes actúan como un factor protector en los embarazos recurrentes en este grupo” (p.34).

Según estudios realizados en la ciudad de Sao Carlos, Brasil, en una cohorte de 165 adolescentes con edades entre 16 a 19 años, solo el 52,7 % fue estudiado antes del embarazo y el 30,9 % tenía conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos, el 99,4 % utiliza anticonceptivos de tipo oral y preservativos para evitar un embarazo no deseado, se cree que la aplicación de programas educativos sobre el desarrollo sexual y la comunicación en las escuelas debe ser desarrollada con la participación de los padres, profesores y profesionales de la salud con el fin de prevenir el embarazo en adolescentes (Ruiz Berreta et al., 2011, p.90).

En una cohorte de adolescentes entre las edades de 10 a 19 años, que asistieron a la Fundación Hospital San José de Buga, Colombia, donde la variable de exposición era ser adolescente mientras que los eventos a determinar en el estudio fueron las características y la morbilidad materna, durante el periodo de seguimiento de la presente investigación, se capturaron aproximadamente 1.307 neonatos hijos de madres adolescentes, un 57,9 % de estas eran solteras, 23,4 % no tenía seguridad social, el 100 % de la población no había terminado sus estudios secundarios y eran menores de 14 años, en ellas se reportaron casos de preeclampsia y de trabajo de parto prematuro, así mismo se observó una mayor proporción de patologías cardíacas, infecciones bacterianas no asociadas a la atención en salud, sífilis congénita y labio con paladar fisurado (Mendoza, Arias & Mendoza, 2012, p.375).

En este mismo sentido, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Comité Latinoamericano de Derechos Sexuales y Reproductivos (2011) sostienen que las situaciones de pobreza y abandono en esta población, con frecuencia fuerzan a los y las adolescentes a adoptar precozmente roles adultos debido a la ausencia de padres y la necesidad de trabajar para subsistir.

Violencia sexual en la adolescencia

La OMS (2011), define la violencia sexual “Como todo acto sexual, la ten-

tativa de consumarlo, los comentarios e insinuaciones sexuales no deseadas, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de personas, independientemente de la relación de esta con la víctima y cualquier ámbito, incluido el hogar y el trabajo” (p.2).

Otros autores, tales como Cecchetto, Oliveira, Njaine y Minayo (2016), afirman que: el fenómeno de la violencia en el noviazgo es vinculado a la representación rígida sobre los papeles de género, que corresponden a expectativas relacionadas al desempeño de los hombres y mujeres en las relaciones afectivas sexuales.

Los resultados indican que existen diversos factores que inciden en la violencia sexual de los adolescentes, dentro de estos se encuentran las desigualdades económicas y sociales, así como la desigualdad de género, la omisión o negación de la materia se evidencia por la ausencia de notificación obligatoria, falta de trabajo preventivo en la zona, inadecuadas acciones específicas a las necesidades de los adolescentes, los prejuicios y la falta de referencia de una red de atención intersectorial (Trabbold, Cunha & Guerra, 2016).

Otros autores como Borrajo, Gámez y Calvete (2015) consideran que existen creencias distorsionadas sobre la violencia y el amor, este se encuentra relacionado con la presencia de violencia en las relaciones de pareja, algunos estudios analizan la relación de las creencias que justifican la violencia y los mitos del amor en dos formas de abuso en el noviazgo en una muestra compuesta por 656 jóvenes entre 18 y 30 años (79,5 % mujeres), los análisis pusieron de manifiesto que la justificación del abuso *online* se asoció significativamente a una mayor probabilidad de perpetración de agresión directa *online* en relaciones de noviazgo. Los mitos del amor, por su parte, se relacionaron con una mayor probabilidad de control *online*. Además, la relación entre la justificación del abuso *online* y la agresión directa fue más fuerte entre las mujeres. Por su parte, la relación entre los mitos sobre el amor y el control en las relaciones de parejas jóvenes fue más frecuente (Bojarro, Gámez & Calvete, 2015).

En México, un estudio ha analizado la relación del maltrato en el noviazgo de jóvenes mexicanos, estableciendo un análisis diferencial por sexo y nivel de estudios, la muestra utilizada fue de 3.495 jóvenes mexicanos (1.537 hom-

bres y 1.958 mujeres), de los cuales 55,2 % eran preuniversitarios y 44,8 % universitarios, los resultados indican una elevada prevalencia de victimización especialmente en el tipo de maltrato categorizado como psicológico (desapego, coerción, humillación), por género y sexual; las adolescentes reportan más violencia en el noviazgo y menos victimización, tanto en preuniversitarios como en universitarios, en este estudio se observó que los varones tienen una percepción de maltrato mayor, especialmente de tipo físico y castigo emocional (Cortés-Ayala, et al., 2015).

En Brasil un estudio reportó que los significados atribuidos al fenómeno de la violencia en el noviazgo son vinculados a representaciones rígidas sobre los papeles de género, que corresponden a expectativas relacionadas al desempeño de los hombres y las mujeres en las relaciones afectivo-sexuales (Cecchetto et al., 2016).

Sin embargo, existen factores de riesgo que pueden incidir en la violencia durante el noviazgo, la relación entre consumo de drogas y la violencia: estudios han demostrado que existe una relación significativa y directa entre consumo de drogas y violencia en el noviazgo, específicamente entre el consumo y ser víctima de violencia psicológica y física (Saldivia & Vizcarra, 2012).

Derechos sexuales y reproductivos

Fueron ubicados en la agenda internacional desde la Conferencia de población y desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994 por el Fondo de las Naciones Unidas (UNFPA), el plan de acción resultante reconoce y aboga porque los países del mundo den respuestas adecuadas a las necesidades específicas frente a las dimensiones de sexualidad y reproducción, abordándolas desde la perspectiva de los derechos humanos y no solo desde el riesgo de la enfermedad (UNFPA, 2016).

Posteriormente durante el año 2000 la UNFPA, establece la salud sexual y reproductiva como uno de los grandes retos de la humanidad, y como un indicador social y de salud en los países, el objetivo central es avanzar en la superación de las pobrezas, se desagrega de los objetivos primarios como la maternidad segura, la prevención del VIH/SIDA, la igualdad entre los géneros

incluida la eliminación de la violencia y/o la discriminación contra la mujer y la educación primaria universal, entre otros (UNFPA, 2016).

La salud sexual es el resultado del reconocimiento y respeto de los derechos sexuales:

1. El derecho a la libertad sexual: la libertad sexual abarca la sexualidad de las personas de expresar su sexualidad y destruye todas las formas de coerción sexual, explotación y abuso en cualquier periodo y situación de la vida.
2. El derecho a la autonomía sexual, integridad sexual y seguridad del cuerpo sexual: incluye la capacidad de tomar decisiones autónomas sobre la vida sexual dentro de un contexto dentro de la propia ética personal y social. También incluye el control y disfrute de nuestros cuerpos, libres de torturas, mutilaciones y violaciones de cualquier tipo.
3. El derecho a la privacidad sexual: derecho a expresar la preferencia sexual en la intimidad siempre que estas conductas no interfieran en los derechos sexuales de otros.
4. Derecho a la equidad sexual: este derecho se refiere a la posición a todas las formas de discriminación, por razones de sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o discapacidad física, psíquica o sensorial.
5. El derecho al placer sexual: incluyendo el autoerotismo, es una fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.
6. El derecho a la expresión sexual emocional: la expresión sexual es más que el placer erótico en los actos sexuales. Cada individuo tiene derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, las expresiones emocionales y el amor.
7. El derecho a la libre asociación sexual: significa la posibilidad de casarse o no, de divorciarse y establecer otro tipo de asociaciones sexuales.
8. El derecho a tomar decisiones reproductivas libres y responsables: derecho a decidir sobre tener descendencia o no, el número y el tiempo de cada uno, y el derecho al acceso a los métodos de regulación de la fertilidad.
9. El derecho a la información basada en el conocimiento científico: la información sexual debe ser generada a través de un proceso científico de libres

presiones externas y difundida de forma apropiada en todos los niveles sociales.

10. El derecho a la educación sexual comprensiva: este es un proceso que dura toda la vida, desde el nacimiento y debería involucrar a todas las instituciones sociales.
11. El derecho a la atención clínica de la salud sexual: la atención clínica de la salud sexual debe estar disponible para la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y trastornos sexuales.

Historia de la Salud Sexual y Reproductiva en Colombia

Durante la década del 60, la población a nivel mundial se enfrentaba a grandes desafíos en salud pública, debido al aumento desproporcionado de la tasa de natalidad, mortalidad materna infantil, disminución de la esperanza de vida y aumento de las ITS, esto acompañado de la pandemia del Sida, la violencia e inequidades de género que afrontaba en ese momento la población (Gran Álvarez, 2006).

En Latinoamérica, de igual manera, se presentó un aumento desproporcional del número de embarazos a temprana edad en adolescentes entre 15 a 19 años, durante la década de los 60 y 80, con una tasa de 4,22 por cada 1.000 mujeres adolescentes, esta tasa de embarazo se encontraba por encima del promedio mundial que en ese momento era del 3,72 (Banco Mundial, 2016).

Por lo tanto, esto despertó el interés del Gobierno Nacional con el fin de abordar este tipo de problemática que generó un impacto negativo en la sociedad, Colombia inició oficialmente la cátedra de Educación en Salud Sexual y Reproductiva en 1970, a través del Decreto 080 de 1974, este se estableció obligatoriamente para los dos últimos grados de bachiller en las instituciones educativas del territorio nacional, los contenidos temáticos que se debían facilitar a los adolescentes eran los siguientes: procesos de cambios orgánicos del adolescente, anatomía y fisiología del aparato reproductor (Ministerio de Educación Nacional-MEN, 1995) (Decreto 080, 1974).

Así mismo, el MEN en convenio con el Fondo de las Naciones Unidas, citado por Estupiñán (2009), diseñó desde esta iniciativa una serie de cartillas donde se abordaron temáticas tales como: fertilidad, morbilidad, mortalidad y

migraciones estructuradas por sexo y grupo poblacional. Sin embargo, algunos autores afirman que la educación sexual, implementada a través del decreto anteriormente mencionado ha estado inmersa en los escenarios de la vida cotidiana bajo el concepto parcial que reduce la concepción de la sexualidad a lo genital (Alejo Riveros, 2000).

Posteriormente, la Constitución Política de Colombia de 1991 estableció un espacio para que los derechos sexuales y reproductivos se implementaran en el territorio, a través de los siguientes artículos: derecho a la intimidad personal y familiar de mujeres, hombres, jóvenes, niños y niñas (Congreso de la República de Colombia, 1991).

Sin embargo, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo, llevada a cabo en 1994 estableció un panel de discusión que conmemoró la reunión de académicos, gobiernos y entidades relacionadas con los derechos sexuales y reproductivos, con el fin de analizar la situación de las niñas, el estatus de la mujer, la situación de los adolescentes y la igualdad de género, como componentes principales para mejorar la salud sexual y reproductiva de la población (Galdós Silva, 2013).

Esta misma conferencia llegó al siguiente consenso, no es pertinente usar expresiones como “explosión demográfica” y “control de natalidad”, estas expresiones bajo el enfoque de derechos, resultan inadecuadas. Estos mismos aspectos fueron reafirmados en la plataforma de acción de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing en 1995, este movimiento introduce el concepto de derechos sexuales de las mujeres, que posteriormente fue reconocido como derechos sexuales de las personas.

Ramos Padilla, citado por Castellanos y Soriano (2006) afirma que “en esta Conferencia se introdujeron tres cambios fundamentales respecto a las conferencias anteriores: un nuevo concepto de “la salud reproductiva” más amplio e integral que el de “planificación familiar”, el reconocimiento de la sexualidad como una dimensión fundamental de las personas, y la consideración que es la mujer quien debe controlar su propia fecundidad bajo una libre decisión y con condiciones que permitan que esto ocurra” (p.202). A partir de este informe los gobiernos de las regiones iniciaron la implementación de políticas públicas que fomentaran los derechos sexuales y reproductivos de la población.

El Gobierno Nacional realizó los respectivos cambios establecidos por la Conferencia Internacional de Cairo y reafirmada en 1995 a partir de la Ley 115 de 1994 que en su artículo 14 indica que es obligatorio para todos los establecimientos educativos privados y públicos impartir un programa educativo en Salud Sexual y Reproductiva teniendo en cuenta las necesidades psíquicas, físicas y afectivas de los educandos según la edad, de igual manera que esta Cátedra debe ser incluida en toda la malla curricular. Es decir, todas las materias deberían tener un enfoque de educación sexual, se debía abandonar el enfoque biológico y agregar conocimientos que podían aportar otras asignaturas, este marco constitucional permite el fomento y la promoción de la educación sexual en las instituciones educativas desde el punto de vista multidisciplinar (Armando Alonzo, 2013).

Luego en Colombia se implementó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), contenido en la Ley 100 de 1993 (Congreso de la República de Colombia, 1993), aprobada a partir del artículo 49 de la Constitución Política de 1991. Dando lugar a una amplia reglamentación expedida por el Ministerio de Educación Nacional, a través del Decreto 1860 de 1994, el cual reglamenta los aspectos organizativos y pedagógicos con referencia a la educación sexual, la Sentencia T-440 de 1992 (Corte Constitucional. República de Colombia, 1992) donde se adelantó un estudio con el apoyo de expertos en la temática, con el fin de identificar la metodología y el contenido que deberían contener los programas de educación en salud sexual en Colombia, así mismo el artículo 2 de la Resolución 3353 de 1993, contempla que se debe hacer una evaluación al adolescente al momento de finalizar su ciclo educativo, algunos autores consideran que si bien estos decretos realizan promoción relacionada con la advertencia de embarazos en adolescentes, ITS, no se expresa de manera clara el respeto que merecen las personas con orientaciones sexuales distintas (Armando Alonzo, 2013).

En 1992, el Ministerio de Salud expidió la Resolución 1531 de 1992, a través de la cual se asoció a la conmemoración del Día Internacional de la Mujer mediante el reconocimiento de una serie de derechos relacionados con la salud, la vida, el cuerpo y la sexualidad de la mujer.

Posteriormente con la Ley 100 de 1993, se originó el plan de Atención Bá-

sica, conocido actualmente como el Plan de intervención colectiva y el Plan Obligatorio de Salud (POS), el cual contempla acciones y servicios destinados a atender las necesidades de salud sexual y reproductiva de la población sin ningún tipo de discriminación.

Luego en 1999, el Ministerio de Educación Nacional en compañía con el Fondo de la Población de las Naciones Unidas (UNFPA) desarrolló el proyecto de Educación en Salud Sexual y Reproductiva de Jóvenes para Jóvenes, así mismo en esta década, el Ministerio de Salud con la participación del (UNFPA) y otras entidades del Estado estuvieron adelantando las directrices para la planificación familiar, que concluyó en la Resolución 412 de 2007, esta contempla las normas, guías y protocolos relacionados con los métodos de planificación familiar, la atención del embarazo, la alteración temprana de alteraciones del desarrollo en los adolescentes, las Infecciones de Transmisión Sexual, VIH/SIDA, el cáncer de cuello uterino y seno, así como la atención a la mujer y el niño maltratados.

En el 2003 el Ministerio de la Protección Social adoptó la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2003-2007, en esta se fijaron los lineamientos nacionales de intervención fijados en seis áreas específicas: maternidad segura, planificación familiar, salud sexual y reproductiva de la población adolescente, cáncer de cuello uterino, infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, violencia doméstica y sexual.

Recientemente a partir del Plan Nacional Decenal de Salud Pública 2012-2021, se actualiza la política nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, esta propone definir la sexualidad como una acción prioritaria en Salud Pública, dado un reconocimiento como una condición esencialmente humana que compromete al individuo a lo largo del todo ciclo vital, permitiéndole sustraer de la mirada exclusivamente biológica para abordarla de igual manera desde un enfoque social sumando el enfoque de género dentro de un marco de derechos, las dimensiones que contempla la actual política nacional son las siguientes: dimensión de la sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos, promoción de los derechos sexuales, derechos reproductivos y equidad de género y prevención, y atención integral en salud sexual y salud reproductiva desde un enfoque de derecho (Ministerio de Salud-Fondo Nacional de las Naciones Unidas-Profamilia, 2012).

Salud Sexual y Reproductiva en adolescente

La OMS (2017) afirma que “la salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia” (Párrafo 1).

Por lo tanto, la educación para la sexualidad en el ámbito escolar es una herramienta que ha permitido promover la salud de acuerdo con las normas y requerimientos establecidos en la Resolución 3353 de 1993 vigente para el sector educativo. Sin embargo, no hay suficiente formación docente para abordarla de manera apropiada y asegurar resultados favorables para las y los jóvenes.

Las escuelas pueden convertirse en el escenario para proveer información adecuada y basada en la evidencia a los adolescentes, existe un bajo nivel de producción científica que demuestre el beneficio y las ventajas de los programas educativos basados en el currículo son eficaces para mejorar los resultados de salud sexual y reproductiva en los y las adolescentes, por lo tanto, se necesitan más estudios para confirmar la magnitud del efecto sobre el conocimiento y las conductas en las y los adolescentes (Mason Jones et al., 2016).

Los profesionales de la salud y promotores han venido abordando diversos métodos y procesos que facilitan el desarrollo y la transmisión de conocimiento a través de diferentes formas de interacción y comunicación hacia este grupo poblacional, por esta razón es importante analizar la forma como se ha venido transmitiendo los conocimientos en la población adolescente, estudio realizado en un grupo de adolescentes entre las edades de 10 a 19 años residentes en un hogar, los resultados indicaron que utilizar técnicas pedagógicas interactivas resulta muy beneficioso puesto que los participantes logran comprender los componentes de la adolescencia y la sexualidad, así mantener una vida sexual sana (Meza Arguedas, 2016).

En Brasil las instituciones promotoras de salud sexual y reproductiva han realizado trabajos para describir experiencias de educación para la salud en dos encuentros, con dieciséis adolescentes de 13 a 19 años, teniendo como eje problematizado el embarazo y los métodos anticonceptivos. Las reunio-

nes fueron guiadas por el referencial teórico del círculo de cultura propuesto por Paulo Freire. Donde se utilizaron herramientas lúdicas y constructivas, facilitando la reflexión y construcción del conocimiento entre profesionales y estudiantes. Estos negaron la posibilidad de embarazo como pertinente y real en el cotidiano y demostraron conocimiento acerca de métodos contraceptivos (Figuerido Coelho, Martis Torres, Lima Miranda, Leite Cabral, & Oliveira, 2012).

Los autores consideran que: “Es urgente fortalecer acciones preventivas y de promoción de la salud sexual y reproductiva junto a los adolescentes, así como fomentar la autonomía de estos sujetos en el contexto socio familiar” (p.390).

En Argentina, la sanción de la Ley 26.150 en el año 2006 estableció el Programa Nacional de Educación Sexual Integral, por medio del cual todos los niños escolarizados “tienen derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada de las jurisdicciones nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal” (Párrafo 1, Art. 1).

La educación sexual aparece como un contenido “nuevo” para una estructura escolar que debe acomodar sus prácticas de enseñanza a exigencias que son vividas como externas, como impuestas.

Dentro del marco de la investigación sobre representaciones sociales acerca de la práctica docente, se registraron algunas dificultades y tensiones en el ámbito escolar en lo que respecta a la enseñanza de los contenidos de educación sexual integral, las prácticas docentes se configuran como un campo de interacción complejo y heterogéneo, en el que se desarrolla la vida cotidiana de los maestros, lo cual permite definir a la escuela como un espacio de negociación de sentidos. Reflexionar sobre la práctica docente es importante porque contribuye elucidar concepciones y supuestos que operan como condición de eficacia del dispositivo escolar (Azzollini, Di Iorio & Seidmann, 2014).

En Costa Rica, estudios sostienen que utilizar técnicas pedagógicas interactivas resulta muy beneficioso, puesto que los participantes logran comprender los componentes de la adolescencia y la sexualidad, para así mantener una vida sexual sana (Meza Arguedas, 2016).

En Colombia se realizó un estudio donde se aplicó un programa de promoción de derechos sexuales y reproductivos en adolescentes residentes que asisten a cinco instituciones educativas ubicadas en la ciudad de Bucaramanga, luego de haber aplicado los talleres se encontraron modificaciones favorables en el conocimiento y manejo de los temas de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos y habilidades para la vida en los estudiantes, en este sentido, los autores consideran que realizar un proceso de educación para la sexualidad desde la promoción de la salud en el ámbito escolar con enfoque en DSR permite la modificación del enfoque biológico que se ha venido impartiendo en las instituciones (Mantilla, Hakpiel, Rincón, Smith & Hernández, 2012).

A su vez se ha establecido que la comunicación asertiva es una habilidad social aprendida, que es necesario fortalecer en los programas de salud sexual y reproductiva; el afecto es un elemento motivador para la transmisión y apropiación de conocimientos en educación sexual y reproductiva; la visión de reciprocidad orienta la interacción entre el(la) adolescente y los componentes necesarios para una construcción mutua del autocuidado en este ámbito, y la visión de simultaneidad integra el contexto como elemento fundamental en el abordaje de la temática dentro de un programa educativo (Pardo Torres, Santacruz Pardo, Ramos Anacona & Arango Martínez, 2010, p.12).

A pesar que los gobiernos de algunos países han venido implementando los programas de SSR, todavía dentro de los desafíos que enfrentan los adolescentes a nivel mundial se encuentran: el embarazo a temprana edad, la paternidad, las dificultades de acceso a los anticonceptivos, el aborto seguro y la alta tasa de VIH e ITS, esto es debido a factores políticos, económicos y socioculturales que limitan e impiden la entrega de información, agencias internacionales han venido trabajando con profesionales de salud con la finalidad de romper con algunas de estas barreras permitiendo que se promuevan los objetivos de Desarrollo Sostenible en este tema y se logre proyectar a escala global (Morris & Rushwan, 2015, p.40).

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible afirmaron que después del 2015 siguen las desigualdades para el acceso a la información sobre salud sexual y reproductiva (SSR) y servicios, la necesidad generalizada de mejorar los servicios de SSR para satisfacer la salud, derechos y estándares de ética mé-

dica para la calidad de la atención y la ausencia o insuficiencia de uso de mecanismos de rendición de cuentas para rastrear y remediar las brechas que existen en los sistemas fragmentados (Germain, Sen, García-Moreno & Mrindula, 2014).

Aspectos éticos

Para la elaboración del presente marco, se han tomado a consideración diferentes documentos normativos de ámbito internacional y nacional, entre ellos se encuentra la Declaración de Helsinki, que establece que en investigaciones con seres humanos, el bienestar de la persona que participa en el estudio debe tener siempre primacía sobre todos los intereses. Se entiende por consentimiento informado según el artículo 14 consagrado en el capítulo I de la Resolución 8430 de 1993:

El acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, el representante legal y el adolescente, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgo a que se someterá con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna por parte del investigador. (p.4)

Para otros autores como Benavides (2009), “El consentimiento informado es un requerimiento ético y legal antes de cualquier intervención diagnóstica o terapéutica en salud sexual y reproductiva” (p.248), de igual manera Casas, Dides y Isla (2002) afirman:

El proyecto ley marco sobre derechos sexuales y reproductivos concibe el consentimiento informado como un proceso de aprendizaje tanto de las personas que prestan servicios en salud como de los y las usuarios. Es un proceso más que un mero trámite burocrático que se traduce en suscribir un formulario, como todo proceso de aprendizaje debe considerar situaciones y condiciones culturales, educacionales, psicológicas, comunicacionales, de género, etnia y edad. (p.305)

Según el artículo 5 consagrado en la Resolución 8430 de 1993, los aspectos éticos de la investigación con seres humanos deben contemplar los siguientes criterios: estos deben ajustarse a los principios científicos y éticos que la justifiquen, se debe fundamentar en la experimentación previa con animales,

en laboratorios o en otros hechos científicos, se realizará solo cuando el conocimiento que se pretende producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo, deberá prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente el tipo de riesgo que se pueda presentar en la investigación, estos se encuentran establecidos en el artículo 11, el cual plantea que antes de cualquier intervención se debe obtener la autorización del representante legal, el consentimiento informado o asentimiento por parte del participante y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética de investigación de cada institución.

Es claro que se debe suspender la investigación de inmediato en caso, que durante su desarrollo se generen riesgos en la salud del beneficiario y de igual manera si este lo manifiesta por escrito. En este caso se considera dentro del marco legal nacional, que es responsabilidad de la institución patrocinadora, proporcionar atención médica al sujeto que sufra algún daño, si este estuviese relacionado directamente con la investigación. Todos estos aspectos deben estar contemplados en el consentimiento informado (Resolución 8430 de 1993).

Por lo tanto, este mismo documento debe contener los objetivos, justificación, los procedimientos que vayan a usarse y sus propósitos incluyendo la identificación de aquellos que son experimentales, la molestia o riesgo esperados, los beneficios que puedan obtenerse, los procedimientos alternativos que puedan ser ventajosos para el sujeto, las garantías de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración acerca de los procedimientos, riesgo y beneficios (Resolución 8430 de 1993).

La seguridad que no se identificará al sujeto de estudio y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad, el compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, de igual manera en caso de que existan gastos adicionales, estos serán cubiertos por el presupuesto (Resolución 8430 de 1993).

Para investigaciones con menores de edad, la Resolución 8430 de 1993, específicamente en el capítulo III, define que se debe asegurar previamente que se hayan realizado estudios semejantes en personas mayores de edad o animales inmaduros, excepto cuando se trata de estudios en condiciones que son propias de estas etapas.

En este mismo sentido, el artículo 25 establece que se debe obtener un con-

sentimiento informado del representante legal o el que tenga la patria potestad del niño, después de hacerle una pequeña explicación de lo que se pretende hacer, de igual manera en el menor de edad se deberá obtener su aceptación para ser sujeto de investigación a través del asentimiento informado. Por lo tanto, para efecto del cumplimiento del presente artículo se anexan los documentos respectivos (ver Anexo 1 y 2).

Para el caso de investigaciones con menores de edad, con un tipo de riesgo mayor que el mínimo, las investigaciones deben tener alta probabilidad de ser atendidas, de prevenir o aliviar algún problema que afecte la salud y el bienestar de la niñez (Resolución 8430 de 1993, p.12).

En el marco ético de los derechos sexuales y reproductivos a nivel nacional e internacional, se han establecido algunos instrumentos legales, estos han consagrado varios temas relacionados con la salud sexual, la prevención de diferentes formas de discriminación y violencia de tipo sexual, entre las cuales se debe destacar la política “Salud para las mujeres, mujeres para la salud” del año 1992, donde se expresó como propósito la reducción de las desventajas existentes entre hombres y mujeres, como una forma de mejorar su calidad de vida y responder de manera integral la problemática de salud relacionada con los roles de la mujer en la familia, en el sector educativo y laboral, la mortalidad materna, la violencia contra la mujer y su salud mental, como precedente a esta política internacional en Colombia el Ministerio de Salud en ese mismo año conmemoró el Día Internacional de la Mujer a través de la Resolución 1531 de 1992, donde se reconoció una serie de derechos relacionados con su vida, salud, cuerpo y sexualidad.

A su vez, en el año 2000 a través de la Resolución 412 de 2000, se establecieron las guías y normas técnicas relacionadas con los métodos de planificación familiar donde se establece que los y las adolescentes, deben tener acceso a la información acerca de su mecanismo de uso y por lo tanto, no se les puede ocultar este tipo de información, debido a que sería una violación de sus derechos sexuales y reproductivos.

El Ministerio de Protección Social en el 2003 adoptó la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, en esta se establecieron las prioridades para

guiar la intervención en seis áreas: maternidad segura, salud sexual y reproductiva en la población adolescente, cáncer de cuello uterino, infecciones de transmisión sexual y VIH/Sida, y violencia doméstica y sexual.

La Corte Constitucional ha realizado avances relacionados con la integración de la educación sexual, como una cátedra obligatoria de la educación formal que debe ser impartida en las instituciones educativas dirigida a la población adolescente.

La presente investigación se encuentra fundamentada bajo los parámetros establecidos por la Resolución 8430 de 1993, con el fin de dar cumplimiento al título II de las investigaciones con seres humanos, Capítulo 1 aspectos éticos de la investigación en seres humanos y el artículo 5, el cual afirma: “en todas las investigaciones en laa que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de los derechos a su dignidad”, con el fin de dar cumplimiento a la anterior resolución se establecen los siguientes criterios éticos para su ejecución:

- La presente investigación tiene una clasificación con riesgo mínimo, debido a que así lo establece el literal b del artículo 11 afirmando lo siguiente: son estudios de tipo prospectivo que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes como aplicación de cuestionario e implementación de programas de intervención en el consentimiento informado donde se realizaron las aclaraciones a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgo, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y la aplicación del programa de educación en salud sexual y reproductiva.
- El programa educativo en salud sexual y reproductiva fue realizado por un profesional de la salud en este caso la joven investigadora Colciencias bajo la tutoría de una trabajadora social que cuenta con conocimiento y experiencia previa en el tema, con el fin de cuidar la integridad de los adolescentes entre las edades de 10 a 19 años que decidieron participar en la investigación, esta investigación fue supervisada por un Comité de Ética científico, el Grupo de Investigación, Programa Ondas Atlántico de Colciencias y el Departamento de Formación para la Investigación de la Universidad Simón Bolívar.

- Se entregaron cartas de participación a la coordinadora del Programa Ondas Atlántico, las instituciones seleccionadas que se encuentran ubicadas en los municipios de Soledad, Sabanalarga y Malambo, donde se les explicaron los alcances, beneficios, riesgo y objetivos de la investigación, con la finalidad de recibir posteriormente la carta de autorización por parte de la Institución, en acto seguido se realizó un encuentro con los padres y jóvenes explicando cada uno de los procesos que se establecieron en el estudio, se entregaron consentimiento informado a los padres de familia que se aceptaron la participación de sus hijos y consentimiento informados a los adolescentes, con previa autorización del Comité Científico. Se suministró un duplicado a los adolescentes y padres el consentimiento informado y asentamiento respectivamente.
- Debido a que la investigación tiene un diseño cuasi-experimental se realizó una asignación que incluyó varios grupos, se utilizó una técnica de muestreo no probabilístico, con el fin de obtener una asignación imparcial de los participantes de cada grupo, se tomó como medida pertinente el acompañamiento de un docente de la Institución y la psicóloga.
- Se protegió la integridad y privacidad de los participantes de la investigación. Solo se realizó la identificación de la Institución participante si este lo manifestó por escrito autorizando a los investigadores, en caso contrario no se mencionó en el título de la investigación y en el producto resultado de nuevo conocimiento.

Los sujetos tienen la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se creen perjuicios, la seguridad que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad; los investigadores mantienen el compromiso de proporcionarle información obtenida durante el estudio a los padres de familia e instituciones si estas lo llegan a manifestar por escrito, los costos de la investigación fueron cubiertos por el presupuesto asignado por Colciencias para el desarrollo de la siguiente investigación.

En documento anexo se encuentra el consentimiento informado y asentamiento informado basado en el artículo 15 de la presente Resolución.

Diseño Metodológico

Tipo de investigación

La investigación cualitativa es aquella donde se estudia la calidad de las actividades, relaciones, asuntos, medios, materiales o instrumentos en una determinada situación o problema.

Tipo de estudio

El estudio cuasi-experimental es aquel en el que existe una ‘exposición’, una ‘respuesta’ y una hipótesis para contrastar, hay o no aleatorización de los sujetos a los grupos, sin embargo no se realizara grupo control, se efectúa una evaluación pre y post después de la aplicación del programa (Segura Cardona, 2003).

Población

120 adolescentes entre las edades de 10 a 19 años, que se encuentran oficialmente matriculados en los cursos 5º, 6º, 7º, 8º, 9º y 10º de las instituciones educativas departamentales ubicadas en los municipios de Malambo y Sabanalarga.

Muestra

Se obtuvo una muestra de 26 estudiantes que asistieron al programa, se aplicó un muestreo no probabilístico por convivencia, donde los investigadores establecieron criterios de inclusión y exclusión para la selección del subgrupo participante.

| Criterio de inclusión | Criterio de exclusión |
|--|---|
| Estar entre los 10 a 19 años | Ser un niño en edad escolar |
| Estar matriculado oficialmente en la institución educativa | Estar en la etapa de la juventud |
| Aceptar participar en la investigación | No estar matriculado oficialmente en la institución |
| | No Desear participar en el estudio. |

Etapas Metodológicas

Etapas 1: Socialización del programa

Inicialmente la joven investigadora se dirigió a la Secretaría de Educación

de los municipios de Sabanalarga y Malambo con el fin de identificar las instituciones educativas públicas que se encontraban registradas ante la Secretaría de Educación Departamental, posteriormente se realizó la invitación a través de correo electrónico y la entrega de carta de invitación a las instituciones de los municipios anteriormente mencionados.

A las instituciones que respondieron la invitación del programa, se procedió a realizar la socialización del contenido temático, la metodología y los días de encuentro, así mismo, se entregó el formato de consentimiento informado a los padres y asentimiento a los adolescentes que aceptaron la participación del programa.

Etapa 2: Pre-evaluación

En esta etapa se realizó la evaluación que permitió describir la situación actual de los estudiantes de los grados 5°, 6°, 7°, 8°, 9° y 10°, frente a la temática de la Salud Sexual y Reproductiva.

Para la realización del diagnóstico se utilizó el instrumento, validado por Cortés Alfaro, Roche García, Fullerat & Fuentes (2000), este contiene 42 preguntas divididas en 5 secciones, la primera describe las características socio-demográficas de la población, la segunda aborda los conocimientos relacionados con ITS y VIH/SIDA, la tercera explora las actitudes y comportamiento sexuales, la cuarta los antecedentes de ITS y manifestaciones clínicas, por último estudio la quinta sección contempló los posibles factores relacionados con las ITS, como son la convivencia familiar, los antecedentes de sexualidad con violencia. Este instrumento fue válido por pares de expertos por el Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología en la ciudad de La Habana, Cuba. El formato de la entrevista, contiene preguntas cerradas en la modalidad estructurada, este fue aplicado por la joven investigadora a los estudiantes de forma individual con una duración aproximada de 45 minutos.

Esta línea de base sirvió de referente para la medición de indicadores que permitieron identificar el nivel de conocimientos, actitudes y creencias en torno a salud sexual y reproductiva de los adolescentes entre las edades de 10 a 19 años que aceptaron participar en el programa, esto es acorde con el objetivo planteado por la investigación inicialmente.

Etapa 3: Ejecución del programa de Salud Sexual y Reproductiva

La metodología se basó en una metodología de “pares”, es decir de adolescentes a adolescentes. Además de la capacitación a adolescentes del grupo promotor, también se involucró a profesores, padres y madres de familia que permitieron la participación de los estudiantes y el desarrollo del programa en la institución.

Se utilizó la Guía Facilitadora del Programa Educativo de Salud Sexual y Reproductiva del Fondo de las Naciones Unidas (UNFPA).

Las estrategias de enseñanza y aprendizaje utilizadas durante el programa fueron definidas y seleccionadas, de acuerdo a los siguientes criterios:

- Los talleres dirigidos a los grupos promotores
- Diagnóstico dirigido a los estudiantes entre las edades de 10 a 19 años.
- Las dos actividades recreativas y lúdicas con el Grupo Promotor (una al inicio y otra al final) se desarrollaron en espacios abiertos propicios para la sensibilización y recreación.

Plan de Capacitación de 15 secciones de trabajo en jornadas de tres horas cada una, para los dos Grupos Centinelas en Salud Sexual y Reproductiva (ver Tabla1).

Tabla 1. *Actividades desarrolladas en el programa*

| Actividad | Objetivo | Herramientas | Metodología de Trabajo |
|------------------|---|--|--|
| Adolescencia | Socializar con las y los adolescentes reflexiones sobre los cambios en la etapa de adolescencia y reconocer los beneficios de conocerlos para lograr el desarrollo integral de esta etapa en su vida. | Papel Bond Tijeras Retroyector Computador | Durante el trabajo de campo se utilizó como técnica de enseñanza y aprendizaje la mesa redonda, se organizaron grupos de cinco estudiantes, donde inicialmente el facilitador formuló preguntas relacionadas con los cambios psicológicos y físicos que se presentan en la adolescencia posteriormente se realizó la socialización de las respuestas, el facilitador dió la explicación del concepto y los cambios fisiológicos, emocionales que se presentan en esta etapa. |

| Actividad | Objetivo | Herramientas | Metodología de Trabajo |
|--|---|--|--|
| Derechos sexuales y reproductivos | Dar respuesta a las necesidades de la población objeto, así como propiciar información científica, clara y precisa a los adolescentes del Grupo Promotor en SSR, como factor clave a la contribución a la calidad de vida expresada en el ejercicio de la sexualidad y la reproducción y el bienestar de la comunidad educativa. | Papel Bond Computadores Lapicero | En esta actividad el facilitador planteaba casos problema correspondientes a la temática, donde el estudiante debía dar su percepción al respecto, por último se realizó una retroalimentación de los derechos sexuales y reproductivos a los estudiantes y se comparaban las respuestas con los derechos planteados en la Conferencia de El Cairo. |
| Prevención de embarazos no planificados y/o no deseados, embarazo subsiguiente | Proporcionar elementos conceptuales sobre planificación familiar, métodos anticonceptivos y mecanismos de acción de los métodos en la población adolescente que contribuya a promover responsabilidades en la formación de futuras generaciones que dispongan de conocimiento para la promoción y cuidado de su SSR con enfoque de derechos y énfasis en el disfrute pleno de su sexualidad y como prevención de la morbi-mortalidad materno-perinatal. | Papel Bond Computador Pastillas anticonceptivas Condón Femenino y Masculino Dispositivo T Inyecciones Hormonales | Inicialmente el facilitador realizó preguntas a los adolescentes relacionadas con los efectos de ser padres a temprana edad y cómo afecta esto a su proyecto de vida, posteriormente fueron socializadas las respuestas planteadas por los adolescentes, la modalidad de trabajo fue la lluvia de ideas, por último se realizó la presentación de los métodos e indicaciones de los métodos anticonceptivos. |
| Infecciones de Transmisión Sexual | Fortalecer la promoción de factores protectores de la SSR con énfasis en prevención de ITS que conlleven a la reducción del riesgo como respuesta a las situaciones de vulnerabilidad, a través de mecanismo de transformación cultural que garanticen los derechos a la información y a la provisión de atención integral. | Computador Retropoyector | El facilitador realizó una presentación a los estudiantes sobre los tipos de infecciones de transmisión sexual socializando la etiología y fisiopatología de estos sobre el organismo. |

| Actividad | Objetivo | Herramientas | Metodología de Trabajo |
|--|---|--|--|
| Abuso y explotación sexual infantil | Dar a conocer en las y los participantes los tipos de violencia física, sexual y emocional que se pueden presentar en el noviazgo. | | El facilitador socializó con los estudiantes los tipos de violencia física, sexual y emocional que se pueden presentar durante el noviazgo, en este caso se relacionaron varios casos problema donde el estudiante planteaba su percepción de una solución, los estudiantes socializaban las respuestas y por último el facilitador procedía a socializar el contenido temático con los participantes. |
| Impacto de las relaciones y uniones maritales a temprana edad en el proyecto de vida | Socializar con los y las adolescentes el impacto en el proyecto de vida sobre las relaciones y uniones maritales a temprana edad. | Papel Bond Memes | El facilitador utilizó como técnica de trabajo el desafío donde los estudiantes debían mencionar cómo se proyectaban en 10 años, posteriormente estos socializaban con sus compañeros las respuestas, por último el facilitador socializaba los efectos de las uniones maritales a temprana edad y el impacto de esto en su proyecto de vida. |
| Factores de riesgo que inciden en la transmisión de ITS/VIH | Dar a conocer a los y las participantes los factores que inciden en la transmisión de ITS/VIH y sus consecuencias en el proyecto de vida | Retroproyector Computadores Papel Bond | En esta la facilitadora, socializaba con los estudiantes participantes a través de mesa redonda los factores de riesgo que inciden en la transmisión de ITS/VIH. |
| Participación, trabajo en equipo y liderazgo | Estimular y potenciar la participación y la competencia asociadas al trabajo en equipo con la comprensión de elementos teórico-prácticos y de habilidades y actitudes que faciliten la orientación de un trabajo eficaz y de alto rendimiento, a través de herramientas de planificación y administración que además favorezcan y potencien el liderazgo. | Foto Memes Papel Bond Computador | A través de la actividad Encuentra tu valor, el estudiante tenía que colocar los valores alrededor de una foto personal, y estos debían ser elegidos de acuerdo a la percepción que ellos tenían sobre sí mismas. Posteriormente, el investigador socializaba con los participantes las cualidades que se deben tener para el trabajo en equipo. |

Diseñar y Ejecutar dos actividades recreativas dirigidas a los Centinelas del Grupo Promotor, así:

- Se realizó una primera actividad al inicio con la finalidad de socializar, sensibilizar e integrar a los miembros del equipo motivándolos y comprometiéndolos a participar activamente en el programa.
- La segunda actividad fue un ejercicio de retroalimentación y autoevaluación realizado con los estudiantes.

Estas actividades se desarrollaron en espacios abiertos y propicios para la recreación y la lúdica. Las dinámicas fueron acordes al objetivo planteado en la investigación.

Etapas 4: Evaluación post de la aplicación del programa

Posteriormente se aplicó el cuestionario con el fin de establecer el nivel de conocimiento adquirido por los estudiantes y determinar los efectos del programa sobre los conocimientos y actitudes de los adolescentes de la comunidad educativa de los grados 5°, 6°, 7°, 8°, 9° y 10° que habían asistido a los 15 encuentros programados, durante esta etapa se organizaron grupos de 5 estudiantes con el objetivo de realizar nuevamente la entrevista, la cual tuvo una duración aproximada de 45 minutos para realizar el proceso comparativo de la evaluación pre-test con la última evaluación, es decir pos-test.

Etapas 5: Registro de la experiencia y análisis de los datos

Para el registro de los datos obtenidos antes y después del programa de Educación en Salud Sexual y Reproductiva, se diseñó una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 22 (Licencia Universidad Simón Bolívar), posteriormente se realizó la exportación de las tablas y el análisis comparativo entre el pre-test y el pos-test, con el fin de comparar la percepción y las actitudes de los estudiantes antes y después de la aplicación del programa.

Resultados

Características sociodemográficas

Los adolescentes participantes del programa de Educación en Salud Sexual y Reproductiva se encuentran entre las edades de 10 a 18 años, el 30,8 % (8)

en la edad de 13 años, el menor registro estuvo entre las edades de 11 y 18 años con un 3,8 % (1) y 7,7 % (2) respectivamente (ver Tabla 2).

Tabla 2. *Distribución de la edad en la población*

| Edad | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| 10 | 2 | 7,7 |
| 11 | 1 | 3,8 |
| 12 | 1 | 3,8 |
| 13 | 8 | 30,8 |
| 14 | 5 | 19,2 |
| 15 | 5 | 19,2 |
| 17 | 2 | 7,7 |
| 18 | 2 | 7,7 |
| Total | 26 | 100 |

Fuente: Cuestionario de conocimiento y actitudes en Salud Sexual y Reproductiva

El 84,6 % de la población participante en el programa corresponde al sexo femenino (ver Tabla. 3).

Tabla 3. *Distribución de sexo en la población*

| Sexo | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| F | 22 | 84,6 |
| M | 4 | 15,4 |
| Total | 26 | 100 |

Fuente: Cuestionario de conocimiento y actitudes en Salud Sexual y Reproductiva

Se observa un mayor número de participantes residentes en el municipio de Sabanalarga con un 53,8 % (14) (ver Tabla 4). Así mismo se observó que el 100 % de la población participante se encuentra entre los grados de secundaria básica.

Tabla 4. *Distribución de la población en los municipios de Malambo y Sabanalarga*

| Municipios | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------|------------|------------|
| Malambo | 12 | 46,2 |
| Sabanalarga | 14 | 53,8 |
| Total | 26 | 100 |

Fuente: Cuestionario de conocimiento y actitudes en Salud Sexual y Reproductiva

El 80,8 % de las madres de los participantes del programa ejercen su labor como amas de casa, un 3,8 % no registró información acerca de la ocupación de la madre, solo un 7,7 % de las madres son profesionales (ver Tabla 5).

Tabla 5. *Ocupación de la madre de los adolescentes*

| Categorías | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------|-------------------|-------------------|
| No registró información | 1 | 3,8 |
| Ama de casa | 21 | 80,8 |
| Profesional | 2 | 7,7 |
| Trabajador de servicio | 2 | 7,7 |
| Total | 26 | 100 |

Fuente: Cuestionario de conocimiento y actitudes en Salud Sexual y Reproductiva

El 34,6 % de los participantes no registraron información acerca de la ocupación laboral de los padres y un 15,4 % de los padres trabajan por cuenta propia (ver Tabla 6).

Tabla 6. *Distribución de la ocupación de los padres*

| Categorías | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------------|-------------------|-------------------|
| No registro información | 9 | 34,6 |
| Obrero agrícola | 1 | 3,8 |
| Administrativo | 1 | 3,8 |
| Fallecido | 1 | 3,8 |
| No sabe la ocupación | 1 | 3,8 |
| Profesional | 1 | 3,8 |
| Obrero de construcción | 2 | 7,7 |
| Trabajador por cuenta propia | 4 | 15,4 |
| Técnico | 3 | 11,5 |
| Categorías | Frecuencia | Porcentaje |
| Jubilado | 1 | 3,8 |
| Conductor | 1 | 3,8 |
| Pescador | 1 | 3,8 |
| Total | 26 | 100 |

Fuente: Cuestionario de conocimiento y actitudes en Salud Sexual y Reproductiva

El 26,9 % de la población no registró información acerca del nivel educativo que tienen sus padres, el 23,1 % no completó su secundaria básica, el 15,4 % alcanzó un nivel de primaria incompleta y solo un 3,8 % de los padres tiene un grado universitario (ver Tabla 7).

Tabla 7. Nivel educativo de los padres de los participantes

| Categorías | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------------|------------|------------|
| No registró Información | 7 | 26,9 |
| Primaria incompleta | 4 | 15,4 |
| Secundaria básica completa | 5 | 19,2 |
| Secundaria básica incompleta | 6 | 23,1 |
| Preuniversitario incompleto | 1 | 3,8 |
| Universitario | 1 | 3,8 |
| No sabe | 2 | 7,7 |
| Total | 26 | 100 |

Fuente: Cuestionario de conocimiento y actitudes en Salud Sexual y Reproductiva

El grado de escolaridad alcanzado por las madres de los participantes se encuentra entre la secundaria básica completa e incompleta con un 19,2% (5) respectivamente, solo un 7,7 % (2) de las madres tienen grados universitarios (ver Tabla 8).

Tabla 8. Grado de escolaridad de la madre

| Categorías | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------------|------------|------------|
| No registro información | 3 | 11,5 |
| Primaria incompleta | 4 | 15,4 |
| Secundaria básica completa | 5 | 19,2 |
| Secundaria básica incompleta | 5 | 19,2 |
| Categorías | Frecuencia | Porcentaje |
| Preuniversitario incompleto | 2 | 7,7 |
| Preuniversitario completo | 1 | 3,8 |
| Universitario | 2 | 7,7 |
| No sabe | 4 | 15,4 |
| Total | 26 | 100,0 |

Fuente: Cuestionario de conocimiento y actitudes en Salud Sexual y Reproductiva

Evaluación Pre-Post-Test acerca del conocimiento y actitudes relacionadas con la salud sexual y reproductiva

Antes de la intervención el 80,8 % de los y las adolescentes consideran que no tener relaciones sexuales es una de las opciones más adecuadas para evitar las ITS, es decir, los adolescentes aseguran que la abstinencia sexual durante su vida es la mejor forma de evitar la infección, sin embargo después de la intervención el 80,8 % de los participantes en el programa sostienen que el uso de preservativos es la forma adecuada de evitar las ITS y el 15,4 % expresan que tener una pareja estable es la mejor forma para evitar el contagio de las ITS (ver Tabla 9).

En esta misma línea, el 69,2 % de los participantes respondieron durante el pre-test que las enfermedades de transmisión sexual son siempre contagiosas y un 11,5 % no sabe que es una ITS, sin embargo después del programa el 84,6 % de los participantes concluyen que estas enfermedades son siempre contagiosas y un 15,4 % asumen que son contagiosas a veces (ver Tabla 9).

La connotación que dan los adolescentes participantes del programa a cerca de las ITS, durante el pre-test, el 3,8 % alude que son enfermedades vergonzosas e inmorales y un 96,2 % afirman que es una enfermedad como cualquier otra, esta percepción no sufrió ningún cambio durante el pos-test (ver Tabla 9).

Tabla 9. *Conocimiento acerca de las enfermedades de transmisión sexual*

| Categorías | Pre-Test | | Post-Test | |
|--|------------|------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Cómo se evita una enfermedad de transmisión sexual | | | | |
| No tener relaciones sexuales | 21 | 80,8 | 1 | 3,8 |
| Pareja estable | 1 | 3,8 | 4 | 15,4 |
| Usando preservativos | 4 | 15,4 | 21 | 80,8 |
| Total | 26 | 100 | 26 | 100 |
| Qué crees de las enfermedades de transmisión sexual | | | | |
| Son contagiosas siempre | 18 | 69,2 | 22 | 84,6 |
| Son contagiosas a veces | 5 | 19,2 | 4 | 15,4 |
| No sabe | 3 | 11,5 | 0 | 0 |
| Total | 26 | 100,0 | 26 | 100 |

| Categorías | Pre-Test | | Post-Test | |
|---|------------|------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Qué connotación das a las enfermedades de transmisión sexual | | | | |
| Enfermedad vergonzosa e inmoral | 1 | 3,8 | 1 | 3,8 |
| Enfermedad como otra cualquiera | 25 | 96,2 | 25 | 96,2 |
| No son contagiosas | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 26 | 100 | 26 | 100 |

Fuente: Cuestionario de conocimiento y actitudes en Salud Sexual y Reproductiva

Durante el pre-test el 92,3 % de la población expresan que las ITS son aquellas que se adquieren durante el contacto sexual, solo un 3,8 % de la población participante no registró información y un 3,8 % manifiestan que son aquellas que se adquieren por la sangre, sin embargo después de haber aplicado el programa de SSR, el 96,2 % de los participantes indican que estas se adquieren durante el contacto sexual (ver Tabla 10).

Así mismo, el 42,3 % de los participantes en la pre-evaluación considera que los factores que favorecen el contagio antes del programa son tener relaciones sexuales con más de una persona a la vez del mismo sexo, después del post-test el 80,8 % de los participantes afirma que no usando preservativos durante las relaciones sexuales puede ser el factor que aumente el contagio (ver Tabla 10).

Otro de los factores que fueron analizados fue la percepción que tienen los adolescentes acerca de las consecuencias de una enfermedad de transmisión sexual, el 30,8 % de los participantes consideró durante el pre-test que las ETS producen cáncer en los genitales, sin embargo después de la aplicación del programa los participantes respondieron en un 65,4 % que el cáncer en los genitales es la principal consecuencia y un 11,5 % de la población considera que estas generan infertilidad en el hombre.

Para el 3,8 % de los participantes la saliva es una vía de transmisión del SIDA y un 7,7 % dicen que vivir con enfermos de SIDA es otra vía para el contagio, sin embargo después de realizar el taller de ETS el 92,3 % de las y los adolescentes argumentan que la principal vía de contagio son las relaciones sexuales y un 7,7 % señala que las cuchillas de afeitar (ver Tabla 10).

Tabla 10. Conocimiento acerca de los factores que favorecen el contagio

| Categorías | Pre-Test | | Post-Test | |
|--|------------|------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Qué es una infección de transmisión sexual | | | | |
| No registraron información | 1 | 3,8 | 0 | 0 |
| Enfermedad que se adquiere durante el contacto sexual | 24 | 92,3 | 25 | 96,2 |
| Enfermedad que se adquiere por la sangre | 1 | 3,8 | 1 | 3,8 |
| Total | 26 | 100 | 26 | 100 |
| Cuáles son los factores que favorecen el contagio | | | | |
| Teniendo relaciones sexuales con más de 1 persona a la vez del mismo sexo | 11 | 42,3 | 0 | 0 |
| Teniendo relaciones sexuales con varones y hembras | 1 | 3,8 | 0 | 0 |
| Teniendo relaciones sexuales hombre-mujer, mujer-hombre con varios a la vez | 1 | 3,8 | 0 | 0 |
| No usando preservativo en las relaciones sexuales con desconocidos | 5 | 19,2 | 5 | 19,2 |
| No usando preservativo en las relaciones sexuales por encuentros ocasionales | 2 | 7,7 | 21 | 80,8 |
| Otros | 1 | 3,8 | 0 | 0 |
| No sé | 5 | 19,2 | 0 | 0 |
| Total | 26 | 100,0 | 26 | 100 |
| Para ti cuáles serían las consecuencias de una infección de transmisión sexual no tratada | | | | |
| Enfermedad del corazón | 3 | 11,5 | 0 | 0 |
| Abortar | 2 | 7,7 | 0 | 0 |
| Otras | 0 | 0 | 1 | 3,8 |
| No sé | 4 | 15,4 | 0 | 0 |
| Embarazo ectópico | 5 | 19,2 | 0 | 0 |
| Infertilidad en el hombre | 1 | 3,8 | 3 | 11,5 |
| Infertilidad en la mujer | | | 5 | 19,2 |
| Cáncer de los genitales | 8 | 30,8 | 17 | 65,4 |
| Se estrecha el orificio de la salida de orina | 1 | 3,8 | 0 | 0 |
| Muerte | 2 | 7,7 | 0 | 0 |
| Total | 26 | 100,0 | 26 | 100,0 |

| Categorías | Pre-Test | | Post-Test | |
|--|------------|------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Cuáles son las vías de transmisión del SIDA/VIH | | | | |
| Relaciones sexuales | 23 | 88,5 | 24 | 92,3 |
| Saliva | 1 | 3,8 | 0 | 0 |
| Convivir con enfermos de sida | 2 | 7,7 | 0 | 0 |
| Cuchilla de afeitar | 0 | 0 | 2 | 7,7 |
| Total | 26 | 100 | 26 | 100,0 |

Fuente: Cuestionario de conocimiento y actitudes en Salud Sexual y Reproductiva

Los tipos de ITS que son contagiosas durante el pre-test fueron en un 26,9 % el VIH, diabetes 7,7 %, 15,4 % la gonorrea sin embargo después del programa un 30,8 % consideró que el VIH, 26,9 % ladillas y un 15,4 % afirma que la gonorrea y el herpes genital son un tipo de ETS contagiosa.

Con respecto al SIDA, el 11,5 % afirmó que es propia de homosexuales durante el pre-test, pero durante el post-test el 100% que esta es una enfermedad que puede afectar a todos por igual (ver Tabla 11).

Tabla 11. *Conocimiento Tipo de ITS*

| Categoría | Pre-Test | | Post-Test | |
|---|------------|------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Tipos de Infecciones de Transmisión Sexual | | | | |
| No registraron información | 2 | 7,7 | 0 | 0 |
| Ladillas | 3 | 11,5 | 7 | 26,9 |
| Herpes genitales | 4 | 15,4 | 4 | 15,4 |
| Condiloma | 1 | 3,8 | 1 | 3,8 |
| Diabetes | 2 | 7,7 | 0 | 0 |
| Hepatitis B | 2 | 7,7 | 2 | 7,7 |
| Gonorrea | 4 | 15,4 | 4 | 15,4 |
| VIH | 7 | 26,9 | 8 | 30,8 |
| No sé | 1 | 3,8 | 0 | 0 |
| Total | 26 | 100,0 | 26 | 100 |
| Con respecto al Sida qué crees que es | | | | |
| Sin registro información | 2 | 7,7 | 0 | 0 |
| Propia de homosexuales | 3 | 11,5 | 0 | 0 |

| | | | | |
|--------------------------|----|-------|----|-----|
| Propia bisexuales | 2 | 7,7 | 0 | 0 |
| Propia de heterosexuales | 3 | 11,5 | 0 | 0 |
| De todos por igual | 11 | 42,3 | 26 | 100 |
| No sé | 5 | 19,2 | 0 | 0 |
| Total | 26 | 100,0 | 26 | 100 |

Fuente: Cuestionario de conocimiento y actitudes en Salud Sexual y Reproductiva

Con la finalidad de conocer las actitudes y las prácticas sexuales de los participantes del programa se preguntó si habían tenido relaciones sexuales, durante el pre-test el 23,1 % de los adolescentes reportaron que habían tenido una experiencia sexual, en el pos-test el 26,9 %, antes de la capacitación el 11,5 % reportó que había tenido una experiencia sexual con el sexo opuesto, 7,7 % con igual sexo y un 3,8 % con ambos sexos, no se registraron cambios de comportamiento durante el pos-test (ver Tabla 12).

Tabla 12. *Prácticas sexuales en los adolescentes*

| Categorías | Pre-Test | | Post-Test | |
|---------------------------------------|------------|------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Has tenido relaciones sexuales | | | | |
| No | 20 | 76,9 | 19 | 73,1 |
| Sí | 6 | 23,1 | 7 | 26,9 |
| Total | 26 | 100,0 | 26 | 100,0 |
| Con qué sexo | | | | |
| No registraron información | 12 | 46,2 | 2 | 7,7 |
| Sexo opuesto | 3 | 11,5 | 3 | 11,5 |
| Igual sexo | 2 | 7,7 | 2 | 7,7 |
| Ambos sexos | 1 | 3,8 | 1 | 3,8 |
| No responde | 8 | 30,8 | 18 | 69,2 |
| Total | 26 | 100,0 | 26 | 100,0 |

Fuente: Cuestionario de conocimiento y actitudes en Salud Sexual y Reproductiva

La edad de la primera relación sexual de los participantes antes y después del programa estuvo entre los 10 a 16 años, solo el 7,7 % reportó haber tenido otra pareja sexual después del programa.

Antes del programa el 7,7 % de los participantes reportó haber tenido más de dos parejas sexuales y después de la aplicación del programa pasó a ser

un 3,8 % de los participantes quienes manifestaron tener más de dos parejas sexuales.

En cuanto al número de parejas sexuales antes del programa los participantes (23,1 %) consideraban que tener una pareja sexual era difícil de cumplir, mientras que después de haber aplicado el programa de SSR, 69,2 % consideró que era fácil de cumplir (ver Tabla 13).

Tabla 13. *Actitudes sexuales en los adolescentes*

| Categoría | Pre-Test | | Post-Test | |
|---|------------|------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Edad de la primera relación sexual | | | | |
| 0 | 20 | 76,9 | 20 | 76,9 |
| 10 | 1 | 3,8 | 1 | 3,8 |
| 13 | 2 | 7,7 | 2 | 7,7 |
| 14 | 1 | 3,8 | 1 | 3,8 |
| 16 | 2 | 7,7 | 2 | 7,7 |
| Total | 26 | 100,0 | 26 | 100,0 |
| Tienes otras parejas sexuales | | | | |
| No registró información | 7 | 26,9 | 5 | 19,2 |
| No | 15 | 57,7 | 17 | 65,4 |
| Sí | 1 | 3,8 | 2 | 7,7 |
| No responde | 3 | 11,5 | 2 | 7,7 |
| Total | 26 | 100,0 | 26 | 100,0 |
| Con cuántas parejas has tenido relaciones sexuales | | | | |
| 0 | 19 | 73,1 | 19 | 73,1 |
| 1 | 4 | 15,4 | 5 | 19,2 |
| 2 | 1 | 3,8 | 1 | 3,8 |
| 3 | 2 | 7,7 | 1 | 3,8 |
| Total | 26 | 100,0 | 26 | 100,0 |
| En cuanto al número de parejas sexuales si te dijeran que debes tener una, que pensarías | | | | |
| No registro de información | 2 | 7,7 | 0 | 0 |
| Es difícil de cumplir | 6 | 23,1 | 8 | 30,8 |
| Fácil de cumplir | 8 | 30,8 | 18 | 69,2 |
| No se | 10 | 38,5 | | |
| Total | 26 | 100,0 | 26 | 100,0 |

Fuente: Cuestionario de conocimiento y actitudes en Salud Sexual y Reproductiva

Durante el pre-test el 15,4 % de los participantes afirmó que sus relaciones de pareja son oro-genital, 3,8 % eran oro-anal y un 23,1 % no registro información, sin embargo después de la aplicación del programa el 73,2 % no registró información acerca del tipo de relación. En la segunda pregunta el 61,5 % de los participantes consideran que los preservativos no siempre protegen, sin embargo después del programa se registró que un 73,1 % consideró que no siempre protegen, un 26,9 % de los participantes nunca usaban preservativos antes del programa, después solo el 7,7 % afirmó que nunca los utilizaba, antes del programa solo el 38,5 % de la población había recibido información acerca de los métodos anticonceptivos, después del programa el 84,6 % afirmó haber recibido información (ver Tabla 14).

Tabla 14. *Prácticas y actitudes sexuales de los adolescentes*

| Categoría | Pre-Test | | Post-Test | |
|---|------------|------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Tus relaciones de pareja son | | | | |
| No registró información | 6 | 23,1 | 20 | 73,2 % |
| Oro-genital | 4 | 15,4 | 3 | 11,5 |
| Oro-anal | 1 | 3,8 | 1 | 3,8 |
| No sé | 15 | 57,7 | 3 | 11,5 |
| Extra-genital | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 26 | 100 | 26 | 100 |
| Qué criterio tienes en cuanto a la protección que ofrece el preservativo | | | | |
| No registró información | 4 | 15,4 | 0 | 0 |
| No protege | 2 | 7,7 | 2 | 7,7 |
| No siempre protege | 16 | 61,5 | 19 | 73,1 |
| Protege | 4 | 15,4 | 5 | 19,2 |
| Total | 26 | 100 | 26 | 100 |
| Usas preservativos en tus relacionales sexuales | | | | |
| 0 | 5 | 19,2 | 0 | 0 |
| Nunca | 7 | 26,9 | 2 | 7,7 |
| Siempre | 1 | 3,8 | 4 | 15,4 |
| Casi siempre | 1 | 3,8 | 1 | 3,8 |
| No responde | 12 | 46,2 | 19 | 73,1 |
| Total | 26 | 100,0 | 26 | 100,0 |

| Categoría | Pre-Test | | Post-Test | |
|--|------------|------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Te han explicado cómo debes usar los diferentes métodos anticonceptivos | | | | |
| 0 | 5 | 19,2 | 0 | 0 |
| No | 9 | 34,6 | 3 | 11,5 |
| Sí | 10 | 38,5 | 22 | 84,6 |
| no responde | 2 | 7,7 | 1 | 3,8 |

Fuente: Cuestionario de conocimiento y actitudes en Salud Sexual y Reproductiva

Durante el pre-test el género femenino recordaba la edad de su primera menstruación, la cual estuvo entre los 9 a 14 años, solo 5 adolescentes no habían tenido esta experiencia antes y después del programa, sin embargo los hombres no recordaron la primera emisión de semen antes y después de ser evaluados.

Tabla 15. *Relación sexo-edad de la menstruación/emisión de semen del hombre*

| | | Edad | | | | | | | Total |
|-------|---|------|---|----|----|----|----|----|-------|
| | | 0 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | |
| Sexo | F | 5 | 1 | 2 | 5 | 7 | 1 | 1 | 22 |
| | M | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 4 |
| Total | | 8 | 1 | 2 | 5 | 7 | 2 | 1 | 26 |

Fuente: Cuestionario de conocimiento y actitudes en Salud Sexual y Reproductiva

Durante el pre-test y post-test el 65,4 % de los adolescentes participantes del programa viven con ambos padres, antes de participar en el programa 50 % de la población recibía información en la escuela, solo un 7,7 % la recibía por parte de los padres y la televisión, sin embargo después del programa educativo el 88,5 % afirmó que la mayoría de la información la reciben de la escuela.

Las y los adolescentes en una mayor proporción no respondieron acerca de la calidad de la información recibida, una menor proporción señala que esta ha sido deficiente y regular, después del programa el 100 % de la población responden que la información recibida fue sistemática y buena (ver Tabla 16).

Tabla 16. *Convivencia familiar e información acerca de la SSR*

| Categoría | Pre-Test | | Pos-Test | |
|---|------------|------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Con quién vives | | | | |
| No responde | 1 | 3,8 | 0 | 0 |
| Madres | 6 | 23,1 | 7 | 26,9 |
| Ambos padres | 17 | 65,4 | 17 | 65,4 |
| Otros | 2 | 7,7 | 2 | 7,7 |
| Total | 26 | 100,0 | 26 | 100,0 |
| Por qué vía la recibiste en el tema de SSR | | | | |
| No responde | 5 | 19,2 | 0 | 0 |
| Escuela | 13 | 50,0 | 23 | 88,5 |
| Padre | 2 | 7,7 | 1 | 3,8 |
| Televisión | 2 | 7,7 | 2 | 7,7 |
| Otros | 4 | 15,4 | | |
| Total | 26 | 100,0 | 26 | 100,0 |
| La calidad de la información recibida fue | | | | |
| No responde | 4 | 15,4 | 0 | 0 |
| Deficiente | 4 | 15,4 | 0 | 0 |
| Regular | 5 | 19,2 | 0 | 0 |
| Bueno | 5 | 19,2 | 26 | 100,0 |
| No responde | 8 | 30,8 | 0 | 0 |
| Total | 26 | 100,0 | 26 | 100 |

Fuente: Cuestionario de conocimiento y actitudes en Salud Sexual y Reproductiva

Durante el programa se aplicaron talleres grupales con la temática de adolescencia y derechos sexuales y reproductivos, donde se logró evidenciar que en algunos grupos el concepto de adolescencia y los cambios que se presentan en esta etapa son reconocidos, sin embargo otros asociaron esta etapa como la edad para iniciar un noviazgo. De igual manera, reconocen el cambio de pensamiento e intereses personales y sociales (ver Tablas 17 y 18).

Tabla 17. *Evaluación de los talleres grupales con los adolescentes*

| Qué es la adolescencia | Evaluación Pre-Test | Evaluación Post-Test |
|-------------------------------|---|---|
| Grupo 1 | La adolescencia es el periodo de la vida del ser humano comprendido entre la aparición de la pubertad, donde se descubren nuevas cosas. | La adolescencia es una etapa por la que pasa el ser humano por la cual experimenta cambios físicos, hormonales y sociales por los cuales cambiamos nuestra manera de pensar y actuar hacia los demás. |
| Grupo 2 | Es cuando los jóvenes empezamos a sentir nuevas cosas en nuestro cuerpo, sentimientos cambian, nuestra manera de comer, con quién andar, dónde decidimos quiénes somos y qué sentimos y qué queremos. | Es una etapa o periodo de transformación, sexual, psicológica que pasamos todas las personas. |
| Grupo 3 | Periodo de la vida de las personas en su desarrollo, su crecimiento sexual y social. | Es la etapa que todo ser humano tiene que pasar para dejar de ser niños o jóvenes y convertirse en adultos. |
| Grupo 4 | La adolescencia es un periodo de la vida de la persona comprendido entre la aparición de la pubertad, el organismo experimenta cierto crecimiento y tenemos ciertos sentimientos en contra de los padres de agresividad y rebeldía. | Para nosotros es una etapa de la vida donde empezamos a conocer el significado de las etapas de la vida, es la etapa donde más riesgo tenemos, también es la etapa donde tenemos más desorientación. |
| Grupo 5 | Es una etapa de transformación sexual, psicológica que pasamos todas las personas. | Es la etapa que todo ser humano tiene que pasar para dejar de ser niño, para pasar a ser joven y luego convertirse en adulto. |
| Grupo 6. | Es una etapa donde corremos el riesgo de caer en malas amistades o coger por otro camino, el cual nos afecta mucho a través de que pasa el tiempo. Es una etapa donde corremos el riesgo de caer en la drogadicción. | La adolescencia es una etapa que todos vivimos con plenitud en la que tomamos experiencias y cambiamos entre nosotros la forma de pensar y actuar en la sociedad. |

Tabla 18. *Derechos sexuales y reproductivos*

| Taller Derechos sexuales y reproductivos | Pre-Test | Post-test |
|---|--|--|
| <p>María es una joven que tiene 15 años, está muy enamorada de su novio amando. Un día andaba de paseo y él aprovechando que estaba solo, la empezó a besar, ella le correspondió, él le pidió la prueba de amor... que pasará con María si decide darle la prueba de amor. ¿Qué consejo le darías a María?</p> | <p>María debe decir que no porque ella es joven y si su novio la quiere no tiene que decir eso y María no sabe si su novio está contagiado de alguna enfermedad.</p> | <p>María tiene derecho a decidir si tiene o no tiene relaciones, siempre y cuando utilice métodos anticonceptivos. Elegir con quien relacionarse sexualmente.</p> |

| Taller Derechos sexuales y reproductivos | Pre-Test | Post-test |
|---|--|---|
| <p>Cierto día Ramón junto con sus compañeros decidieron ir a buscar a Tita, ella había dejado de asistir a la escuela y nadie sabía por qué, al llegar a la casa ella les recibió y les conto que estaba embarazada, que estaba triste y no sabía qué hacer. Su novio la abandonó ¿Qué puede hacer Tita? ¿Cuáles son sus derechos?</p> | <p>Su derecho es de estudiar pero ella ahora tiene una criatura y debe de cuidar de ella.</p> | <p>Contar con información actualizada, adecuada y suficiente acerca de la reproducción.</p> <p>Tener asistencia integral para la atención del embarazo, parto y el post-parto.</p> <p>Orientarse acerca de la prevención y el tratamiento de enfermedades del aparato reproductivo e infecciones de transmisión sexual.</p> |
| <p>Había una vez un jovencito llamado Felipe, quien vivía con su abuela, su mamá, papá y hermano, un día decidió irse de su casa porque tenía miedo de que su familia y amigos se dieran cuenta que no gustaba de las niñas. Esperó que se hiciera de noche pero cuando ya se iba su hermano lo encontró haciendo sus maletas, él le pregunto qué le pasaba y Felipe decide contarle ¿cómo puede ayudarlo su hermano? ¿cómo reaccionara su familia cuando lo sepa? ¿cuáles son sus derechos?</p> | <p>Su hermano tiene que ayudarlo, su familia se puede decepcionar cuando lo sepa pero él tiene derecho a estudiar.</p> | <p>Él tiene derecho a elegir con quien relacionarse sexualmente.</p> |
| <p>Merceditas, era una joven estudiosa, aplicada, obedecía todo lo que su mamá le decía, la maestra y sus compañeros y compañeras la admiraban mucho, se habría propuesto apoyar a todas las personas que lo necesitaran. Un día iba de regreso a su casa, cuando uno de los muchacho que siempre pasaba sentado en la entrada de colonia la detuvo, no la dejaba pasar y como ella era muy bonita y a él le gustaba mucho se la llevó. Ella gritaba pero nadie la escuchó, él se disponía a abusar de ella. ¿Cómo puede Merceditas negociar o convencerlo de que no la lastime o que use condón? ¿Cuáles son sus derechos?</p> | <p>Ella no puede defenderse. Pero debe denunciar por intento de abuso.</p> | <p>No debe sufrir ningún tipo de violencia</p> |

Conclusión

De este estudio se pudo inferir, que a pesar que en el 2003 el Ministerio de la Protección Social adoptó la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2003-2007 y en este se fijaron los lineamientos nacionales de intervención en seis áreas específicas: maternidad segura, planificación familiar, salud sexual y reproductiva de la población adolescente, cáncer de cuello uterino, infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, y violencia doméstica y sexual, en las instituciones no la han implementado dentro de los currículos educativos, esto ha generado que los estudiantes, consulten a sus padres acerca de los temas de Salud Sexual y Reproductiva, sin embargo la información que mantienen en su mayoría es distorsionada y no es completa, esto coincide con el estudio realizado por Sánchez Meneses, Dávila Mendoza y Ponces (2015), en 120 adolescentes, donde se observó que a pesar que identificaban los métodos anticonceptivos, era necesario mejorar la calidad de información sobre su uso adecuado, se espera que una información de calidad pueda repercutir positivamente en la salud sexual y reproductiva de la población.

Por otra parte, durante el proceso de preevaluación se pudo evidenciar que a pesar que los adolescentes logren identificar los tipos de ETS y así mismo los diferentes métodos anticonceptivos, tienen un alto grado de desconocimiento acerca de las consecuencias que pueden generar si no tienen un adecuado uso, de los métodos de prevención.

En el estudio se observó que aunque los estudiantes recibieran información acerca de los temas relacionados con su salud sexual y reproductiva, esto no impide que tengan experiencias sexuales, lo que coincide con la investigación desarrollada por Rengifo-Reina, Córdoba-Espinal y Serrano-Rodríguez (2012), donde afirman que si bien es cierto que los adolescentes tienen un alto conocimiento relacionado con su sexualidad, esto no evita que inicien su vida sexual tempranamente y/o aumenten la probabilidad de usar condón o anticonceptivos cuando empiezan a tener una vida sexual activa.

Por otra parte, dentro de las características demográficas de la población se observó que hay una mayor proporción de mujeres en etapa de adolescencia que hombres, esto coincide con el proceso de transición demográfica, donde

actualmente existe una mayor proporción de hombres que mujeres encontrándose en las edades económicamente activas. La Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015 presentada por el Ministerio de Salud (2015), registro una mayor proporción de adolescentes mujeres que hombres en Colombia.

Una mayor proporción de las y los adolescentes que participaron en el programa educativo presentaban conductas de riesgo que aumentaba la probabilidad de ser padres a temprana edad, debido a que la mayoría que había tenido una experiencia sexual no utilizaban métodos anticonceptivos, antes de la aplicación del programa, después de conocer las consecuencias y factores que inciden en la transmisión de las Infecciones de Transmisión Sexual comenzaron a utilizarlo, esto coincide con lo planteado por Chofakian et al., donde plantea que considerando la edad de iniciación sexual y el tipo de escuela, el conocimiento de la anticoncepción de emergencia no fue asociado con su uso, no obstante, conocer a alguien que ya había usado el método mostró un efecto medio significativo en el uso de métodos anticonceptivos de emergencia. Parece que las conversaciones respecto al uso de la anticoncepción de emergencia en las relaciones sociales, como el grupo de parejas, tienen mayor influencia sobre la utilización del método que el propio conocimiento, situación económica o experiencia sexual.

La mayoría de los participantes identificaron los tipos de ITS y los mecanismos de transmisión, esto coincide con un estudio reportado por Montalvo (2014, p.403), al analizar los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva en una cohorte de adolescentes entre las edades de 14 a 16 años, se observó que el 94,7 % identificó las diferentes infecciones de transmisión sexual y el 58,3 % reconoce tres métodos anticonceptivos o más.

Finalmente, se puede constatar que los programas de salud sexual y reproductiva promueven la sexualidad saludable en los adolescentes y disminuyen las conductas de riesgo que se presentan en esta etapa de la vida. Sin embargo, es menester que los profesionales de salud abarquen con mayor profundidad esta área, en este sentido es necesario promover conductas saludables desde la adolescencia con la finalidad que estas se proyecten en un adulto saludable.

Referencias

- Almeida Peribañez, C. (2013). *Educación sexual con perspectiva de género, una propuesta metodológica de intervención educativa con jóvenes inmigrantes*. (Tesis de Maestría). Universidad de Valladolid, Valladolid, España. Recuperado de: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/4340/1/TFG-G%20460.pdf>
- Arcila Rivera, A.P. (2002). *Educación sexual*. Manizales, Colombia: Universidad de Caldas.
- Armando Alonzo, D. (2013). *Un acto de fé: Comunicación social para la promoción de los derechos humanos, sexuales y reproductivos en Colombia: Historia de la educación de la salud sexual en Colombia*. (Tesis de grado para optar el título de Comunicador Social y Periodista). Pontificia Universidad Javeriana sede Bogotá. Recuperado de: <http://repository.javeriana.edu.co/bitstream/10554/14704/1/AlonzoCristanchoDavidArmando2013.pdf>
- Azzollini, S., Di Iorio, J., Seidmann, S. & Rolando, S. (2014). Cuanto más sepan ¿mejor? Escuela y Salud Sexual y Reproductiva. *Revista Diálogo Educativo*, 14, 569-584. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=189131701013>
- Banco Mundial. (2016). Adolescent Fertility Rate. Recuperado de: https://www.google.com/publicdata/explore?ds=d5bncppjof8f9_&ctype=b&strail=false&bcs=d&nslm=s&met_x=sp_dyn_le00_in&scale_x=lin&ind_x=false&met_y=sp_dyn_tfirt_in&scale_y=lin&ind_y=false&met_s=sp_pop_totl&scale_s=lin&ind_s=false&dimp_c=country:region&ifdim=country&tunit=Y&pit=1199145600000&hl=en&dl=en&iconSize=0.5&icfg#!ctype=l&strail=false&bcs=d&nslm=h&met_y=sp_ado_tfirt&scale_y=lin&ind_y=false&rdim=region&idim=region:LCN&ifdim=region&tdim=true&tstart=-294606000000&tend=746773200000&hl=en_US&dl=en&ind=false
- Becher, J., Garcia, J., Kaplan, D., Gil AR, L. & Main, D. (1999). Reproductive health risk behavior survey of Colombian high school students. *J Adolescent Health*, 24, 220-5.

- Benavides, A. (2009). El consentimiento informado en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva. *Rev Per Ginecol Obstet*, 55, 248-255 Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol55_n4/pdf/A06V55N4.pdf
- Bentacur, M., Villamizar, R. & Torres Montero, L. (2015). Salud sexual y reproductiva en adolescentes: La fragilidad de la autonomía. *Rev hac promoción de la Salud*, 21(1), 52-62. Recuperado de: <http://www.scie-lo.org.co/pdf/hpsal/v21n1/v21n1a05.pdf>
- Borrajó, E., Gámez, G. & Calvete, E. (2015). Justification beliefs of violence, myths about love and cyber dating abuse. *Psicothema (Oviedo)*, 27(4), 327-333. Recuperado de: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-144351>.
- Cabral Farias, A.C., Santos Araujos, V., Silva Braga, L., Abrantes Cordeiros, CA., Nascimento de Moraes, M. & Djair Dias, M. (2015). Percepción del embarazo en las adolescentes embarazadas. *Journal of research fundamental care online*, 7(2), 2526-2536.
- Casas, L., Dides, C. & Isla, P. (2002). “Confidencialidad de la información y consentimiento informado en salud sexual y reproductiva”. Recuperado de <http://www.congresoderechosreproductivos.com/html/materiales/2011/generales/Confidencialidad%20de%20la%20Informaci%20Ben%20y%20Consentimiento%20Informado%20en%20SSyRR.pdf>
- Castellanos, E. & Soriano, I. (2010). Sobre la mirada de género en la salud reproductiva y la construcción social de la maternidad. *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*, (5), 89-108 Recuperado de <http://revpubli.unileon.es/index.php/cuestionesdegenero/article/view-File/3782/2658>
- Castillo, M., Meneses, M., Silva, J., Navarrete, P. & Campo, A. (2003). Prevalencia de relaciones sexuales en adolescente estudiantes de un colegio de Bucaramanga, Colombia. *Medunab*, 26, 16-23.
- Cecchetto, F., Oliveira, Q., Njaine, K. & Minayo, M.. (2016). Violências percebidas por homens adolescentes na interação afetivo-sexual em dez cidades brasileiras. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 20(59), 853-864. Epub June 28, 2016. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0082>

- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2013). *Embarazo adolescente, alerta temprana de la desigualdad*. Recuperado de: <http://www.cepal.org/es/articulos/embarazo-adolescente-alerta-temprana-de-la-desigualdad>
- Congreso de la República de Colombia (1991). *Constitución Política de Colombia. Derechos sexuales y reproductivos*. Bogotá D.C. Recuperado de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.js?p=i=40126>
- Congreso de la República de Colombia (1993). *Ley 100 de 1993: Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20INFORMATIVA%20DEL%20REGIMEN%20CONTRIBUTIVO.pdf>
- Corte Constitucional República de Colombia (1992). *Sentencia N° T-440/92*. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1992/T-440-92.htm>
- Cortés, A., García, R., Fullerat, R. & Fuentes, J. (2000). Instrumento de trabajo para el estudio de las enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA en adolescentes. *Rev Cubana Med Trop.*, 52(1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602000000100009
- Cortés-Ayala, L., Flores Galaz, M., Bringas Molleda, C., Rodríguez-Franco, L., López-Cepero Borrego, J. & Rodríguez Díaz, F. (2015). Relación de maltrato en el noviazgo de jóvenes mexicanos: Análisis diferencial por sexo y nivel de estudios. *Terapia psicológica*, 33(1), 5-12. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000100001>
- Chofakian, C., Borges do Nascimento, B., Vilela, A., Fujimori, E. & Komura, L. (2014). Conhecimento sobre anticoncepção de emergência entre adolescentes do Ensino Médio de escolas públicas e privadas. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(7), 1525-1536. <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00149413>
- Da Silva Soares, M.C., Dourado de Souza, V.C., Araujo Costa, P.F., De Aquino Sarmento, Andrade Guerra, J.C. & Vital Freire, V.T. (2014). Conhecimento masculino sobre métodos contraceptivos. *Rev Bras Promoç Saúde*, 27(2), 232-238.

- Davoren, MP., Hayes, K., Horgan, M. & Shiely, F. (2014). Sexually Transmitted infection incidence among adolescent in Ireland. *J Fam Plann Reprod Health Care*, 40, 276-282. Link: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4174011/pdf/jfprhc-2013-100596.pdf>
- De Sanctis, Soliman, A.T., Elsedfy, H., Soliman, R. & El Kholly, M. (2017). Dysmenorrhea in adolescents and Young adults: a review in different Country. *Acta Biomed*, 16(87), 223-246. Link https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?Db=pubmed&Cmd=Retrieve&list_uids=28112688&dopt=abstractplus
- Dean, J., Mitchell, M., Stewart, D. & Debattista, J. (2017). Sexual Health Knowledge and behaviour of Young Sudanese Queenslanders: A cross-sectional study. *Sex Health*, Doi: 10.1071/SH16171. Link: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?Db=pubmed&Cmd=Retrieve&list_uids=28104040&dopt=abstractplus
- Díaz, L., Torrente, M. & Ramírez, E. (2011). Perfil epidemiológico de la salud sexual y reproductiva de un grupo de adolescentes escolarizados: una perspectiva desde los derechos. Bello Colombia. *MedUNAB*, 14(1), 15-25. Recuperado de: <http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=medunab&page=article&op=viewArticle&path%5B%5D=1374>
- DiClemente, R., Wingood, G., Sales, R., Lang, D., Caliendo, A., Hardin, J. & Crosby, R. (2009). Efficacy of sexually transmitted disease/human immunodeficiency virus sexual risk-reduction intervention for African American adolescent females seeking sexual health services: a randomized controlled trial. *Archives of Pediatric & Adolescent Medicine*, 163(12), 1112-1121. Recuperado de: <http://jamanetwork.com/journals/jamapeditrics/fullarticle/382495>
- Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2015). Recuperado de: <http://pro-familia.org.co/docs/ENDS%20%20TOMO%20I.pdf>
- Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) (2010). Recuperado de: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR246/FR246.pdf>
- Estupiñán, M. (2009). *Análisis de las propuestas de educación sexual y construcción de ciudadanía existentes en Colombia desde una perspectiva de Género*. Santiago: Universidad de Chile.

- Figuerido Coelho, M.M., Martis Torres, R.A., Lima Miranda, K.C., Leite Cabral, R. & Oliveira, Q. (2012). *Cienc Ciud Saude*, 11(2), 390-395. Recuperado de: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ccs/v11n2/22.pdf>
- Flórez, C.E. & Soto, V.E. (2013). *Factores protectores y riesgo del embarazo adolescente en Colombia*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INV/5%20-%20FACTORES%20PROTECTORES%20Y%20DE%20RIESGO%20DEL%20EMBARAZO%20EN%20COLOMBIA.pdf>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) (2011). *Estado Mundial de la Infancia y la adolescencia: Una época de oportunidades*. Recuperado de: https://www.unicef.org/honduras/Estado_mundial_infancia_2011.pdf. Consultado: 28 de marzo del 2016.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) & Federación Latinoamericana de Sociedad de Obstetricia y Ginecología (FLASOG): Comité de derechos sexuales y reproductivos (2011). *El embarazo en adolescentes menores de 15 años de América Latina y el Caribe*. Recuperado: <http://aecid.lac.unfpa.org/webdav/site/AECID/shared/files/FLASOG%20El%20embarazo%20adolescente%20en%20menores%20de%2015%20a%C3%B1os%20en%20Am%C3%A9rica%20Latina%20y%20el%20Caribfe.pdf>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2014). *Embarazo en adolescente*. Recuperado de: <http://www.unfpa.org/es/embarazo-adolescente>. Recuperado 30 de noviembre del 2016.
- Galdós Silva, S. (2013). La conferencia de El Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30, 455-460. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36329476014>
- García, E.R., Romero Muñoz, N., Gaquín Ramírez, K. & Hernández Mérida, R. (2015). Conductas de riesgo en los adolescentes. *Revista cubana de Medicina Militar*, 44(2), 218-229. Recuperado en 25 de enero de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572015000200010&lng=es&tlng=es

- García, P.J., Bayer, A. & Cárcamo, C. (2014). The Changing Face of HIV in Latin America and Caribbean. *Curr HIV/AIDS Rep*, 11(2), 146-157. Link: Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4136548/pdf/nihms595593.pdf>
- Germain, A., Sen, G., Garcia Moreno, C. & Mrindula, S. (2014). Advancing sexual and reproductive health and rights in low – and middle income countries: implications for the post 2015 global development agenda. *Global public Health*, 10(2), 137-148. Recuperado de: <file:///C:/Users/DELL-PC/Downloads/advancing%20sexual%20and%20reproductive%20health%202015.pdf>
- Godoy, C., Ferraz, R., Salles, S., Salomé, S. & Fonseca, K. (2014). O adolescer a sexualidade: O conhecimento sobre o proprio corpo. *Revista Baiana de Saude Pública*, 38(2), 370-386.
- González, E., Molina, T. & Luttgés, C. (2015). Características de la educación sexual escolar recibida y su asociación con la edad de inicio sexual y uso de anticonceptivos en adolescentes chilenas sexualmente activas. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 80(1), 24-32. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262015000100004>
- González, M., Vázquez Fernández, M.E., Urturi Fierro, A., Muñoz Moreno, M.F., Rodríguez Molinero, L. & González, H. (2015) Hábitos sexuales en los adolescentes de 13 a 18 años. *Pediatría Atención Primaria*, XVII(67), 217-225 Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3666/366641641003.pdf>
- Grajales, I. & Cardona, D. (2012). *Actitudes de los adolescentes escolarizados frente a la salud sexual y reproductiva*. 30(1), 77-85. Recuperado de <https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/8740/10886>
- Gran Álvarez, M. (2006). La salud sexual y reproductiva. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32. Recuperado de <http://4www.redalyc.org/articulo.oa?id=21432101>
- Huerta, P. (2005). Conceptualizaciones que los alumnos de la preparatoria N° 55 tienen sobre la salud sexual y acciones que ejerce al cuidarla. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, 11(2), 223-254.

- Lara, F. & Heras, D. (2008). Conocimientos e creencias sobre sexualidad en la primera etapa de la adolescencia. Datos obtenidos en una muestra de 2° y 3° de eso de Burgos. *Revista de Psicología*, (1), 249-258. Recuperado de http://infad.eu/RevistaINFAD/2008/n1/volumen1/INFAD_010120_249-258.pdf
- Ley 26.150 (2006). Recuperado de: <https://docs.google.com/document/d/1-V7CTKQk9IH3grSi83Ohg2i1qEO5ZdYgub2CW2e8vmg/edit>
- Mason Jones, A., Sinclair, D., Mathews, C., Kagee, A., Hilman, A. & Lombard, C. (2016). School based interventions for preventing HIV, sexually transmitted infections, and Pregnancy in adolescents. *Cochrane Library*, 11(1), 4-97. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006417.pub3/epdf>
- Mendoza, L.A., Arias, M. & Mendoza, L.I. (2012). Hijo de madre adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 77(5), 375-382. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000500008>
- Meza Arguedas, V. (2016). Mediación pedagógica en salud sexual y reproductiva, derechos sexuales y reproductivos dirigida a adolescentes. *Enfermería Actual en Costa Rica*, (31), 1-17. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44846315004>
- Ministerio de Defensa Nacional-Fondo de Población de las Naciones Unidas (2007). *Módulo pedagógico para formadores en Salud Sexual y Reproductiva, con enfoque de derecho y género*. Bogotá.
- Ministerio de Educación Nacional (MEN) (1995). *Hacia una nueva educación sexual en la escuela: I. Aspectos generales*. Bogotá D.C.: Imprenta Nacional.
- Ministerio de Educación Nacional-Fondo de las Naciones Unidas (2003). *Política Nacional de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía*. Recuperado de: http://www.colombiaprende.edu.co/html/productos/1685/articles-172204_recurso_1.pdf
- Ministerio de Protección Social (2003). *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POL%C3%8DTICA%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20SEXUAL%20Y%20REPRODUCTIVA.pdf>

- Ministerio de Salud (2011). *Situación de las infecciones de transmisión sexual diferentes al VIH Colombia 2009-2011*. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/monitoreo_evaluacion/1_vigilancia_salud_publica/a_situacion_epidemiologica/SITUACION%20DE%20LAS%20INFECCIONES%20DE%20TRANSMISION1.pdf
- Ministerio de Salud (2015). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud-2015*. Recuperado de: <http://profamilia.org.co/docs/Libro%20RESUMEN%20EJECUTIVO.pdf>
- Ministerio de Salud-Fondo Nacional de las Naciones Unidas-Profamilia (2012). *Política Nacional de Sexualidad, Derechos sexuales y Derechos reproductivos 2012-2021*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%202010.pdf>
- Montalvo Millán, A.E. (2014). Comportamientos y conocimiento sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes. *Correo Científico Médico*, 18(3), 403-414. Recuperado en 23 de enero de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000300003&lng=es&tlng=es
- Moreno, S., León, M. & Becerra, L. (2006). Conducta sexual, conocimiento sobre embarazo y necesidades percibidas con relación a la educación sexual en adolescentes escolarizados. *Revista Espacio Abierto*, 15(4), 787-803. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12215405>
- Morris, J.L. & Rushwan, H. (2015). Adolescent sexual and reproductive Health: The Global Challenges. *Journal FIGO*, 131, 40-42.
- OMS (1975). Organización Mundial de la Salud. Instrucción y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: formación de profesionales de la salud. Serie de informes Técnicos 572. Ginebra:
- OMS (2006). *Constitución de la organización mundial de la salud*. Recuperado de: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- OMS (2015). *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente*. Recuperado de: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

- OMS (2016). *Planificación Familiar*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>. Consultado 12 del diciembre del 2016.
- OMS (2017). *Sexual Health*. Recuperado de: http://www.who.int/topics/sexual_health/es/
- OMS (s.f). *Comprender y abordar la violencia contra la mujer: Violencia sexual*. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98821/1/WHO_RHR_12.37_spa.pdf?ua=1
- Orengo-Aguayo, R.E. & Pérez-Jiménez, D. (2012). Estereotipos Sexuales y su Relación con Conductas Sexuales Riesgosas. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 23, 48-61. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233228917004>
- Organización Mundial de la Salud (2011). *Violencia contra la mujer: violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer*. Nota descriptiva N°. 239. Actualización de septiembre de 2011. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Epidemiología de la salud de los adolescentes*. Recuperado de: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/adolescence/en/. Consultado 24 de noviembre de 2016.
- Organización Mundial de la Salud (2014a). *Embarazo en la adolescencia*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>. Consultado: 28 de septiembre de 2016.
- Organización Mundial de la Salud (2014b). *Anticoncepción de emergencia*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/en/>. Consultado: 12 de diciembre de 2016.
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Desarrollo de la adolescencia*. Recuperado de: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/. Consultado: 20 julio de 2016.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Informe técnico de instrucción y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: formación de los profesionales de la salud*. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38329/1/WHO_TRS_572_spa.pdf
- Organización Mundial de Salud (2010). *Estadística sanitarias mundiales: Carga de enfermedad por VIH*. Recuperado de: <http://www.who.int/>

- whosis/whostat/ES_WHS10_Full.pdf. Consultado el 24 de mayo de 2016.
- Ospina Medina, L., Álvarez, Á., Cadavid, Á. & Cardona Maya, W. (2012). ¿Qué saben los hombres del Valle de Aburrá acerca de la salud reproductiva? *Iatreia*, 25(2), 120-126. Retrieved January 24, 2017, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932012000200004&lng=en&tlng=es.
- Pardo Torres, M., Santacruz Pardo, K., Ramos Anacona, Y. & Arango Martínez, C. (2010). Conceptos claves en un programa educativo. *Avances en Enfermería*, 28(E), 109-119. Recuperado de <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/21454/22449>
- Peláez Mendoza, J.O. (2011). Importancia del conocimiento y promoción de la anticoncepción de emergencia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 37(3), 399-408. Recuperado en 24 de enero de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000300012&lng=es&tlng=es
- Pineda Pérez, S. & Aliño Santiago, M. (S.f). *El concepto de adolescencia*. Recuperado de: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/capitulo_i_el_concepto_de_adolescencia.pdf. Consultado de: 25 de marzo de 2016.
- Pineda, S. & Aliño, M. (2002). *El concepto de adolescencia*. Recuperado de: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/capitulo_i_el_concepto_de_adolescencia.pdf consultado de: 25 de Marzo del 2016.
- Profamilia (2010). Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2010. Recuperado de: <http://profamilia.org.co/docs/ENDS%202010.pdf>
- Ramos Padilla, M. (2006). La salud sexual y la salud reproductiva desde la perspectiva de género. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 23, 201-220. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36323310>
- Rengifo Reina, H., Córdoba Espinal, A. & Serrano Rodríguez, M. (2012). Conocimiento y prácticas en Salud Sexual y Reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano. *Rev. Salud. Pública*, 14(4), 558-569. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v14n4/v14n4a02.pdf>

- Resolución 8430 (1993) Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- Rivera-Rivera, L., Allen, B., Rodríguez-Ortega, G., Chávez-Ayala, R. & Lazcano-Ponce, E. (2006). Violencia durante el noviazgo, depresión y conductas de riesgo en estudiantes femeninas (12-24 años). *Salud Pública de México*, 48(Suppl. 2), s288-s296. <https://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342006000800009>
- Rivero Alejo, M.A. (2000). *Sexualidad en niños y adolescentes: de lo tradicional en sexualidad al concepto moderno del afecto*. Bogotá: Mezanecs.
- Rosabal García, E., Romero Muñoz, N., Gaquín Ramírez, K. & Hernández Mérida, R. (2015). Conductas de riesgo en los adolescentes. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 44(2), 218-229. Recuperado en 25 de enero de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572015000200010&lng=es&tlng=es.
- Ruiz Berreta, I., Clápis, V.C., Oliveira Neto, L.A., Freitas Aparecida, M., Gisselle, D., Ruggiero, M.S. & Baltor, M.R. (2011). La contextualización del embarazo en adolescencia en un hospital de maternidad en Sao Carlos/SP. *Revista Electrónica de Enfermería*, 13(1), 90-8.
- Saldivia, C. & Vizcarra, B. (2012). Consumo de Drogas y Violencia en el Noviazgo en Estudiantes Universitarios del Sur de Chile. *Terapia psicológica*, 30(2), 43-49. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000200004>
- Sanchez-Meneses, M., Dávila Mendoza, R. & Ponces Rosas, E. (2015). Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. *Rev Aten Fam*, 22(2), 35-38. Recuperado de: http://ac.els-cdn.com/S140588711630044X/1-s2.0-S140588711630044X-main.pdf?_tid=411d3de6-e4ab-11e6-8b4f-00000aab0f27&acdnat=1485533666_cd51951b7ec48996014bfab2a58eef5
- Santos Cruz, M.L., Freimanis Hance, L., Korelitz, J., Aguilar, A., Byrne, J. & Serchuck, L.K. (2011). Characteristics of HIV infected adolescents in Latin America: results from the NISDI pediatric study. *J Trop Pediatr*, 57(3), 165-72.

- Satterwhite, C., Turrón, E., Meites, E., Dunne, EF., Mahajan, R., Ocfemia, MC., Do, J., Xu, F. & Weinstock, H. (2008). Sexually transmitted infections among US women and men: prevalence and incidence estimates. *Sex Transm Dis*, 40(3), 187-193. Link <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23403598>.
- Secretaría de la Mujer (2014). Recuperado http://www.atlantico.gov.co/images/stories/informe_gestion/2014/informe_de_gestion_2014.pdf
- Segura Cardona, A.M. (2003). *Diseño Cuasiexperimental*. Recuperado de: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/renacip/disenos_cuasiexperimentales.pdf
- Shiely, F., Hayes, K. & Horgan, M. (2014). Comparison of Risk factor for prevalent sexually transmitted infections base don attendees at two genitourinary medicine clinis in ireland. *International Journal of STD & AIDS*, 25(1), 29-39. Link: <http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0956462413491732>
- Tamayo Acevedo, L.S., López, I.M., Villegas, A., Agudelo, C., Arrubla, M. & Muñoz Tamayo, J.F. (2011). Determinantes de salud sexual e ITS en adolescentes rurales, escolarizados, Medellín, Colombia, 2008. *Revista de salud Pública de Medellin*, 5, 7-23. Recuperado de: <https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Salud/Secciones/Plantillas%20Gen%C3%A9ricas/Documentos/2012/Revista%20Salud/Revista%20Vol.%205%20N%C2%B0%201/1.%20Determinantes%20de%20salud%20sexual.pdf>
- Thomazini, I.F., Wysocki, A.D., Da Cunha, M.C., Da Silva, S. & Torreglosa, R.M. (2016). Factores de riesgo relacionados con el trabajo de parto Prematuro en adolescentes embarazadas: Revisión integradora de la literatura. *Rev Enfermería Global*, 44, 416-427. Recuperado de: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/236961/198121>.
- Trabbold, V., Caleiro, R., Cunha, C. & Guerra, A. (2016). Concepções sobre adolescentes em situação de violência sexual. *Psicologia & Sociedade*, 28(1), 74-83. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-03102015v28n1p074>
- UNFPA (2005). *Sistematización de proyectos UNFPA sobre Salud Sexual y reproductiva de Adolescentes y Jóvenes*. Recuperado de: <http://lac.unfpa>.

- org/sites/default/files/pub-pdf/sistematizacion_adolesc.pdf
- UNFPA (2015). *Maternidad en la niñez: Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes*. Recuperado de: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf>
- UNFPA (2016). *Sistematización del proyecto UNFPA sobre salud sexual y reproductiva*. Recuperado de: http://lac.unfpa.org/sites/lac.unfpa.org/files/pub-pdf/sistematizacion_adolesc.pdf.
- Unicef (2014). *Hechos sobre adolescencia y jóvenes en América Latina y el Caribe: Embarazo en adolescentes*. Recuperado de: [https://www.unicef.org/lac/Fast_facts_SP\(1\).pdf](https://www.unicef.org/lac/Fast_facts_SP(1).pdf). Consultado de: 29 de noviembre del 2016.
- Vargas, É. (2009). Bases de la diferenciación sexual y aspectos éticos de los estados intersexuales. *Rev. Reflexiones*, 92(1), 141-157, Recuperado de <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/reflexiones/article/view/8756/8250>

ANEXO

INSTITUTO NACIONAL DE HIGIENE, EPIDEMIOLOGÍA Y MICROBIOLOGÍA DEPARTAMENTO DE SALUD ESCOLAR CUESTIONARIO-INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL. VIH/SIDA

Encuesta No. _____

Municipio Cod. _____

Provincia Cod. _____

SECCIÓN I

1. Edad: _____

2. Sexo:

Masculino

Femenino

3. Color de la piel:

Blanco

Negro

Mestizo

Amarillo

4. Estado civil:

1) Casado(a)

2) Unido(a)

3) Soltero(a)

4) Divorciado(a)

5) Viudo(a)

5.

a) Cuántas personas (incluyéndote) viven en la casa:

b) Cuántas habitaciones tiene la casa incluyendo la sala y el comedor:

c) Razón A/B $1 = 4$ $2 = 3$

d) Cuántas habitaciones si no tiene sala y comedor:

e) Razón A/D $1 = 3$ $2 = 2$

6. Total de ingresos per cápita:

| | | |
|----------------------------|----------------|---|
| | < de \$25 | 0 |
| A. Entrada total de pesos: | \$ 26 a \$ 50 | 1 |
| B. Entrada total en MLC: | \$ 51 a \$ 100 | 2 |
| C. Número de personas: | \$ 101 y + | 3 |
| D. No sabe | No sabe | 9 |

7. Enseñanza que cursa

- 1) Primaria ()
- 2) Secundaria Básica ()
- 3) Preuniversitario ()
- 4) Tecnológico ()
- 5) Esc. de Oficio ()
- 6) Universitario ()
- 7) Otra ()
- 8) No estudia ()

8. Ocupación de los padres:

A. Madre () B. Padre ()

- 1) Ama de casa
- 2) Dirigente
- 3) Profesional
- 4) Obrero
- 5) Trabajador por cuenta propia
- 6) Técnico
- 7) No trabaja
- 8) Jubilado
- 9) Trabajador de servicio
- 10) Obrero agrícola
- 11) Administrativo
- 12) Fallecido
- 13) No sabe
- 14) Otra

9. Escolaridad de los padres

A. Madre () B. Padre ()

- 1) Analfabeto
- 2) Primaria incompleta
- 3) Primaria completa
- 4) Secundaria Básica completa
- 5) Secundaria Básica incompleta
- 6) Preuniversitario completo
- 7) Preuniversitario incompleto
- 8) Universitario
- 9) No sabe

SECCIÓN II

10. Cómo se evita una enfermedad de transmisión sexual (puede marcar más de una respuesta)

- 1) No tener relaciones sexuales
- 2) No sentándose en baños desconocidos
- 3) Pareja estable
- 4) Vacunándose
- 5) Bañarse o lavarse después de tener relaciones sexuales
- 6) Usando preservativo
- 7) No sabe
- 8) Tomando pastillas anticonceptivas
- 9) Teniendo relaciones sexuales
- 10) Seleccionando la pareja
- 11) No sabe
- 12) Otra cualquiera

11. Qué crees de las enfermedades de transmisión sexual en cuanto a su contagiosidad o si se pega o no:

- 1) Son contagiosas siempre
- 2) Son contagiosas a veces
- 3) No son contagiosas
- 4) No sabe

12. Qué connotación das a las enfermedades de transmisión sexual (puedes dar más de una respuesta)

- 1) Enfermedad vergonzosa, inmoral
- 2) Enfermedad de mal ambiente
- 3) Enfermedad como otra cualquiera

13. Qué es una enfermedad de transmisión sexual. VIH/SIDA (puedes dar más de una respuesta)

- 1) Enfermedad que se adquiere por el contacto sexual
- 2) Enfermedad que se adquiere por el aire

- 3) Enfermedad que se adquiere por agujas de inyectar
- 4) Instrumentos médicos contaminados
- 5) Enfermedad que se adquiere por la sangre
(transfusiones de sangre de enfermo)
- 6) No sé

14. Cuáles son los factores que favorecen el contagio (puedes dar más de una respuesta)

- 1) Teniendo relaciones sexuales con más de 1 persona a la vez
del mismo sexo
- 2) Teniendo relaciones sexuales con varones y hembras
- 3) Teniendo relaciones sexuales hombre-mujer, mujer-hombre
con varios a la vez
- 4) Teniendo relaciones sexuales con personas que casi nunca ves
- 5) Teniendo relaciones sexuales con extranjeros
- 6) No usando preservativos en las relaciones sexuales
con desconocidos
- 7) No usando preservativo en las relaciones sexuales
por encuentros ocasionales
- 8) Otros
- 9) No sé

15. Para ti cuáles serían las consecuencias de una enfermedad de transmisión sexual no tratada (puedes dar más de una respuesta)

- 1) Enfermarse del corazón
- 2) Embarazos ectópicos (fuera del útero)
- 3) Infertilidad en el hombre (no poder tener hijos)
- 4) Infertilidad en la mujer (no poder tener hijos)
- 5) Nacer antes de tiempo (prematuro)
- 6) Cáncer de los genitales (masculino y femenino)
- 7) Se estrecha el orificio de la salida de la orina (estrechez uretral)
- 8) Muerte
- 9) Nacer con bajo peso

- 10) Abortar
- 11) Inflamación pélvica
- 12) Otra
- 13) Ninguna
- 14) No sé

16. Cuáles son las vías para transmitir el SIDA (puedes dar más de una respuesta)

- 1) Relaciones sexuales
- 2) Jeringuillas contaminadas
- 3) Sangre (o hemoderivados)
- 4) Madre al feto
- 5) Sudor
- 6) Saliva
- 7) Beso
- 8) Convivir con enfermos de SIDA
- 9) A través de cuchillas de afeitarse
- 10) Otros

17. Dime de estas enfermedades cuáles son o pueden ser transmitidas por contacto sexual o físico (puedes dar más de una respuesta)

- 1) Ladillas o pediculosis pubis
- 2) Herpes genital
- 3) Condiloma o verrugas genitales o anales
- 4) Diabetes
- 5) Hepatitis B
- 6) Escabiosis
- 7) Gonorrea
- 8) Mononucleosis infecciosa
- 9) Giardias, amebas
- 10) VIH/SIDA
- 11) Gastritis
- 12) Sífilis
- 13) Trichomonas

- 14) Monilias
- 15) Inflamación pélvica
- 16) Uretritis no gonocócica
- 17) Embarazo ectópico
- 18) Linfogramuloma venéreo
- 19) Chancro blando
- 20) No sé

18. Con respecto al SIDA, crees que es (puedes dar una respuesta)

- 1) Propia de homosexuales
- 2) Propia de bisexuales
- 3) Propia de heterosexuales
- 4) De todos por igual
- 5) No sé

SECCIÓN III

19.

a) Has tenido relaciones sexuales

- 1) No
- 2) Sí
- 3) No responde

b) Con que sexo:

- 1) Sexo opuesto
- 2) Igual sexo
- 3) Ambos sexos

20. A qué edad tuviste la primera relación sexual: _____

21. Tienes otra u otras parejas sexuales:

- 1) No
- 2) Sí
- 3) No responde

22. Con cuántas parejas has tenido relaciones sexuales en el último año: ()

No he tenido: ()

23. En cuanto al número de parejas sexuales si te dijeran que debes tener una, qué pensarías:

1) Es difícil de cumplir ()

2) Es fácil de cumplir ()

3) No sé ()

24. Qué criterios tienes en cuanto a la protección que ofrece el preservativo de las enfermedades que se transmiten por contacto sexual

1) No protege ()

2) No siempre protege ()

3) Protege ()

4) No sé ()

25. Tus relaciones sexuales son: (puedes dar más de una respuesta)

1) Orogenital ()

2) Oroanal ()

3) Genitoanal ()

4) Genitooral ()

5) Coito homosexual femenino ()

6) Coito homosexual masculino ()

7) Extragenital ()

8) No sé ()

26. Usas preservativo en tus relaciones sexuales con desconocidos, extranjeros o conocidos que ves en ocasiones

a) 1. Nunca () 2. Siempre () 3. Casi siempre () 4. No responde ()

b) Te han explicado cómo debes usar el preservativo

1. No () 2. Sí () 3. No responde ()

SECCIÓN IV

27. Has padecido o padeces de algunas de estas enfermedades

| | 1. Padecido | 2. Padece |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1) Ladilla o pediculosis pubis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Herpes genital o anal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Condilomas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Hepatitis B | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) Sarna o sarcoptes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) Infección vaginal por trichomonas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7) Infección uretral por trichomonas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) Infección por monilias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9) Gardnerella | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10) Gonorrea | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11) Sífilis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12) SIDA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13) Mononucleosis infecciosa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14) Giardia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15) Amebas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16) Inflamación pélvica por infección vaginal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17) Uretritis no gonocócica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18) VIH | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19) Tu pareja sexual padeció o padece una de estas enfermedades | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20) No he presentado ninguna | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21) Otra ¿Cuál? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22) No sabe | | |

28. Has presentado algunas de estas manifestaciones clínicas asociadas con las enfermedades de transmisión sexual

| | |
|------------------------------------|--------------------------|
| 1) Vaginitis | <input type="checkbox"/> |
| 2) Uretritis | <input type="checkbox"/> |
| 3) Infección urinaria a repetición | <input type="checkbox"/> |
| 4) Embarazo ectópico | <input type="checkbox"/> |

29. Si has presentado alguna enfermedad de transmisión sexual ¿has tenido tratamiento? ()

1. No 2. Sí 3. No responde

SECCIÓN V

30. Has sido víctima de:

1. No () 2. Sí () 3. No responde ()

1) Abuso sexual lascivo

a) Tocamientos sexuales no deseados e impuestos a la fuerza

b) Tocamientos sexuales durante la infancia por adultos (<12 años)

c) Relaciones sexuales <12 años

d) Relaciones sexuales impuestas por la fuerza o la amenaza (=chantaje)
después de los 12 años

2) Violación ()

3) Pederastia (violación en el hombre) ()

4) Incesto (violaciones sexuales con padres u otros descendientes) ()

5) Estupro (relaciones sexuales >12 y <17 años) para el sexo femenino ()

31. Has tenido o tienes tratamiento psiquiátrico o psicológico:

1) Psiquiátrico ()

2) Psicológico ()

3) No ()

4) No responde ()

32. Has tenido embarazo anterior o actual ()

- 1) No 2) Sí 3) No responde

33. Si ha habido embarazos anteriores ¿Cuántos? _____

34. Te has realizado regulaciones menstruales ()

- 1) No 2) Sí 3) No responde

35. Abortos anteriores: ()

- 1) No 2) Sí 3) No responde

a) Interrupción de la gestación

b) Aborto por otra naturaleza (aborto inducido)

1) Espontáneo

2) Por indicación médica

3) Por otra

1. No () 2. Sí () 3. No responde ()

36. A qué edad tuviste la menstruación: () No sabe ()

37. A qué edad tuviste emisión de semen o primera eyaculación o te masturbaste: () No sabe ()

38. Con quién vives: ()

1) Madre

2) Padre

3) Ambos padres

4) Solo(a)

5) Con su pareja

6) Otros

39. Recibiste información sexual: ()

1) No 2) Sí

40. Por que vía la recibiste

1. Escuela ()

2. Padres ()

3. Amigos ()

4. Médico ()

5. Televisión ()

6. Otro ()

41. Cómo consideras que ha sido la información recibida sobre estos aspectos relacionados con la sexualidad:

1. Deficiente o nulo ()

2. Rara vez o regular ()

3. Sistemático o bueno ()

4. No responde ()

42. Se les ha hablado en la escuela sobre enfermedades de transmisión sexual VIH/SIDA: ()

1) No 2) Sí 3) No responde

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

(Resolución 8430 de octubre 4 de 1993)

Título del Proyecto: Programa de educación en salud sexual y reproductiva dirigida a adolescentes que asisten a instituciones educativas públicas de los municipios de Soledad, Malambo y Sabanalarga en el departamento del Atlántico.

Investigador principal: Yolanda Morales

Joven Investigador Colciencias: Rosa Isabel Fonseca Angulo

Grupo de investigación: Estudios de Género, Familias y Sociedad, categoría A Colciencias.

Entidad Patrocinadora: Colciencias - Universidad Simón Bolívar - Gobernación del Atlántico.

Señor padre de familia, Yo soy Rosa Isabel Fonseca Angulo, trabajo para el Instituto de Investigación e Innovación Social de la Universidad Simón Bolívar en el Grupo Estudios de Género, Familias y Sociedad y estamos investigando acerca de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes entre las edades de 10 a 19 años, por lo tanto estamos invitándolo a participar a su hijo y usted en un proyecto de investigación titulado: Programa educativo en Salud Sexual y Reproductiva, su Institución ha sido seleccionada para participar, sin embargo es usted quien decide si acepta participar o no. No es necesario decidir hoy si participa o no en esta investigación, puede hablarlo y consultarlo con su pareja o grupo familiar, puede que existan algunas preguntas que no entienda, en este caso puede consultarme y estaré dispuesta a resolver sus dudas e inquietudes. Usted tiene toda la libertad para preguntar sobre cualquier punto que no le sea claro, de tal forma que pueda establecer si permite la participación o no de su hijo en este proyecto de investigación. En caso de aceptar, deberá firmar la carta adjunta, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

Objetivo del Estudio. El objetivo de la investigación es identificar los efectos del Programa de Educación en Salud Sexual y Reproductiva dirigida

a instituciones educativas públicas de los municipios de Soledad, Malambo y Sabanalarga en el departamento del Atlántico.

Justificación. Los y las adolescentes presentan etapas de cambio en su cuerpo y comienzan a tener comportamientos y actitudes diferentes que cuando eran niños, por esta razón en la escuela debe haber orientaciones que los ayuden a tomar decisiones adecuadas frente a su salud sexual y reproductiva, actualmente en el departamento del Atlántico, una gran cantidad de adolescentes menores de edad han tenido embarazos a temprana edad, y han presentando embarazos a repetición, abortos clandestinos, infecciones de transmisión sexual y Sida.

Estas situaciones afectan su vida debido a que tendrán dificultades para su desarrollo personal convirtiéndose en un gran problema de salud, esta situación sucede debido a que no se toman las medidas de educación en las escuelas y de igual forma no se dan las debidas orientaciones por parte de los profesionales de la salud. Existe una nueva forma para afrontar este tipo de problemas y es dar orientaciones educativas desde las escuelas para que los y las adolescentes no tengan este tipo de comportamiento y actitudes en su vida, esta es la razón por la que hacemos este estudio.

Este proyecto es relevante para los adolescentes debido a que proporciona temáticas que les permitirá en su proyecto de vida tomar decisiones saludables, igualmente es un mecanismo de prevención para los embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual y conductas de riesgo que afecten la salud sexual de los adolescentes.

Procedimientos. En caso de aceptar que su hijo participe en el estudio, el Programa Educativo en Salud Sexual y Reproductiva ha sido aplicado anteriormente en población adolescente en otras ciudades del país tales como. Bogotá, Medellín y Bucaramanga. En Suramérica fue aplicado en países como Chile, Argentina y Venezuela, estos han presentado problemas similares en la población adolescente.

El Programa Educativo en Salud Sexual y Reproductiva se dividirá en tres fases, la primera de estas corresponde a la aplicación de un cuestionario donde el adolescente deberá responder unas preguntas correspondientes a los conocimientos que tiene acerca de su salud sexual y reproductiva, estas serán acordes al género y la edad del participante, posteriormente en la segunda fase se desarrollará el programa educativo, su hijo en un horario asignado por la institu-

ción participará de charlas educativas y lúdicas brindadas por un profesional de la salud, durante el desarrollo de las sesiones se contará con la compañía del docente de la Institución. Las charlas serán supervisadas por un psicólogo o un trabajador social experto en la temática de salud sexual y reproductiva, este último no estará al interior de las sesiones pero sí estará monitoreando el programa externamente, estas serán desarrolladas por un profesional de la salud, la duración de estas sesiones será de dos horas y los encuentros serán una vez por semana.

Los temas que se dictarán en el grupo de los y las adolescentes serán los siguientes:

- *Adolescencia.*
- *Autoestima.*
- *Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos (DSR).*
- *Infecciones de Transmisión Sexual.*
- *Prevención de embarazos no planificados y /o no deseados, embarazo subsecuente.*
- *Abuso y explotación sexual infantil.*
- *Impacto de las relaciones y uniones maritales a temprana edad en el Proyecto de Vida.*
- *Factores de riesgo que inciden en la transmisión de ETS/VIH.*
- *Participación, trabajo en equipo y liderazgo.*

Beneficios del Estudio. Los beneficios que tendrán los adolescentes, en primera instancia recibirán información por parte de un profesional de la salud, que abordará los temas y estos les permitirán en su proyecto de vida tomar decisiones asertivas y saludables. En segunda instancia serán parte de un grupo promotor de salud con docentes y por último recibirán las certificaciones por parte del Grupo de Investigación avalado por la Universidad Simón Bolívar, este especificará intensidad horaria del programa con firma del líder del Grupo de Investigación.

Riesgos para Salud. Según la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud sobre normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, en su artículo 11, se clasifica en la categoría de una investigación con riesgo mayor que el mínimo, debido a que durante el desarrollo del Programa Educativo en Salud Sexual y Reproductiva, el principal riesgo que

se pueda presentar por parte de los padres y adolescentes, es que no deseen abordar los temas o por el contrario manifiesten algún tipo de molestia que afecta en que no deseen tratar temáticas tales como: conductas sexuales y aborto. No tendrán inconvenientes en si no deseen participar de este tipo de temas. De igual manera algunos padres no desearán participar en los talleres para padres e hijos, para este caso se respetará su decisión y voluntad.

En caso que en las sesiones educativas del programa se presenten adolescentes con embarazo, violencia sexual, conductas homosexuales, estos serán respetados y no pasarán por procesos de discriminación, la joven investigadora realizará un proceso de sensibilización en el aula con los estudiantes que participen dentro del estudio.

De acuerdo con los fines y propósitos de la investigación, no se entregará a la institución educativa la información obtenida durante el proceso de evaluación e intervención de los jóvenes, teniendo en cuenta que la Resolución 8430 de 1993 establece que se debe respetar la privacidad de las personas que participan dentro de la investigación.

Aclaraciones. La decisión que su hijo participe en el estudio es voluntaria, no existe ninguna consecuencia negativa hacia usted en el caso de no aceptar participar; en caso de aceptar, usted podrá retirarse cuando así lo desee, informando las razones de su decisión, las cuales serán absolutamente respetadas. La participación de su hijo no requiere realizar ningún tipo de gasto, estos serán cubiertos por el presupuesto de la investigación, además, no recibirá ningún tipo de pago por su participación. Durante el estudio no se permite el acceso de información acerca de respuesta o resultados debido a que estos son confidenciales, por lo tanto no se brindará este tipo de información a padres, docentes y la institución debido a que de esta manera se debe respetar la identidad del adolescente y el libre desarrollo de la personalidad. Esto corresponde con el marco legal ético del consentimiento informado a tutores o padres de familia cuando se trata de investigaciones con menores de edad, el cual corresponde al capítulo II de la Resolución 8430 de 1993.

Al finalizar el proyecto educativo de Salud Sexual y Reproductiva, los resultados solo serán utilizados para fines académicos y científicos.

Si tiene dudas al respecto por favor hágamelo saber y posteriormente si acepta la participación, lo invitamos a firmar la Carta de Consentimiento Informado adjunta a este instructivo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha _____

Yo, _____

Familiar y/o cuidador o acudiente del joven(a) _____

He recibido la información correspondiente al proyecto de investigación, Programa de Educación en Salud Sexual y Reproductiva dirigida a adolescentes entre los 10 a 19 años que asisten a instituciones educativas públicas de los municipios de Soledad, Malambo y Sabanalarga en el departamento del Atlántico. Y mis inquietudes han sido respondidas de manera satisfactoria. Acepto que el adolescente(a) participe en el estudio.

Firma del Acudiente o Representante

Testigo N° 1

Testigo B° 2

PARA SER DILIGENCIADO POR EL INVESTIGADOR

Certifico que he explicado a: _____

La naturaleza y los propósitos de la investigación, informando los beneficios de su participación. He contestado sus preguntas e inquietudes y aclarado toda duda existente al respecto. Acepto que he leído y conozco la normalidad correspondiente para realizar la investigación con seres humanos y me apego a ella.

Firma del investigador

Fecha

ASENTIMIENTO INFORMADO

Resolución 8430 de 1993

Información para menores de edad

Versión 1.0

Fecha 18 de abril de 2016

Título del estudio:

Programa Educativo en Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes entre las edades de 10 a 19 años que asisten a instituciones educativas públicas ubicadas en el departamento del Atlántico.

Investigador principal: Yolanda Morales

Joven Investigador Colciencias: Rosa Isabel Fonseca Angulo

Grupo de Investigación: Estudio de Género, Familias y Sociedad, categoría A Colciencias.

Entidad patrocinadora

Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación (Colciencias).

Universidad Simón Bolívar.

Gobernación del Atlántico.

Introducción

Hola, mi nombre es Rosa Isabel Fonseca Angulo, soy joven investigadora, fisioterapeuta y trabajo en el Grupo de Investigación Estudios de Género, Familias y Sociedad de la Universidad Simón Bolívar sede Barranquilla. Actualmente el Grupo de Investigación está realizando un Programa de Educación en Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes entre las edades de 10 a 19 años que asisten a instituciones educativas públicas de los municipios de Soledad, Malambo y Sabanalarga en el departamento del Atlántico.

Justificación. Este proyecto es relevante para los adolescentes debido a que proporciona temáticas que les permitirá en su proyecto de vida tomar decisiones saludables, e igualmente es un mecanismo de prevención para los embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual y conductas de riesgo que afecten la salud sexual de los adolescentes.

Procedimiento. Por lo tanto, estamos solicitando su colaboración para ejecutarlo, su participación consistirá en lo siguiente: Inicialmente aplicaremos unos instrumentos que nos permitirán establecer sus conocimientos y actitudes frente a las infecciones y enfermedades de transmisión sexual, derechos sexuales y reproductivos, relaciones de noviazgos, métodos anticonceptivos. Se desarrollará contigo un programa educativo que tendrá como contenido las siguientes temáticas: familia, género y sociedad, derechos humanos sexuales y reproductivos, prevención de embarazos no planificados, infecciones de transmisión sexual, abuso y explotación sexual infantil, impacto de las relaciones y uniones maritales a temprana edad en el proyecto de vida, factores de riesgo que inciden en el consumo de sustancias psicoactivas, impacto de los celulares, computadores y uso de redes sociales en la familia, escenarios y riesgo y participación, trabajo en equipos, este programa será dirigido por un profesional de la salud. Si tienes preguntas puedes hacerlas, nosotros estamos dispuestos a resolverlas.

Si decides participar, se establecerá un horario con la institución durante la semana, para que puedas asistir sin problema a los encuentros, la duración de este será de dos horas, y solo requeriremos tu presencia un día por semana. Las charlas serán de tipo educativas y lúdicas, serán direccionadas por un profesional de la salud y estarán supervisadas por un trabajador social y un psicólogo.

Beneficios del Estudio. Los beneficios que tendrán los adolescentes, en primera instancia recibirán información por parte de un profesional de la salud, que abordará los temas y estos les permitirán en su proyecto de vida tomar decisiones asertivas y saludables. En segunda instancia serán parte de un grupo promotor de salud con docentes y por último recibirán las certificaciones por parte del Grupo de Investigación avalado por la Universidad Simón Bolívar.

Riesgos para Salud. Según la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud sobre normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, en su artículo 11, se clasifica en la categoría de una investigación con riesgo mayor que el mínimo, debido a que durante el desarrollo del Programa Educativo en Salud Sexual y Reproductiva, el principal riesgo que

se pueda presentar por parte de los padres y adolescentes es que no deseen abordar los temas o por el contrario manifiesten algún tipo de molestia que afecta en que no deseen tratar temáticas tales como: conductas sexuales y aborto. No tendrán inconvenientes en si no desean participar de este tipo de temas. De igual manera, algunos padres no desearán participar en los talleres para padres e hijos, para este caso se respetará su decisión y voluntad.

En caso que en las sesiones educativas del programa, se presenten adolescentes con embarazo, violencia sexual, conductas homosexuales, estos serán respetados y no pasarán por procesos de discriminación, la joven investigadora realizará un proceso de sensibilización en el aula con los estudiantes que participen dentro del estudio.

De acuerdo con los fines y propósitos de la investigación, no se entregará a la institución educativa la información obtenida durante el proceso de evaluación e intervención de los jóvenes, teniendo en cuenta que la Resolución 8430 de 1993 establece que se debe respetar la privacidad de las personas que participan dentro de la investigación.

Aclaraciones. Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tu papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Toda la información que nos proporcionen las mediciones que realicemos nos ayudarán a establecer los beneficios que generan este tipo de programa en los adolescentes y lo importante que sería desarrollarlo en otras escuelas del departamento del Atlántico.

Esta información será confidencial. Ninguna persona diferente a los investigadores tendrán acceso a esta, igual tampoco diremos a nadie tus respuestas (O RESULTADOS DE MEDICIONES), solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (**X**) en el cuadrado de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, no pongas ninguna (**X**), ni escribas tu nombre.

Sí quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

Fecha: _____ de _____ de _____